

**Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія
Польське товариство публічного здоров'я
Департамент охорони здоров'я
Полтавської обласної державної адміністрації**

**ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ:
РЕАЛІЇ, ТЕНДЕНЦІЇ ТА
ПЕРСПЕКТИВИ**

**Колективна монографія за загальною редакцією
проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А.**

**PUBLIC HEALTH IN UKRAINE:
REALITIES, TRENDS AND
PROSPECTS**

**Collective monograph general edited by
prof. Zhdan V.M. and prof. Holovanova I.A.**

Полтава 2020

Затверджено до друку Вченою Радою Української медичної стоматологічної академії, протокол № 9 від 13.05.2020 р.

Рецензенти:

Сміянов В. А. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Медичного інституту Сумського державного університету

Ковтун М. І. – доктор медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету

Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. – 279 с.

У монографії розглянуто актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні, її особливості в умовах реформування.

Висвітлено різноманітні аспекти громадського здоров'я на сучасному етапі: оцінка якості медичної допомоги, впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги, епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я, виклики та перспективи реформування первинної та вторинної медичної допомоги, питання безперервної освіти лікарів, сучасний стан клінічного напрямку охорони здоров'я в Україні, розвиток доказової медицини.

Монографія розрахована на науково-педагогічних працівників вищих медичних навчальних закладів, студентів, аспірантів, лікарів різних фахів та широкого кола науковців, які цікавляться питаннями розвитку громадського здоров'я в Україні.

ПЕРЕДМОВА

Сьогодні в Україні відбуваються історичні зміни – проводиться реформа системи охорони здоров'я, яка важлива для кожного українця. Фокус інституту охорони здоров'я сьогодні вже змінився від політики лікування до політики зміцнення здоров'я і попередження захворювань. Таким чином створення і розбудова системи громадського здоров'я в Україні – є одним із пріоритетів реформи.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи недуг. Громадське здоров'я визначається як «мистецтво та наука профілактики захворювань, продовження тривалості життя та промоції здоров'я через організовані зусилля суспільства» (Дональд Ачесон, 1988).

Громадське здоров'я складається з трьох основних китів діяльності: захист здоров'я, профілактика захворювань і зміцнення (промоція) здоров'я. Також існують так звані підтримувальні напрями діяльності: надійна інформаційна система даних про здоров'я та фактори ризику, що на нього впливають, стає фінансування, управління, розвиток кадрових ресурсів, адвокація та дослідження. Громадське здоров'я – це запобігання захворюванням, травматизму, інвалідності та смерті, промоція здорового способу життя та збереження здорового середовища й умов життя для теперішнього та майбутніх поколінь. Але, крім того, громадське здоров'я стосується загальної політики в галузі охорони здоров'я, розподілу ресурсів, а також організації та управління в системі охорони здоров'я. Сучасне громадське здоров'я всеосяжне у своїй меті, оскільки стосується заходів, спрямованих як на всю спільноту, так і на індивідуальні потреби щодо здоров'я. Ряд таких заходів орієнтований на поліпшення середовища життєдіяльності людини, зменшення факторів ризику, що формують значний тягар захворювань і смертності серед населення та стимулювання тих факторів, які, навпаки, сприяють зміцненню та збереженню здоров'я. Програмне спрямування таких заходів широко варіюється від стратегій імунізації, зміцнення здоров'я та догляду за дітьми, маркування харчових продуктів та їх фортифікації (збільшення вмісту вітамінів і мікроелементів у продуктах харчування для поліпшення поживних якостей їжі та позитивного ефекту для

здоров'я людей) аж до гарантування якісно організованих і доступних медичних послуг. Сильна система громадського здоров'я передбачає належний рівень готовності до надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, а також своєчасність реагування з метою локалізації та ліквідації таких загроз.

Політика щодо громадського здоров'я формується шляхом побудови системи громадського здоров'я, яка є комплексом інструментів, процедур і заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням, подовження активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства. Система громадського здоров'я як основа профілактичної медицини передбачає основні заходи у сфері охорони здоров'я та спрямовується на збереження здоров'я населення та зменшення витрат на медичне обслуговування.

Місія громадського здоров'я — максимально поліпшити здоров'я та добробут людей і громад на національному та глобальному рівнях. Щоб досягти цього, громадське здоров'я має вирішити такі питання: 1. Досягнення максимальної якості життя та здоров'я, економічного зростання та справедливості для всіх верств суспільства. 2. Профілактика та лікування хвороб та інвалідності. 3. Екологічні, біологічні, професійні, соціально-економічні фактори, що загрожують здоров'ю та життю людини з фокусом на: • хвороби та хворобливі стани, травми й ушкодження; • місцеве та глобальне довкілля й екологію; • здорове харчування, продовольчу безпеку, доступність, якість і безпечність харчових продуктів; • природні, техногенні та соціальні катаклізми, зокрема і воєнні конфлікти; • групи населення з особливим ризиком і специфікою потреби в здоров'ї. 4. Політика й економіка охорони здоров'я, управління системами охорони здоров'я, стандарти якості медичної допомоги та інших послуг у сфері здоров'я. 5. Дослідження та просування широкого застосування сучасних найкращих міжнародних практик і стандартів. 6. Підготовка професійних кадрів у сфері громадського здоров'я. 7. Мобілізація найкращих доступних міжнародних доказових наукових та епідеміологічних досліджень і визнаних практик, що сприяють досягненню загальної мети. 8. Підтримка та просування прав людини та громади у сфері здоров'я з гарантуванням справедливого доступу, високопрофесійної діяльності й етичних стандартів.

Саме теоретичним і практичним аспектам формування системи громадського здоров'я в Україні в період реформування галузі охорони здоров'я і присвячена дана монографія.

Висловлюю глибоку вдячність всім авторам цієї колективної монографії, які взяли участь в обговоренні зазначених проблем і сподіваюся, що колективна монографія «Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи» буде корисною для фахівців з громадського здоров'я, організаторів охорони здоров'я, науковців та широкого кола науково-педагогічних працівників, лікарів різних фахів та стане новим стимулом для наукових досліджень і практичних рішень.

Окрема подяка рецензентам – доктору медичних наук, професору Сміянову Владиславу Анатолійовичу та доктору медичних наук, доценту Ковтуну Михайлу Івановичу за підтримку та пропозиції щодо видання цієї монографії.



З повагою та найкращими побажаннями.

**Ректор Української медичної стоматологічної академії,
доктор медичних наук, Заслужений лікар України,
професор В'ячеслав Ждан**

РОЗДІЛ I. СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ НАГЛЯД ЯК ОСНОВНА ФУНКЦІЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Захворюваність населення як об'єкт статистичного дослідження
Белікова І.В.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Показники громадського здоров'я є основою оцінки економічного і соціального благополуччя країни, головною складовою її ресурсного потенціалу. Стан здоров'я населення небезпідставно пов'язують з безпекою країни.

Захворюваність, як умовний статистичний показник, вважається найважливішою складовою комплексної оцінки здоров'я населення.

Аналіз захворюваності необхідний для вироблення управлінських рішень як на державному рівні управління системою охорони здоров'я, так і на регіональному. Тільки на основі якісних даних можливе правильне планування і прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я, оцінка потреби в різних видах ресурсів. Показники захворюваності служать чинниками оцінки якості роботи медичних установ, системи охорони здоров'я в цілому.

Проведення соціально-гігієнічного моніторингу стану здоров'я населення у зв'язку з факторами ризику захворювань, а також поглиблений аналіз особливостей, закономірностей і тенденцій окремих форм дозволяють цілеспрямовано розробляти комплекс профілактичних заходів. Як об'єкт наукового пізнання і практичної діяльності закладів охорони здоров'я захворюваність являє складну систему взаємопов'язаних понять.

Таким чином, аналіз показників захворюваності необхідний в таких випадках:

- в комплексній оцінці стану населення і його здоров'я;
- для обґрунтування потреби в різних видах медичної допомоги та ресурсах (кадрах, койко-міцях та ін.);
- для обґрунтування планування конкретних лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних та оздоровчих заходів (програм територіальних цільових і профілактики окремих хвороб);
- при розробці територіальних програм профілактики;

-для організації і проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань.

У багатьох розвинених країнах світу відсутня централізована система вивчення захворюваності за зверненнями. Це частково пов'язано з наявністю в системі охорони здоров'я установ різних форм власності, що спричиняє відсутність єдиної звітності. Одночасно існує і принциповий підхід, що передбачає збір тільки тієї інформації, яку можна реально обробляти і використовувати при прийнятті рішень. У США, наприклад, обов'язкову реєстрацію при зверненні підлягають захворювання, внесені до спеціального списку. При цьому перелік включених в нього хвороб варіює по штатам.

У 1993 р Всесвітньою організацією охорони здоров'я вперше було опубліковано дослідження "Глобальне тягар хвороб" (ГББ). Метою даного дослідження було кількісно оцінити втрати здоров'я, пов'язані з різними захворюваннями, травмами, а також визначити фактори ризику здоров'ю за статтю, віком та географічним положенням. За роки досліджень були зроблені висновки, що головною причиною смерті та інвалідності є неінфекційні хвороби старшої вікової групи [1].

Сучасні дослідження глобального тягара хвороб оцінюють показники дитячої та дорослої смертності за допомогою даних органів державної статистики. Кількість прожитих років з поправкою на інвалідність за допомоги певних реєстрів.

За результатами вихідного дослідження глобального тягара хвороб для Всесвітнього Банку був розроблений єдиний показник - роки життя з поправкою на інвалідність (DALY - «Disability-adjusted life year»). За допомогою показника оцінюється втрачені роки життя в результаті передчасного настання смерті та інвалідності. Один рік DALY дорівнює одному втраченому року здорового життя. Даний показник дозволяє порівнювати дольову участь різних захворювань у втратах від передчасної смертності та інвалідності.

В результаті багаторічних спостережень, провідними причинами росту неінфекційних захворювань (НІЗ) названі: високий артеріальний тиск, тютюнопаління, зловживання алкоголем, підвищений вміст холестерину в крові, надмірна маса тіла, низькій рівень споживання овочів та фруктів, малорухомий спосіб життя.

Порядком денним в галузі сталого розвитку на період до 2030 року, який був прийнятий під егідою ООН та вступив в силу з 1 січня 2016, серед 17 цілей в галузі сталого розвитку, в рамках третьої цілі "Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю

для всіх в будь-якому віці» передбачено боротьбу з НІЗ і факторами їх ризику. Епідеміологічний нагляд за головними неінфекційними захворюваннями (НІЗ) і їх факторами ризику вкрай важливий для вироблення політики, включаючи планування, моніторинг і оцінку впливу конкретних втручань і стратегій, націлених на обмеження негативних наслідків НІЗ [2,3].

Ухвалення Цілей Сталого Розвитку зацентувало увагу на проблемі вивчення здоров'я населення. ВООЗ рекомендує використовувати систему епідеміологічного моніторингу основних факторів ризику НІЗ, яка передбачає безперервність збору даних. Така система дозволяє удосконалювати процес прийняття стратегічних рішень, розробляти програми дій у галузі охорони здоров'я та пропаганди здорового способу життя.

Найбільш популярною міжнародною ініціативою є принцип поетапного здійснення моніторингу STEPS, запропонований ВООЗ як інструмент контролю за поширенням НІЗ. Ціллю такого підходу до епіднагляду за факторами ризику розвитку хронічних хвороб є отримання основних даних про встановлені фактори ризику, які визначають, яким буде основний тягар хвороб. Даний метод складається з трьох етапів та передбачає збір даних згідно опитувальника, визначення фізичних параметрів, визначення біохімічних параметрів. Опитувальник містить, крім інформації соціально-економічного характеру, в якості маркерів нинішнього і майбутнього стану здоров'я, питання щодо вживання алкоголю і тютюну, а також деякі параметри стану, обумовленого харчуванням, і відсутність фізичної активності. Отримані дані можна бути використана не тільки для відстеження тенденцій всередині однієї країни, а й для проведення порівняння з іншими країнами, а саме: поточний рівень вживання алкоголю та тютюну; поточний рівень споживання овочів і фруктів; рівень споживання солі; рівень фізичної активності; історію НІЗ та їх лікування; поточну поширеність надмірної ваги та ожиріння, підвищеного артеріального тиску, рівня глюкози в крові та холестерину [4,5,6].

В червні 2019 року в усіх областях України пройшли дослідження STEPS. Вибірка дослідження включала доросле населення України (міське і сільське) із загальною кількістю потенційних учасників 7 700 осіб. Наразі очікуємо на результати дослідження.

В Україні, протягом тривалого часу облік захворюваності проводився практично у всіх медичних установах, які надавали

амбулаторно-поліклінічну допомогу. Джерелом вивчення захворюваності були “Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів” (ф. № 025-2/о), на основі якого формувалася звітна форма [«Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу»](#) (форма 12). А також відбувалася реєстрація випадку обслуговування пацієнта статистичним документом [«Талон амбулаторного пацієнта»](#) (ф. №025-6/о). Даний документ заповнювався в закладах охорони здоров'я, які надавали всі види амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню. Виключення складала випадки гострих інфекційних захворювань, які враховуються на підставі документу [«Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення»](#) (ф № 058), та захворюваності спеціалізованих закладів (психоневрологічних, протитуберкульозних, онкологічних).

Показники захворюваності оцінювали за рівнем та структурою серед населення в цілому та його окремих груп (вікових, статевих, професійних, соціальних та ін.).

На сьогодні система обліку захворюваності зазнала змін. Були відмінні облікові форми “Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів”, [«Талон амбулаторного пацієнта»](#) та замінені на [форму первинної облікової документації N 074/о "Журнал реєстрації амбулаторних хворих"](#). Журнал заповнюється у закладах охорони здоров'я, що надають всі види медичної допомоги населенню.

За визначенням офіційних джерел, якість інформації, зібраної шляхом суцільного методу вивчення захворюваності за зверненнями, залишає бажати багато кращого (нерідкі помилки в діагностиці), а масові профілактичні огляди необґрунтовано дорого обходяться системі охорони здоров'я.

Епідеміологічні дослідження захворюваності набувають все більшої актуальності, а при правильній організації вони служать істотним доповненням до традиційних методів вивчення захворюваності.

В теорії, епідеміологічні дослідження поділяють на обсерваційні дослідження без навмисного втручання з боку дослідника та експериментальні, тобто порівняльне вивчення при навмисному втручанні в одну з досліджуваних груп (рандомізований клінічний експеримент). До обсерваційного типу епідеміологічних досліджень

відносять описові та аналітичні дослідження (одномоментні, когортні і дослідження типу «випадок-контроль»).

Епідеміологічні спостереження при вивченні здоров'я розглядають як:

- особливий підхід до вивчення хвороб із застосуванням теорії ймовірності, статистики та специфічних методів проведення наукових експериментів;
- метод, за допомогою якого можна встановити причинно-наслідкові зв'язки шляхом перевірки гіпотез про причини виникнення хвороб і способи їх попередження;
- інструмент для прийняття управлінських рішень в сфері громадської охорони здоров'я, заснований на наукових даних.

Одним з важливих напрямків медичної статистики є розробка науково обґрунтованих критеріїв (показників) стану здоров'я населення та діяльності установ і органів охорони здоров'я, а також систем таких критеріїв (показників), які можуть бути використані в процесі управлінської роботи з метою об'єктивної оцінки складних конкретних ситуацій (лікарської діяльності, діяльності конкретних установ, їх груп і т.д.), їх планування і прогнозування.

Експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я було запропоновано підхід до формування звітності з урахуванням можливості зниження звітного навантаження та оптимізації показників і розробки загального набору показників для Європейського регіону ВООЗ.

На базі переліку індикаторів, щодо моніторингу політики Здоров'я 2020 можна визначити вимоги до індикаторів щодо змін здоров'я населення:

- Дані повинні збиратися на регулярній основі.
- По можливості, уникнення індикаторів, для підготовки яких використовуються оціночні дані.
- Обґрунтованість і надійність індикатора не повинна викликати значних сумнівів.
- Індикатор повинен допускати зіставлення в масштабах регіону.
- Дані повинні супроводжуватися метаданими.
- Мінімальне число індикаторів.
- Індикатори можуть застосовуватися з метою декількох оцінок.
- Всі значення повинні бути стандартизовані за віком.
- До набору індикаторів використовувати основні демографічні показники, включаючи вікову структуру населення.

- По можливості і при наявності даних значення за індикаторами слід приводити в розбивці за віком, статтю.
- Індикатор повинен використовуватися в якості оцінки заходів політики і фактору впливу.

Найважливішим завданням експертів ВОЗ стала робота над полегшенням звітного навантаження. Тобто необхідний набір інформації, який необхідний для моніторингу здоров'я населення, що збирається з мінімальним навантаженням, може використовуватися декілька разів, дає максимальне бачення ситуації.

Отже, важливими медико-статистичними показниками залишаються показники здоров'я населення (смертність, захворюваність інвалідність).

Використовуючи цільові орієнтири та індикатори політики Здоров'я – 2020, запропоновано методику розрахунку та інтерпретацію загальновідомих показників, що характеризують здоров'я населення, в тому числі показників захворюваності. В даному випадку має сенс не тільки облік самого факту встановлення діагнозу, а аналіз з урахуванням віку пацієнтів. Також, з метою оцінки ефективності існуючих державних та регіональних програм, доцільно оцінювати тривалість та якість життя пацієнта після встановлення діагнозу.

Таблиця 1.

Оцінка показників, що характеризують здоров'я населення

Показники здоров'я населення	Індикатор	Методика розрахунку	Інтерпретація
Демографічні показники	Очікувана тривалість життя Смертність (загальна) Передчасна смертність від НІЗ Очікувана тривалість здорового життя	1. Стандартизований за віком коефіцієнт загальної передчасної смертності (в віці від 30 до молодше 70 років) для 4 груп основних неінфекційних захворювань: серцево-судинні захворювання; злоякісні новоутворення; цукровий діабет; хронічні захворювання органів дихання; захворю-	- Щорічне зниження на 1,5% загальної передчасної смертності від серцево-судинних захворювань, раку, діабету і хронічних респіраторних захворювань, захворювань органів травлення. - Скорочення показників передчасної смерті від зовнішніх причин. - Збільшення числа майбутніх років здорового життя у віці

		<p>вань органів травлення.</p> <p>2. Стандартизовані за віком коефіцієнти смертності від всіх зовнішніх причин і травм (в результаті дорожньо-транспортних пригод, випадкових отруєнь, суїцидів та ін.), в розбивці за статтю.</p>	<p>65 років, в розбивці за статтю.</p> <p>- Збільшення показників очікуваної тривалості життя</p>
Показники захворюваності та інвалідності	Показники інфекційної захворюваності	Стандартизований за віком, статтю, за статусом вакцинації.	<p>- Стійка елімінація хвороб, яким можна запобігти за допомогою вакцинації (кір, дифтерія, поліомієліт, краснуха та ін.)</p> <p>- Відсоток успішно пролікованих випадків серед завершивших лікування пацієнтів з лабораторно підтвердженим легенеvim туберкульозом.</p>
	Показники неінфекційної захворюваності	Стандартизований за віком, статтю показники серцево-судинних захворювань; злжкисних новоутворень; цукрового діабету; хронічних захворювання органів дихання; захворювань органів травлення.	<p>- Збільшення років активного життя після встановлення діагнозу;</p> <p>- Зменшення кількостей ампутацій після встановленого діагнозу цукровий діабет</p> <p>- Збільшення кількості прожитих років після встановлення інвалідності та підвищення якості життя.</p>
Характеристики наявності керованих факторів ризику		Стандартизований за віком та статтю	<p>Щорічне зниження показників:</p> <p>- вживання тютюну</p> <p>- вживання алкоголю</p> <p>- осіб з індексом маси тіла ≥ 25-30 кг/м²</p>

Використання методу стандартизації при аналізі смертності, захворюваності, інвалідності та показників факторів ризику обумовлено, рядом причин. Стандартизація - статистичний метод, що використовується при порівнянні інтенсивних показників в сукупностях, що відрізняються за складом (за віком, статтю, професіями і т.д.). Метод дозволяє усунути можливий вплив відмінностей у складі сукупностей на величину інтенсивних показників, що порівнюються, шляхом уніфікації складу сукупностей з подальшим розрахунком стандартизованих коефіцієнтів.

Число випадків смерті знаходиться під впливом вікової структури населення. Дві групи населення з однаковими повіковими коефіцієнтами смертності від конкретних причин матимуть різні коефіцієнти загальної смертності, якщо вікові структури цих груп населення розрізняються.

Стандартизовані за віком коефіцієнти смертності дозволяють нівелювати відмінності вікових структур населення за рахунок приведення повікових коефіцієнтів смертності, які спостерігаються в кожній групі, до параметрів стандартного населення.

Стандартизований за віком коефіцієнт смертності розраховують з використанням прямого методу, тобто він такий, яким міг би бути вихідний нестандартизований коефіцієнт, якщо б вікова структура населення була такою ж, як у стандартного населення. Оцінка розподілу смертності з причин смерті заснована на даних реєстрації випадків смерті, епідеміологічних досліджень на популяційному рівні, реєстрів по конкретних хвороб і систем сповіщення щодо окремих причин смерті.

Слід зазначити, що збір даних для оцінки здоров'я населення в цілому, та захворюваності зокрема, можливий при наявності облікового документу, який буде джерелом інформації для розрахунку вищезазначених індикаторів, з урахуванням не тільки обліку, а й тривалості та результату процесу.

Таким чином, в період реформування галузі охорони здоров'я в Україні стає вочевидь велика значущість відновлення системи моніторингу за здоров'ям населення з урахуванням вимог сучасності [7].

Пріоритетними завданнями системи є збір даних щодо визначення та ранжування основних детермінант здоров'я; визначення причин передчасної смертності стандартизованих за віком та статтю; визначення поширеності та захворюваності за основними групами захворювань; визначення показників

інвалідності; визначення рекомендацій по системі пріоритетних заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я, і обсягів необхідних для цього коштів.

Література.

1. Глобальное бремя болезней //Всемирный банк. URL: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2018. Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех, Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019.
3. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ/Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6. URL: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>
4. Рингач Н.О. Инструмент ВООЗ STEPS для епідеміологічного моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань: еволюція основних етапів та підходи до реалізації в Україні / Н.О. Рингач, Л.Й. Власик, Л.І. Власик// Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3 (44), с. 190-195.
5. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. WHO: Regional Office for Europe, 2013. 20p
6. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series; No. 6. World Health Organization Regional: Office for Europe Copenhagen, 1999. 224p
7. Golubchykov M.V. The main directions of reforming the service of medical statistics in Ukraine// M.V. Golubchykov, N.M. Orlova, I.V. Bielikova - Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland: 1960), 2018. 71 (1 pt 2), 206-210.

**Медицина активності як ключовий аспект
у запобіганні неінфекційних захворювань серед
економічно активного населення**

Власик Л.Й.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Пацієнт, який користується медичними послугами, є повноцінним учасником лікувально-профілактичного процесу, адже

зацікавлений у своєму оздоровленні та володіє важливою інформацією як щодо себе, так і щодо викликів самої системи охорони здоров'я [1]. Вивчення досвіду пацієнта шляхом опитування, обговорення, отримання відгуків дає розуміння його потреб, переваг та цінностей [2]. Залучення пацієнта до участі (patient engagement) в організації та наданні медичної допомоги, у широкому розумінні - пацієнта та його сім'ї (patient and family engagement) та пацієнт-орієнтована допомога (patient-centered care) стали ключовими питаннями передових систем охорони здоров'я, так як зміна ролей учасників сприяє більшій активності, поінформованості та кращим показникам здоров'я, а також підвищує якість і безпеку медичних послуг, не потребуючи значних вкладень [3]. Модель спільного прийняття рішень (shared decision making) є сфокусованим результатом неперервного процесу взаємодії пацієнта та медичного фахівця, вершиною двох згаданих напрямів, які доповнюють та частково перекривають один одного [4]. Найбільш широкий термін «участь пацієнта» часто використовується як синонім «розширення прав та можливостей» (patient empowerment) (у дійсності - компетентності, здібності пацієнта); «партнерства» (patient partnership) та «активації пацієнта» (patient activation). Активація пацієнта є умовою залучення його до участі в організації та наданні медичних послуг [5]. Ступінь активації пацієнта є індикатором, який допомагає лікарю адаптувати призначення до можливостей людини [1]. У 2004 році Hibbard та його колеги розробили показник активації пацієнта (Patient Activation Measure), який оцінював знання, навички, переконання та впевненість в управлінні здоров'ям та охороні здоров'я. Результати низки поперечних досліджень, які виявляли активацію пацієнта, пов'язану зі здоровою поведінкою (наприклад, фізичною активністю, частотою вживання фруктів та овочів), регулярністю звернень до закладів охорони здоров'я, вибором лікаря, самоконтролем хронічного захворювання (підвищеного артеріального тиску), показали, що високо активовані пацієнти мають більше шансів на профілактичну допомогу, дотримуються правильних режимів харчування та фізичної активності, використовують якісну інформацію для вибору лікаря [6]. На нашу думку, термін «медична активність», який є більш вживаним на пострадянському просторі, є результатом активації пацієнта. За Лісіциним (1986) медична активність включала в себе діяльність окремих осіб, груп, населення в цілому, роботу органів та закладів охорони здоров'я із надання населенню лікувальної та профілактичної допомоги. До медичної

активності відносили не лише позитивну, сприятливу для здоров'я діяльність, але й таку, що приносила шкоду здоров'ю, так би мовити негативну медичну активність, яка суперечила гігієнічним, медичним рекомендаціям, здоровому способу життя. У такому ракурсі профілактична активність вважалася медичною активністю зі знаком плюс [7]. Потребує подальшого вивчення роль медичної активності у профілактиці неінфекційних захворювань (НІЗ), так як поширеність чинників ризику (нездорове харчування, низька фізична активність, споживання тютюнових виробів та зловживання алкоголем) залишається високою та призводить до збільшення тягаря серцево-судинних, онкологічних, хронічних респіраторних захворювань та цукрового діабету, особливо серед економічно активного населення (ЕАН).

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу поведінкових чинників ризику НІЗ та медичного досвіду на оцінку власної медичної активності представниками ЕАН.

Проведене поетапне поперечне дослідження серед ЕАН, всього 1295 осіб, відібрано 1252 анкети для аналізу. Сформовані групи: «ринок» 633 із суб'єктів господарювання на території комунального підприємства міський торговельний комплекс «Калинівський ринок» (2017-2018р.); «ярмарок 1» (275) та «ярмарок 2» (254) - із відібраних відвідувачів ярмарку у 2017-2018 роках; «службовці» із 90 державних службовців при проходженні профілактичного огляду в міській поліклініці. Однорідність вибірок усіх етапів за статевим, віковим складом, освітою та місцем проживання створила можливість вивчити характеристики способу життя економічно активного населення в цілому (N=1252). Респондентами стали 614 (49,0%) чоловіків та 638 (51,0%) жінок, середній вік склав $40,5 \pm 13,2$ років. Вивчення найбільш значущих характеристик ризикованої поведінки, які б свідчили про недостатність медичної активності проводилося за самооцінкою респондентів групи «ярмарок 2». Відповіді респондентів були проаналізовані з урахуванням статусу куріння, частотою споживання алкоголю, досвіду звернень у медичні заклади (упродовж року), проходження скринінгових обстежень та почуття власної відповідальності за створення умов для зміцнення здоров'я. Вивчення контролю харчування (групи «ринок», «ярмарок 1») та фізичної активності (групи «ринок», «ярмарок 1», «службовці») дали можливість охарактеризувати активність за вказаними напрямками. Здійснено пошук найбільш інформативного показника для визначення медичної активності загалом, залежно від поведінкових

характеристик та медичного досвіду респондентів. Використані соціологічні (анкетування, інтерв'ювання, спостереження) та статистичні методи (PIVOT, визначення відносних, середніх величини, χ -квадрату для порівняння відносних величин, чутливості (Se.), специфічності (Sp.), позитивної та негативної прогностичної цінності тестів (PPV, NPV)).

Результати та їх обговорення. Респондентам групи «ярмарок 2» було запропоноване запитання про активність щодо збереження власного здоров'я. Вважали себе достатньо активними (50,4±3,1) % респондентів, не активними – (17,7±2,4) %, а майже третина, (31,9±3,1) % не змогли визначитися із відповіддю. Респонденти, які визнали себе активними, у половині випадків споживали достатню кількість фруктів та овочів, що у 2,5 рази частіше, ніж неактивні. Фізичну зарядку виконували у 2 рази частіше, ніж ті, хто не визначився. Щодо занять 2-3 рази на тиждень, лідирували активні респонденти, незалежно від статі (26,6±3,9) % проти (13,5±3,0) % ($p<0,01$). У результаті дослідження встановлено, що куріння та вживання алкоголю розцінювалося респондентами як звичайний спосіб життя і не приймалося до уваги при визначенні активності щодо збереження здоров'я. Більше того, жінки, які вважали себе достатньо активними у питаннях зміцнення здоров'я курили частіше, ніж неактивні, що потребує додаткового дослідження. У підсумку, усвідомлення респондентами своєї активності щодо збереження здоров'я ґрунтувалося на заняттях фізичними вправами щонайменше 2-3 рази на тиждень; обмеженні цукру та споживанні достатньої кількості фруктів, що свідчило про контроль за харчуванням. Важливо, що серед неактивних загалом, переважали респонденти з вищою освітою (66,7±7,0) % проти (48,4±4,4) % ($p<0,05$), що може свідчити про більш критичне ставлення до питань збереження власного здоров'я. Із рівнем освіти та активністю не була пов'язана потреба у медичних знаннях, про яку повідомили (46,5±3,1) % респондентів без статистичної різниці за статтю. Решта (29,5±2,9) % осіб вважали, що таких знань не потребують (у більшості не цікавляться), (24,0±2,7) % – не змогли визначитися.

За результатами дослідження впливу медичного досвіду виявлено, що більше половини респондентів групи «ярмарок 2» зверталися до сімейного лікаря (дільничного терапевта) упродовж року (52,8±3,1) %; кожний четвертий респондент звертався з приводу профілактичного огляду (24,8±2,7) % незалежно від статі та медичної

активності. Щодо скринінгових обстежень достовірні відмінності виявлені лише у частоті визначення холестерину крові ($p < 0,05$).

Були виділені чинники ризику, які підтверджували відсутність медичної активності за самооцінкою респондентів (Табл.1). Низька позитивна прогностична цінність тестів була зумовлена низькою частотою виявлення неактивних за самооцінкою та достатньо високою поширеністю чинників ризику серед респондентів, які вважали себе активними (хибно позитивні результати). Таким чином, при визначенні своєї активності, респонденти керувалися швидше бажанням збереження свого здоров'я, аніж певними поведінковими характеристиками.

Таблиця 1

Оцінка впливу поведінкових чинників ризику та скринінгових обстежень на медичну активність респондентів (%)

№	Чинники ризику	Не активні	Активні	p	χ^2	Se.	Sp.	PP V	NP V
1	Не обстежені на холестерин	95,6±3,2	78,9±3,6	0,011	6,62	96	22	30	93
2	Не займалися фізичними вправами	88,9±4,7	73,4±3,9	0,033	4,55	89	27	30	87
3	Не обмежували солодке	77,8±6,2	52,3±4,4	0,003	8,90	78	48	34	86
4	Недостатньо споживали фрукти та овочі	77,8±6,2	45,3±4,4	<0,001	14,12	78	55	38	88

Враховуючи чітку визначеність показника занять фізичними вправами (не менше 30хв. від 2-3 і більше разів на тиждень), високу спряженість із контролем за харчуванням ($\chi^2 = 62,83$), фізичною активністю ($\chi^2 = 26,83$), загальною активністю ($\chi^2 = 4,55$), проведений детальний аналіз поєднання поведінкових характеристик із даною ознакою (табл. 2).

Таблиця 2

Частота поведінкових чинників у респондентів залежно від занять фізичними вправами від 2-3 разів на тиждень (%)

№	Чинники впливу	Не займалися	Займалися	p	χ^2	Se.	Sp.	PP V	NP V
1	Не контролювали харчування	62,1±2,0	36,5±4,0	<0,001	32,00	62	64	88	29
2	Не відвідували	78,8±2,4	58,0±7,0	0,002	10,05	79	42	89	26

	стоматолога								
3	Не користувалися Інтернетом	41,2±1,8	28,6±3,2	<0,001	10,82	41	71	85	24
4	Не відчували особистої відповідальності	27,3±1,6	17,5±2,7	0,004	8,31	27	83	86	23

Респонденти, які займалися регулярно фізичними вправами, частіше мали вищу освіту, ніж ті, хто не займався ($p=0,007$) (на відміну від твердження щодо власної активності). Низкою відомих досліджень показано, що позитивні зміни у стані здоров'я спостерігалися в першу чергу в осіб з вищою освітою та зі збільшенням доступу до медичної інформації [8]. Як видно з таблиці 2, фізично активні пацієнти слідкували за здоров'ям ротової порожнини, достовірно частіше відвідували стоматолога; користувалися інформацією про охорону здоров'я з мережі Інтернет; відчували власну відповідальність за створення умов для оздоровлення. Не знайдено статистичного підтвердження поєднання фізичних занять із скринінговими обстеженнями, а саме із вимірюванням артеріального тиску; проходженням флюорографії ОГК; ЕКГ; вимірюванням цукру крові; антропометричними вимірюваннями; онкологічними профілактичними оглядами жінок. Незнання величин маси тіла та зросту свідчить про те, що заняття фізичними вправами проходили без належного контролю за станом здоров'я, тим більше, що використання інформації від лікаря також не знайшло статистичного підтвердження (надалі це впливало лише на виконання фізичної зарядки). Проте, за результатами відповідей респондентів-чоловіків, які займалися фізичними вправами, візити до лікаря, відсутність куріння та обстеження на холестерин крові були статистично значимими, а для чоловіків зайнятих на ринку – візити в т.ч. із профілактичною метою (Табл.3).

Таблиця 3

Частота додаткових чинників ризику у респондентів-чоловіків залежно від занять фізичними вправами від 2-3 разів на тиждень

№	Чинники впливу	Не займалися	Займалися	p	χ^2	Se	Sp	PPV	NPV
1	Курили	38,7±2,3	28,0±3,6	0,016	5,81	39	72	80	29
2	Не обстежені на холестерин	87,3±1,7	76,9±4,1	0,008	7,07	87	23	80	35

	крові								
3	Не відвідували лікаря упродовж року	60,8±2,3	51,6±4,0	0,043	4,11	61	48	77	30
4	Не були з метою профілактичного огляду	66,1±3,0	50,9±6,5	0,029	4,82	66	49	85	25

Загалом, чоловіки рідше відвідували лікаря, ніж жінки (41,5±2,0)% проти (55,0±2,0%, $p < 0,001$). Так як респонденти середнього і старшого віку були більше схильні виконувати щоденну фізичну зарядку, ніж відвідувати спеціальні заняття з фізичними навантаженнями, ми проаналізували поєднання ризикованої поведінки з даною характеристикою (Табл.4) та додатково знайшли особливості серед чоловіків у проходженні ЕКГ обстеження (Табл.5).

Таблиця 4

Частота поведінкових чинників ризику у респондентів залежно від виконання фізичної зарядки

№	Чинники впливу	Не виконували	Виконували	p	χ^2	Se	Sp	PPV	NPV
1	Не контролювали харчування	53,9±2,1	25,0±4,6	<0,001	25,40	54	75	93	20
2	Не відвідували лікаря упродовж року	53,6±1,5	40,4±3,6	<0,001	11,06	54	60	88	18
3	Не обстежені на рівень холестерину	83,7±1,3	71,4±3,9	<0,001	11,67	84	29	88	22
4	Не обстежені на рівень цукру крові	69,7±1,6	58,7±4,3	0,012	6,46	70	41	88	18
5	Курили	29,0±1,4	21,8±3,0	0,045	4,05	29	78	88	16
6	Не користувалися інформацією від лікаря	69,6±1,6	61,2±4,1	0,047	3,97	70	39	88	17

Таблиця 5

Частота ЕКГ обстежень у респондентів-чоловіків залежно від виконання фізичної зарядки

№	Чинники впливу	Не виконували	Виконували	p	χ^2	Se.	Sp.	PPV	NPV
1	Не проходили ЕКГ	68,6±4,27	48,2±9,62	0,045	4,05	69	52	86	23

Таким чином, респонденти, які повідомили про щоденне виконання фізичної зарядки частіше контролювали своє харчування; відвідували лікаря упродовж року; дослухалися до його порад (особливо жінки, $\chi^2 = 7,34$); були схильні менше курити (не підтверджується за статтю); частіше обстежувалися на рівень цукру та холестерину крові; частіше проходили ЕКГ (в основному чоловіки) у порівнянні з тими, хто не виконував. Проте, наявність окремих позитивних характеристик не свідчило про виконання фізичної зарядки у даному випадку (негативна прогностична цінність тесту біля 20%), а позитивна прогностична цінність виявлених чинників ризику більше 80% підтверджує високу ймовірність відсутності фізичної зарядки (аналогічно і регулярних фізичних занять та медичної активності).

Дослідження показало, що позитивна самооцінка активності, яку дали 50% респондентів не підтверджувалася іншими характеристиками, за винятком споживання фруктів, обмеження солодкого, занять фізичними вправами та обстеження на рівень холестерину крові. Причому, власну відповідальність за створення умов для зміцнення здоров'я відчували $(74,8 \pm 1,4)$ % респондентів, що свідчить про проблему із медичною грамотністю. Найбільш поширеною думкою серед ЕАН було те, що вилікуватися від існуючої хвороби є набагато важливішим, ніж попередити (зустрічалося і серед інших категорій населення)[9]. Чоловіки, які рідше за жінок повідомляли про активність, тим не менш, якщо проголошували себе такими, ретельніше дотримувалися рекомендацій. Першим великим репрезентативним дослідженням HSC (опитування домогосподарств США, 2007) було показано, що люди проходять різні рівні активації і це можна використовувати для розробки втручань. На першому рівні люди, як правило, пасивні і не відчують впевненості для активної ролі у збереженні свого здоров'я; на другому – дається ознаки відсутності базових знань та впевненості; на третьому – вживають певні дії, але не можуть підтримувати певні форми поведінки; на четвертому, найвищому – намагаються підтримувати своє здоров'я за різних ситуацій [6]. Первинна медична допомога має можливість ідентифікувати людей з низьким рівнем грамотності та покращити стан їхнього здоров'я, адже пацієнти, які розпочинали із найнижчих рівнів активації, досягали кращих результатів[10,11].

Висновки. Підвищення рівня медичної активності респондентів щодо збереження та зміцнення власного здоров'я необхідно здійснювати через вплив на поведінкові чинники ризику, залучення

до профілактичних оглядів, охоплення скринінговими обстеженнями. Для підвищення медичної грамотності слід застосовувати сучасні профілактичні технології на рівні первинної медичної допомоги. Враховуючи зайнятість ЕАН, широко використовувати соціальні мережі як важливе середовище спілкування. Вивчення поєднання поведінкових чинників ризику між собою та їх впливу на медичну активність пацієнта дає можливість комплексного втручання за кількома спряженими напрямками. Ефективність профілактики НІЗ залежить від участі населення в охороні власного здоров'я та ступені впровадження пацієнт-орієнтованої моделі надання лікувально-профілактичної допомоги.

Подальші дослідження доцільно проводити у напрямку оцінювання медичної активності пацієнта та алгоритму дій лікаря щодо комплексу чинників ризику, які її стримують.

Список літератури.

1. Greene J, Hibbard J.H. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *J Gen Intern Med.* 2012.27(5). P520–6 DOI: 10.1007/s11606-011-1931-2
2. Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization. 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. P.22
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf?sequence=1>
3. Carman K.L. et al. Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies HEALTH AFFAIRS. 2013. Vol. 32, No 2. P. 223–231 doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133
4. Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice. Edited by Elwyn G., Edwards A. Thompson: Oxford University Press, 2016. 368 p.
5. Grando M.A., Rozenblum R., Bates D.W. Information technology for patient empowerment in healthcare: Walter de Gruyter Inc. Berlin/Boston/Munich, 2015. P.260
6. Hibbard J.H., Cunningham P.J. How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter? Res Brief. 2008. №8. P.1-9.
7. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство. Под ред. Ю.П. Лисицына. М., 1999. С. 698.

8. [Gordon N.](#), Lin T. The Kaiser Permanente Northern California Adult Member Health Survey. [Perm J](#). 2016. Vol. 20. No.4. P. 15-225. doi: [10.7812/TPP/15-225](#)
9. Patterns of health services utilization in rural Canada. Pong R.W. et al. *Chronic Dis injuries Can*. 2011. Vol.31. P.1–36.
10. Does health literacy affect patients' receipt of preventative primary care? A multilevel analysis Joshi C et al. *BMC Family Practice* 2014. Vol.15. P. 171
11. [Hibbard JH](#), [Greene J](#). What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff (Millwood)*, 2013. Vol.32. No.2. P. 207-14. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1061.

**Цукровий діабет серед дитячого населення в областях
України: ризик виникнення та можливості профілактики**

Гойда Н. Г.,¹ Процюк О. В.,¹ Линчак О. В.,² Клименко Л. В.¹

¹ *Національна медична академія післядипломної освіти імені
П.Л. Шупика, Київ*

² *Державна установа «Інститут громадського здоров'я
ім. О.М. Марзєєва НАМН України», Київ*

З 2012 р. від'ємний природній приріст населення України з кожним роком знову зростає [1]. В сучасних соціально-економічних умовах немає підстав сподіватися на зростання народжуваності, тож варто приділяти більшу увагу здоров'ю підростаючого покоління, яке в майбутньому стане репродуктивним потенціалом держави. В той же час, досягнення належного рівня громадського здоров'я можливе тільки за реалізації відповідної політики держави та її інституцій, які б забезпечували профілактику захворювань [2].

Ендокринні захворювання визначені одним із пріоритетних чинників виникнення репродуктивних втрат та інших порушень репродукції [3], серед яких цукровий діабет (ЦД) займає одне із чільних місць. Зокрема, в Україні ЦД посідає 4 місце в структурі ендокринних захворювань у дітей та є провідною причиною їх інвалідизації [4]. В дитячому віці ЦД, здебільшого, представлений цукровим діабетом 1 типу (ЦД 1), хоча й частка цукрового діабету 2 типу (ЦД 2) має тенденцію до зростання. Як повідомляє Американська діабетична асоціація, поширеність ЦД 2 серед молодих людей зростала протягом минулих 20-ти років, а останні оцінки показують появу 5000 нових випадків на рік у США [5]. Як

вказують експерти, якщо припустити 2,3% щорічного збільшення ЦД 2, то поширеність цієї недуги серед осіб до 20 років збільшиться вчетверо протягом 40 років [5]. ЦД 2, що розвивається у підлітковому віці, характеризується швидшим зниженням інсулін-продукуючої здатності бета-клітин та більш раннім розвитком ускладнень ЦД [5]. Такі негативні тенденції спостерігаються на тлі зростання поширеності ожиріння серед дітей, що є чинником ризику ЦД 2.

Мета роботи – характеризувати області України щодо ризику виникнення ЦД для втілення заходів профілактики за участі лікарів-організаторів охорони здоров'я та спеціалістів, що надають первинну медичну допомогу.

Матеріали та методи дослідження. Використані дані зі статистично-аналітичного довідника «Стан здоров'я дітей 0-17 років включно» Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» за 2014-2017 рр. (2 192 725 випадків ЦД серед дітей, в т.ч. 468 955 вперше зареєстрованого, E10-E14). Окремо розглядали вікові періоди 0-6, 7-14 та 15-17 років. Кількість дітей відповідного віку визначалась за даними Державної служби статистики України. Інформація наведена без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях, тому розрахунки щодо останніх можуть бути некоректними.

Розраховували відносний ризик (ВР) виникнення патології в областях порівняно з Україною загалом з визначенням 95 % довірчого інтервалу [6]. Результати щодо розрахунку ВР в областях були картовані, де ВР з врахуванням 95% довірчого інтервалу в кожній області визначався кольором: темно сірий - ВР перевищував 1 з ймовірністю 95 %; світло сірий - ВР менший 1 з ймовірністю 95 %; білий - ВР не відрізнявся від 1 з ймовірністю 95 %.

Результати та їх обговорення. За даними статистично-аналітичного довідника з дитячої ендокринології ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» поширеність ЦД у дітей за 13 років (2005-2017 рр.) постійно зростала і збільшилась у 1,6 разу як серед дітей 0-14 років (з 0,66 до 1,07 ‰), так і серед підлітків 15-17 років (з 1,50 до 2,38 ‰) (рис. 1). Динаміка зростання поширеності ЦД за 2002-2012 рр. демонструвала найбільше зростання показника серед 0-6-річних дітей (на 87,9 %), тоді як серед дітей 7-14 років – на 46,1 %, а серед підлітків 15-17 років – на 40,1 % [4]. За 2014-2017 рр. тенденція до найбільшого зростання поширеності ЦД серед дошкільнят збереглася (зростання у 1,24 разу проти 1,17 разу серед 7-14-річних та 1,15 разу –

серед 15-17-річних дітей).

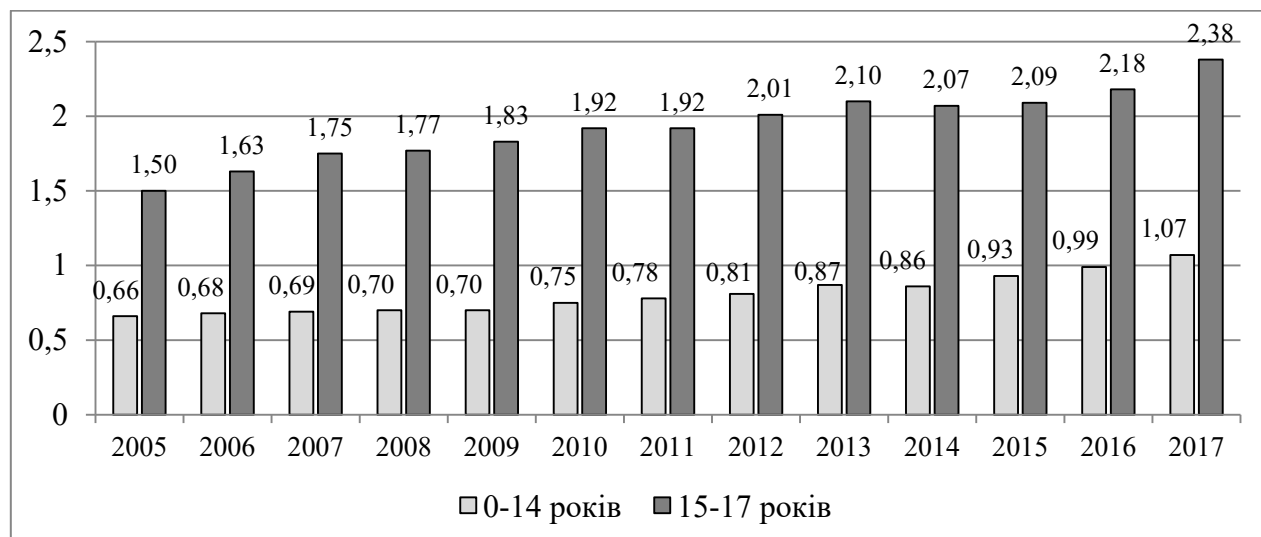


Рис. 1. Поширеність цукрового діабету у дітей в Україні (E10-E14), на 1000 дітей відповідного віку, 2005-2017 рр.

За чотири роки (2014-2017 рр.) поширеність ЦД серед дітей 0-17 років склала $1,14 \pm 0,01$ ‰, з частотою вперше виявлених випадків – $0,17 \pm 0,01$ ‰. Найбільше значення показника поширеності було відмічено серед 15-17-річних дітей, найменше – серед дітей дошкільного віку, тоді як для показника захворюваності найбільше значення було зафіксовано серед 7-14-річних дітей, а найменше – серед 0-6-річних (рис. 2).

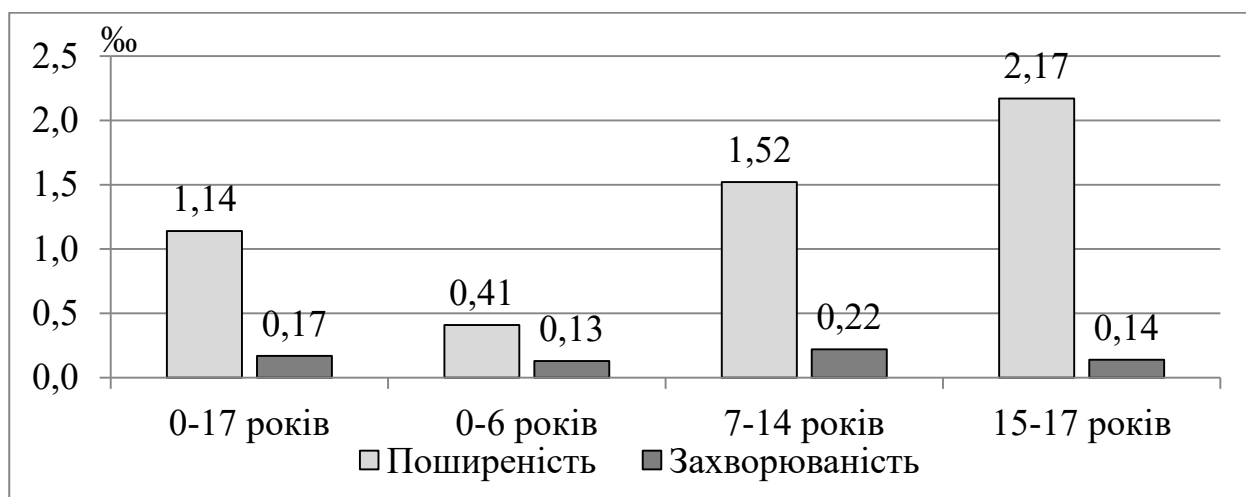


Рис. 2. Частота цукрового діабету серед дітей в Україні (E10-E14), на 1000 дітей відповідного віку, 2014-2017 рр.

Різниця між найбільшими і найменшими значеннями показників поширеності та захворюваності в областях у більшості випадків була трикратною, але якщо не враховувати Луганську і Донецьку області, де значення були найменшими, то ця різниця була двократною. Так, поширеність ЦД коливалась від $0,73 \pm 0,03$ на 1000 дітей 0-17 років у

Волинській до $1,59 \pm 0,03$ ‰ у Харківській області та м. Києві, тоді як захворюваність – від $0,14 \pm 0,01$ ‰ у Волинській до $0,24 \pm 0,01$ ‰ у Харківській областях відповідно.

При розгляді поширеності патології вважали доцільним проаналізувати результати розрахунку ВР, адже порівняно з визначенням значущості за «р», оцінка з урахуванням 95 % довірчих інтервалів більш відповідає практиці прийняття рішень, вона дає можливість врахувати величину показника, а не тільки виявити різницю між показниками [7].

ВР виникнення ЦД серед всього загалу дітей найбільшою мірою (в 1,4 разу), порівняно з показником по Україні, був підвищений у м. Києві (ВР=1,42 при 95 ДІ 1,37-1,48) та Харківській області (1,42; 1,36-1,48) (рис. 3). Підвищення ВР в 1,3 разу було відмічено на території Київської (1,33; 1,27-1,39) та Львівської (1,29; 1,24-1,34) областей, в 1,2 разу – у Дніпропетровській області (1,23; 1,19-1,28) та в 1,1 разу – на території Вінницької (1,10; 1,04-1,15), Чернігівської (1,10; 1,02-1,17), Полтавської (1,09; 1,03-1,16) та Тернопільської (1,09; 1,02-1,16) областей. Окрім Луганської та Донецької областей, знижений порівняно з Україною ВР виникнення ЦД відмічався на території Волинської (0,63; 0,59-0,68), Рівненської (0,75; 0,70-0,80), Житомирської (0,81; 0,76-0,87), Закарпатської (0,85; 0,81-0,91), Одеської (0,88; 0,84-0,93), Сумської (0,90; 0,84-0,97), Кіровоградської (0,91; 0,84-0,98), Чернівецька (0,92; 0,85-0,98), Черкаської (0,92; 0,86-0,99), Херсонської (0,93; 0,87-0,99) областей.

Щодо захворюваності на ЦД, то підвищення ВР вперше виявлених випадків ЦД у дітей було відмічено на території шести адміністративних одиниць (м. Київ (1,26; 1,14-1,39), Харківська (1,50; 1,36-1,66), Київська (1,31; 1,16-1,48), Львівська (1,23; 1,11-1,37), Дніпропетровська (1,20; 1,09-1,33), Вінницька (1,20; 1,05-1,37) області) на противагу 10 адміністративним одиницям з підвищеним ВР поширеності ЦД. Те саме стосується і зниженого ВР захворюваності – його значення менше 1,0 були відмічені на території 7 областей (Луганська (0,47; 0,39-0,57), Донецька (0,55; 0,48-0,62), Волинська (0,82; 0,69-0,97), Закарпатська (0,82; 0,70-0,96), Миколаївська (0,83; 0,69-0,99), Рівненська (0,84; 0,72-0,99) і Одеська (0,85; 0,75-0,97)) проти 12 при розрахунку ВР поширеності ЦД.

Розрахунок кореляції за 2017 р. не підтвердив зв'язку частоти ЦД із показником забезпеченості дитячими ендокринологами. Наприклад, на фоні підвищеного ВР виникнення ЦД показник забезпеченості лікарями у м. Києві дорівнював 0,06 на 1000 дитячого населення, в Харківській

області – 0,01 %, Вінницькій та Дніпропетровській – по 0,02 % при показнику в Україні 0,03 %.

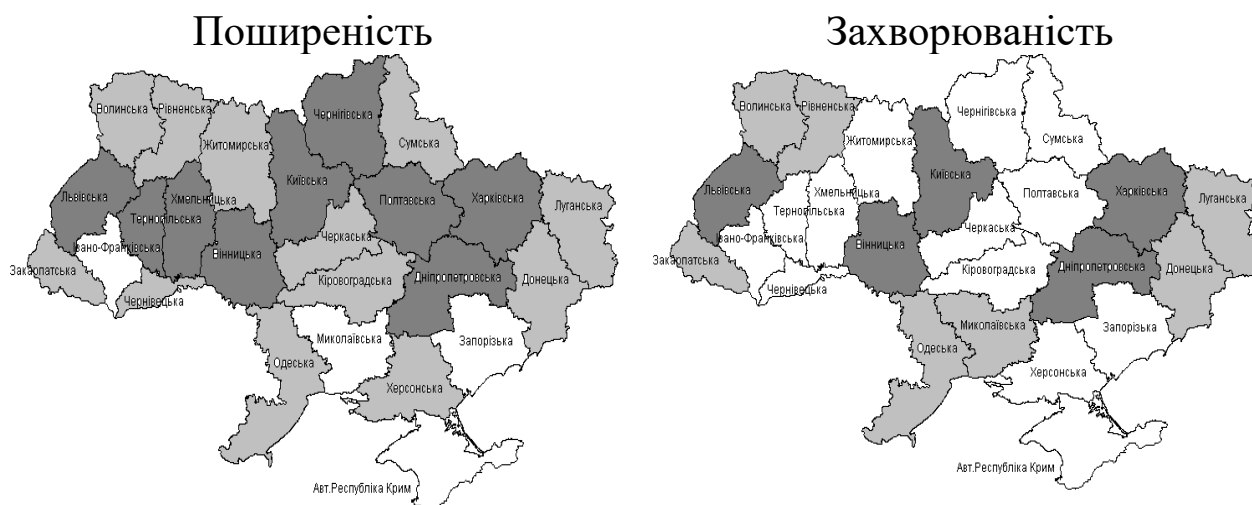


Рис. 3. Відносний ризик виникнення цукрового діабету у дітей 0-17 років в областях порівняно з Україною загалом, 2014-2017 рр.

Якщо розглянути ВР виникнення ЦД у дітей у різні вікові періоди (табл. 1), то до п'яти територіальних одиниць з підвищеним ВР поширеності і захворюваності одночасно (Вінницька, Дніпропетровська, Львівської, Харківська, Київська області та м. Київ) приєдналася ще Хмельницька область. На цих територіях у двох або усіх трьох вікових когортах дітей ВР виникнення ЦД був підвищений.

Таблиця 1

Відносний ризик виникнення цукрового діабету у дітей в областях порівняно з Україною загалом, 2014-2017 рр.

Області	Вік дітей, років			
	0-17	0-6	7-14	15-17
Вінницька	1,10; 1,04-1,15	1,16; 1,01-1,32	1,04; 0,97-1,11	1,10; 1,01-1,21
Волинська	0,63; 0,59-0,68	0,59; 0,49-0,72	0,65; 0,58-0,71	0,63; 0,55-0,73
Дніпропетровська	1,23; 1,19-1,28	1,30; 1,19-1,43	1,23; 1,17-1,29	1,29; 1,20-1,38
Донецька	0,53; 0,50-0,56	0,63; 0,56-0,71	0,51; 0,48-0,55	0,49; 0,44-0,54
Житомирська	0,81; 0,76-0,87	0,87; 0,74-1,03	0,80; 0,73-0,87	0,78; 0,69-0,88
Закарпатська	0,85; 0,81-0,91	0,75; 0,64-0,88	0,88; 0,81-0,95	0,89; 0,79-0,99
Запорізька	1,05; 0,99-1,11	1,14; 1,01-1,30	1,06; 0,98-1,13	1,02; 0,92-1,13
Ів. -Франківська	1,03; 0,97-1,08	1,05; 0,91-1,21	1,00; 0,93-1,08	1,01; 0,91-1,12
Київська	1,33; 1,27-1,39	1,38; 1,23-1,54	1,41; 1,33-1,50	1,30; 1,19-1,43
Кіровоградська	0,91; 0,84-0,98	0,81; 0,66-0,99	0,83; 0,75-0,92	1,10; 0,97-1,25
Луганська	0,43; 0,40-0,47	0,37; 0,30-0,46	0,46; 0,42-0,51	0,37; 0,31-0,43
Львівська	1,29; 1,24-1,34	1,28; 1,15-1,41	1,29; 1,23-1,36	1,23; 1,14-1,32
Миколаївська	0,96; 0,90-1,03	0,94; 0,79-1,12	0,97; 0,88-1,05	0,97; 0,86-1,10
Одеська	0,88; 0,84-0,93	0,73; 0,64-0,83	0,92; 0,87-0,98	0,97; 0,89-1,06
Полтавська	1,09; 1,03-1,16	1,04; 0,89-1,21	1,09; 1,01-1,17	1,09; 0,98-1,21
Рівненська	0,75; 0,70-0,80	0,52; 0,43-0,63	0,74; 0,68-0,81	0,89; 0,80-0,99
Сумська	0,90; 0,84-0,97	0,81; 0,66-0,99	0,84; 0,75-0,92	1,00; 0,88-1,13
Тернопільська	1,09; 1,02-1,16	1,49; 1,29-1,72	1,05; 0,97-1,14	0,88; 0,78-0,99
Харківська	1,42; 1,36-1,48	1,49; 1,35-1,65	1,39; 1,32-1,47	1,47; 1,37-1,58
Херсонська	0,93; 0,87-0,99	0,79; 0,65-0,95	0,90; 0,82-0,99	1,05; 0,94-1,19
Хмельницька	1,13; 1,07-1,20	0,95; 0,81-1,12	1,14; 1,06-1,23	1,17; 1,05-1,29
Черкаська	0,92; 0,86-0,99	0,87; 0,73-1,04	1,03; 0,94-1,12	0,71; 0,62-0,81
Чернівецька	0,92; 0,85-0,98	0,65; 0,52-0,81	0,87; 0,79-0,96	1,07; 0,95-1,21
Чернігівська	1,10; 1,02-1,17	1,20; 1,01-1,42	1,02; 0,93-1,13	1,12; 0,99-1,26
м. Київ	1,42; 1,37-1,48	1,51; 1,38-1,65	1,54; 1,47-1,62	1,40; 1,30-1,50

Щодо зниженого ВР, то до попередньої групи областей (Волинська, Рівненська, Закарпатська, Одеська, Донецька, Луганська) приєдналися Житомирська, Кіровоградська, Сумська, Херсонська та Чернівецька області, на територіях яких у двох або трьох вікових когортах дітей ВР виникнення ЦД був знижений.

ЦД 2 посідає хоч і незначне місце у загальній структурі діабету у дітей, але в Україні, як і у світі, відзначають зростання його поширеності, що пов'язують, насамперед, зі збільшенням поширеності ожиріння серед дітей [4]. Так, серед діагностованих випадків ЦД 2 в Україні у дітей у 82 % випадків було одночасно виявлено ожиріння чи надмірну масу тіла, а у 86,4 % – був визначений ЦД 2 у родичів першого та другого ступенів спорідненості. В зв'язку з прогнозом щодо збільшення виявлення таких випадків ретельнішої уваги потребують діти, що відносяться до групи ризику виникнення ЦД 2, зокрема, з ожирінням. Постає необхідність впровадження профілактики ожиріння на державному рівні із залученням медичних працівників, освітян, засобів масової інформації [4], вирішення питання доступності спорту, контролю цін на харчові продукти з високим вмістом швидкозасвоюваних вуглеводів.

Особливо актуальним є попередження ожиріння серед підлітків, адже якщо за даними статистично-аналітичного довідника з дитячої ендокринології ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» серед дітей 0-14 років з 2012 р. показник ожиріння дещо знижувався (з 11,96 у 2012 р. до 10,58 у 2017 р.), то серед 15-17-річних дітей відбувалось поступове зростання (у 2,4 разу за 13 років) (рис. 4).

Результати розрахунку ВР виникнення ожиріння серед дітей в областях дозволили виділити групи областей, де ризик для дітей всіх вікових періодів був (рис. 5):

- підвищеним (темно сірий колір на карті) – Вінницька, Житомирська, Закарпатська, Київська, Кіровоградська, Тернопільська, Хмельницька, Черкаська і Чернівецька області (центральна та західна частина країни);
- та зниженим (світло сірий колір) – Одеська, Миколаївська, Запорізька, Дніпропетровська, Донецька, Луганська, Полтавська і Сумська області (південна і східна частини країни) та Волинська область.

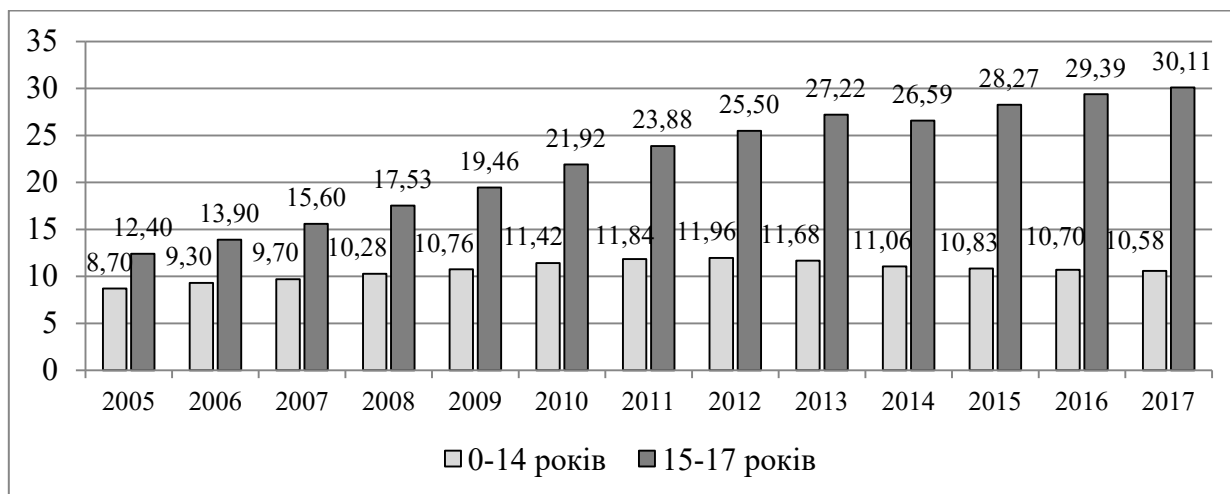


Рис. 4. Поширеність ожиріння у дітей в Україні, на 1000 дітей відповідного віку, 2005-2017 рр.



Рис. 5. Узагальнення результатів розрахунку ВР виникнення ожиріння у дітей в областях порівняно з Україною загалом, 2017 р.

Саме території з підвищеним ВР виникнення ожиріння і повинні стати першочерговими для впровадження заходів профілактики ЦД 2. Слід зазначити, що до таких територій варто віднести і визначені білим кольором Івано-Франківську, Рівненську і Чернігівську області, де ВР виникнення ожиріння серед усіх дітей був підвищеним з поодиноким виключенням при розгляді за окремими віковими періодами (у Івано-Франківській області відмічався знижений ВР виникнення ожиріння серед 15-17-річних, а у Рівненській серед дошкільнят).

В зв'язку з невинним зростанням поширеності та захворюваності на ЦД серед дитячого населення актуальними залишаються заходи профілактики цієї недуги, ключовою фігурою здійснення яких є лікар загальної практики-сімейний лікар.

Згідно з наказом МОЗ України № 1021 від 29.12.2014 р. відсутні докази щодо специфічної профілактики ЦД 1, але його своєчасне виявлення та лікування позитивно впливає на перебіг захворювання. Діагностичні заходи спрямовані на раннє виявлення лікарем загальної практики – сімейним лікарем ознак ЦД 1 та направлення пацієнта до лікаря-ендокринолога з метою встановлення діагнозу і призначення лікування.

Щодо первинної профілактики ЦД 2, то вона передбачає пропаганду здорового способу життя, виявлення та корекцію чинників ризику ЦД 2 типу, модифікацію способу життя (наказ МОЗ України № 1118 від 21.12.2018 р.). Важливим етапом попередження розвитку ускладнень ЦД 2 є вчасне виявлення захворювання та його компенсація. Рекомендують обстежувати на наявність ЦД 2 дітей та підлітків, що мають надмірну масу тіла (вага перевищує 85 перцентиль) або ожиріння (вага перевищує 95 перцентиль) та один (або більше) додатковий чинник ризику ЦД, а саме: ЦД у матері чи гестаційний діабет у матері під час виношування цієї дитини; сімейний анамнез ЦД 2 (захворювання у родичів першого і другого ступенів спорідненості); наявність станів, що можуть свідчити про інсулінорезистентність (чорний акантоз, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, синдром полікістозних яєчників, низька маса тіла при народженні, що не відповідає терміну вагітності) [5]. В зв'язку з тим, що серед 15-17-річних дітей протягом 2005-2017 рр. відбувалось поступове зростання поширеності ожиріння (у 2,4 разу за 13 років), питання скринінгу ЦД 2 також зберігає актуальність.

Таким чином, підсумовуючи результати проведеної роботи, варто відзначити, що серед 10 територіальних одиниць з підвищеним ВР виникнення ЦД у дітей (Дніпропетровська, Львівська, Полтавська, Харківська області та м. Київ, Вінницька, Київська, Тернопільська, Хмельницька та Чернігівська) у п'яти останніх може бути підвищена частота ЦД 2, так як на їх території відмічався підвищений ВР виникнення ожиріння у дітей. Саме вони потребують першочергової уваги щодо проведення скринінгу ЦД. З позитивної сторони варто відмітити Сумську, Одеську та Волинську області, у яких на фоні зниженого ВР виникнення ЦД відмічено знижений ВР виникнення ожиріння у дітей.

Список літератури.

1. Населення України за 2018 рік. Демографічний щорічник / Державна служба статистики України. – К., 2019. – 187 с.
2. Тимченко О.І., Линчак О.В., Поканевич Т.М., Процюк О.В., Приходько А.М. Генфонд і здоров'я: можливості сімейного лікаря в

- контексті профілактики захворювань: монографія. Київ : МВЦ «Медінформ», 2012. 71 с.
3. Мутовин Г.Р. Клиническая генетика. Геномика и протеомика наследственной патологии : учеб. пособие Москва : ГЕОТАР-Медиа, 2010. 832 с.
4. Зелінська Н. Б., Глоба Є. В., Погадаєва Н. Л. Статистика цукрового діабету у дітей в Україні (аналіз і прогноз). *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2013. № 1(42). С. 80-83.
5. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes 2020. *Diabetes Care*. 2020. Vol. 43, No 1. P. 14-32.
6. Тимченко О.І., Сердюк А. М., Карташова С. С. Генофонд і здоров'я: розвиток методології оцінки : монографія. Київ : МВЦ «Медінформ», 2008. 184 с.
7. Семинары по эпидемиологии окружающей среды / Д. Коггон та ін. Москва, 1996. 193 с.

Розвиток громадського здоров'я в Полтавській області

Дурдикулиєва Н.¹, Ткаченко О.², Козун Є.²

¹КП «Полтавський обласний центр громадського здоров'я Полтавської облради», Полтава

²ГО «Інститут аналітики та адвокації», Полтава

Здоров'я людини – найбільша цінність держави. Саме люди своєю працею створюють нові блага та утримують податками державу. Розвиток системи охорони здоров'я напряму вказує на розвиток суспільства.

Місія громадського здоров'я — максимально поліпшити здоров'я та добробут людей і громад на національному та глобальному рівнях.

Розвиток громадського здоров'я передбачає зміцнення здоров'я людей, попередження захворювань, продовження тривалості активного життя, зменшення рівня алкоголізму та кількості пов'язаних із ними правопорушень і травматизму [4,5].

Сучасне громадське здоров'я стосується заходів, спрямованих як на всю спільноту, так і на індивідуальні потреби щодо здоров'я. Програмне спрямування таких заходів варіюється від стратегій імунізації, зміцнення здоров'я та догляду за дітьми, маркування харчових продуктів та їх фортифікації, гарантування якісно організованих і доступних медичних послуг тощо [3].

Поняття "громадське здоров'я", було висунуте в 1920 р Winslow і перероблене у 1988 р Acheson. Загальноприйнятим визначенням є:

"Громадське здоров'я - це наука і практика попередження хвороб, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства". Цим самим визнається, що в забезпеченні громадського здоров'я поєднуються знання, організовані дії, які спираються на найкращі фактичні дані. В свою чергу, воно не накладає обмежень на дискусію щодо кордонів діяльності в сфері охорони здоров'я, ролі систем охорони здоров'я та міністерств охорони здоров'я в поліпшенні стану здоров'я або відповідальності суспільної охорони здоров'я за подолання нинішніх і виникаючих загроз для здоров'я і справедливості [6,7].

Дослідження ВООЗ демонструють, що профілактика є економічно ефективною як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективах. Крім того, інвестиції в охорону здоров'я генерують економічно ефективні результати для здоров'я та можуть сприяти більшій стійкості, отримуючи економічні, соціальні й екологічні переваги.

У нашій країні триває розбудова системи громадського здоров'я як основа профілактичної медицини. В листопаді 2016 року Кабінет міністрів України схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я. Метою документу стала ефективна державна політика по зміцненню здоров'я населення: збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного працездатного віку, заохочення до здорового способу життя. У схваленому Кабміном документі задекларовані наступні принципи розбудови громадського здоров'я: пріоритетність збереження здоров'я; доказовість та економічна доцільність; право на здоров'я та охорону здоров'я; досягнення справедливості щодо здоров'я; солідарна відповідальність; цілісний підхід до здоров'я.

Принцип пріоритетності збереження здоров'я населення у діяльності органів державної влади визначає проблеми у галузі охорони здоров'я як комплексні та такі, що пов'язані з умовами життя людей, економічним розвитком, соціальними нормами, державною політикою та політичною системою країни.

Для реалізації принципу доказовості та економічної доцільності щодо прийнятті управлінських рішень, держава має визначати оптимальні шляхи розв'язання проблем громадського здоров'я з урахуванням світової практики.

Законодавство передбачає, що до компетенції обласних, міських, сільських, селищних рад, належить затвердження програм соціально-економічного та культурного розвитку своїх територій.

В Україні склалася функціональна структура громадського здоров'я, яка представлена Директоратом Громадського здоров'я в Міністерстві охорони здоров'я, а також Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Директорат Громадського здоров'я МОЗ України складається з наступних підрозділів: Експертна група з питань реформування системи громадського здоров'я; Експертна група з питань реформування служби крові та біобезпеки; Експертна група з питань розвитку профілактичних програм інфекційних та неінфекційних захворювань, імунопрофілактик; Експертна група з питань формування державної політики щодо здорового способу життя та факторів ризику.

Вищезазначені заклади та їх підрозділи здійснюють стратегічне управління у сфері громадського здоров'я. Безпосередньо, Центр громадського здоров'я виконує лікувально-профілактичні, науково-практичні та організаційно-методичні функції у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення якості лікування хворих на соціально-небезпечні захворювання, зокрема ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркозалежність, вірусні гепатити тощо, попередження захворювань у контексті розбудови системи громадського здоров'я.

На рівні Полтавської області існує регіональна концепція. Її затвердила профільна Координаційна рада Полтавської ОДА. Даний документ відповідає засадам Національної Концепції. Також затверджений план заходів щодо виконання регіональної концепції.

При Полтавській ОДА з 2011 року функціонує Координаційна рада з питань протидії туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу та боротьби з наркоманією. На її базі створили міжвідомчу робочу групу з питань розвитку системи громадського здоров'я. Також у Кременчуці в 2018 році заснували Громадську раду при міському управлінні охорони здоров'я. А з березня 2019 року діє Громадська рада Шишацької РДА, до складу якої входять медичні працівники.

В межах повноважень обласної ради діє 29 програм. Серед них – 5 найбільш пов'язаних зі сферою громадського здоров'я. Ці програми стосуються розвитку фізичної культури та спорту, оздоровлення та відпочинку дітей, щодо забезпечення якості питної води, протидія ВІЛ тощо.

Особливим напрямком роботи системи громадського здоров'я є протидія інфекційним захворюванням. Наріжним каменем профілактичної роботи в цьому напрямку є вакцинація. Вакцинація залишається найефективнішим способом захисту людини від окремих інфекційних хвороб. Заради епідемічного благополуччя українців

Міністерство охорони здоров'я розробило Календар профілактичних щеплень. Це перелік обов'язкових щеплень (від дифтерії, кору, кашлюку, туберкульозу тощо) із часом їх здійснення. Усі календарні вакцини купують за кошти державного бюджету.

Слід зазначити, що місцева влада може фінансувати розширення його переліку. Полтавщина, наприклад, має позитивні приклади місцевих витрат на вакцини від грипу, сказу, правцю. Найбільше витрачає районна влада Диканьки, Полтави й Кременчука, міська влада Кременчука й селищна Шишак. Обласна влада не фінансує позакалендарні щеплення. Однак, наприклад, протягом тривалого часу, для дітей Кременчуцького обласного спеціалізованого будинку дитини за спонсорські кошти закупаються дози препарату для вакцинування проти грипу.

Для вивчення стану розвитку громадського здоров'я в Полтавській області було проведено дослідження, яке складалося з двох компонентів: аналітичного та соціологічного. В дослідженні прийняли участь полтавські посадовці, медики, журналісти. Проаналізовані дані вказують на те, що респонденти одногосно вважають вакцинацію найефективнішим методом профілактики поширення небезпечних хвороб. Щоправда, у опитаних є сумніви у якості вакцин і занепокоєння побічними реакціями. Охоплення вакцинацією вважають високим, але потрібні додаткові зусилля. Респонденти вважають, що підвищення рівня імунізації можна досягти завдяки роботі в декілька напрямках: публічній демонстрації летальних випадків; посиленню відповідальності за відмову від вакцинації без медичних причин; обмеженню відвідувати навчальні заклади для нещеплених; стимулюванню працівників, які регулярно вакцинуються. В свою чергу, було відмічено негативну роль ЗМІ, які поширюють недостовірну інформацію про щеплення, посилюючи недовіру в суспільстві [1].

Наступним завданням громадського здоров'я є зниження тягаря захворюваності, смертності та інвалідності від захворювань, що піддаються профілактиці та попереджуванні за рахунок міжсекторальної співпраці і спільної роботи.

Велике значення для розвитку громадського здоров'я відіграє політика зменшення споживання населенням алкогольних, наркотичних, тютюнових виробів. У цьому випадку найпоширеніше рішення місцевої влади – заборонити продаж алкогольних та слабоалкогольних напоїв у визначений час. Його прийняли 5 із 16

районних, міських, селищних і сільських рад. Це такі райони як Шишацька ОТГ, с. Яреськи, Горішні плавні, Кременчук, Полтава.

Окрім обмеження продажу алкоголю в Кременчуці діє програма «Молодь Кременчука». Вона передбачає програми «Здоров'я понад усе», «Я проти наркотиків», заходи «Ні – палінню» та інші.

Висновки. Проведено дослідження громадського здоров'я Полтавщини вказує на те що опитані експерти неоднорідно розуміють функції сфери громадського здоров'я. В свою чергу, на думку респондентів, до її розбудови мають долучатися органи місцевої влади, медична, спільнота, лідери громадської думки, освітяни, комунальники, неурядові організації та ЗМІ.

Місцева влада вправі забороняти продаж алкогольних напоїв уночі. Такі рішення сприяють зменшенню правопорушень. «Антиалкогольні» заходи, на думку опитаних, стали своєрідним мейн-стрімом у Полтавській області. Фактично ж серед проаналізованих рішень 16 місцевих рад їх прийняли 5: у Щербанях, Яреськах, Горішніх Плавнях, Кременчуці та Полтаві.

Щеплення – найефективніший спосіб вироблення імунітету до вакцинокерованих інфекційних хвороб. Існує національний Календар профілактичних щеплень, вакцини яким забезпечує держава. Водночас місцева влада може фінансувати розширення переліку профілактичних щеплень від таких хвороб як грип, гепатит А, ротавірусна інфекція, папіломавірусна інфекція та інших. Полтавщина має позитивні приклади місцевих витрат на вакцини від грипу, сказу, правцю. Найбільше витрачає районна влада Диканьки, Полтави й Кременчука, міська влада Кременчука й селищна влада Шишак.

Із 2016 року в Україні існує національна Концепція розвитку системи громадського здоров'я. Її регіональний відповідник діє лише на обласному рівні. Місцеві цільові програми розвитку громадського здоров'я відсутні. Тому проаналізували всі програми обраних територій щодо наявності в них заходів громадського здоров'я. З-поміж 489 документів 22% безпосередньо чи опосередковано стосуються громадського здоров'я. Найбільша кількість таких програм у Кременчуці – 33. По 10-11 документів діяло на територіях Горішніх Плавнів, Шишацького та Кременчуцького районів. Фінансовий аналіз не показав загальної тенденції до збільшення чи зменшення річного фінансування.

Частка витрачених коштів відносно виділених здебільшого перевищує 85%. Поодинокі приклади неповного витрачання коштів

зафіксували у програмах «Електронна лікарня» (32%) Кременчуцького району, «Замісна підтримуюча терапія» (51%) в Горішніх Плавнях, «Природоохоронних заходів» (22%) і «Поводження з твердими побутовими відходами» (2%) Пришибської об'єднаної територіальної громади.

Не отримала бюджетного фінансування кременчуцька програма профілактики ротавірусної інфекції в дітей, хоча є гарним прикладом уваги місцевої влади до позакалендарних щеплень.

Програми «Шкільне молоко» Шишацького району, «Ліквідації амброзії» Полтавської області та міста Полтави, «Розвитку зелених зон» Кременчука, «Забезпечення інсуліном» Шишацької ОТГ відповідають цілям громадського здоров'я та варті впровадження на інших територіях.

Особливої уваги заслуговують передові програми Горішніх Планів. При 3-ох органах влади з-поміж досліджених 21-го (16 місцеве самоврядування і 5 місцева виконавча влада) створені консультативно-дорадчі органи, які вирішують проблеми громадського здоров'я. На базі Координаційної ради з питань протидії туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу та боротьби з наркоманією Полтавської облдержадміністрації діє міжвідомча робоча група з питань розвитку системи громадського здоров'я. У Кременчуці створили Громадську раду при міському управлінні охорони здоров'я, в Шишацькій ОДА – Громадську раду до складу якої входять медичні працівники.

Завершальним етапом соціологічного компоненту стала фокус-група серед медиків. Її учасники говорили про незадовільний рівень охоплення вакцинацією населення області, алергізацію, сортування сміття й недостатню інформаційно-просвітницьку роботу. Усе це пов'язано з поведінкою населення: поширенням алкоголізму, нездоровим харчуванням, відмовою від щеплень, нехтуванням психічним здоров'ям.

Нагальні для області є заходи з ресоціалізації пенсіонерів, навчання домедичній допомозі, виховання дітей в гармонії з принципами громадського здоров'я, використання зовнішніх рекламних площ, роз'яснення переваг вакцинації, введення роботодавцями посади психолога та заохочень працівників до здорового способу життя.

Роль держави в розбудові системи громадського здоров'я залишається невизначеною. Відсутній закон України «Про громадське здоров'я» і немає національної програми її розвитку, які

могли б стати дороговказами для регіонів та сформувати єдиний вектор розвитку.

Водночас усе починається з людини, з її поведінки та звичок.

Список літератури

1. Громадське здоров'я Полтавщини: Аналітичний звіт. Інститут аналітики та адвокації, 2020.
2. Збірка матеріалів з розбудови системи громадського здоров'я Полтавської області. Полтава, 2018р, 72с.
3. Миронюк І.С., Слабкий Г.О. Окремі аспекти впливу системи громадського здоров'я на якість життя особи// Економіка і право охорони здоров'я. 2018. №2. – С. 42-46;
4. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» від 30.11.2016 р. №1002-р [Електронний документ] - Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249618799>.
5. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я» від 18.08.2017 р. №560-р [Електронний документ] - Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249618799>
6. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В., Закрутько Л.І., Качала Л.О., Дудник С.В. Задачі та функції громадського здоров'я центрального рівня/ Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Випуск 4, Київ, 2018. – 235/4/17;
7. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В., Закрутько Л.І., Качала Л.О., Дудник С.В. Функціонально-структурна модель регіонального центру громадського здоров'я./ Перелік наукової (науковотехнічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Випуск 4, Київ, 2018. – № 228/4/17.

Медико-соціальні аспекти захворюваності населення на цукровий діабет та шляхи його профілактики

Краснова О.І., Краснов О.Г., Кизименко О.О.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Однією з основних медико-соціальних проблем та найпоширенішою хронічною хворобою на планеті є цукровий діабет. Діабет це хронічне захворювання, яке розвивається, коли підшлункова залоза не виробляє достатньо інсуліну, гормону, що

регулює вміст цукру в крові, або коли організм не може ефективно використовувати вироблений ним інсулін. Цим захворюванням страждають близько 2% населення землі різного віку. Слід зазначити, що з кожним роком кількість хворих на цукровий діабет збільшується [1].

Лікування хворих на цукровий діабет є пріоритетом для національних систем охорони здоров'я у всьому світі. В глобальному докладі ВОЗ по діабету зазначено великі масштаби проблеми. Цукровий діабет залишається хворобою ускладнень, що несе вагомий вплив на економіку усіх країн світу, є одним із найбільш витратних захворювань, що посідає 4–5-е місце серед причин втрати працездатності. З бюджету кожної країни виділяються великі суми коштів на лікування ускладнень діабету. Встановлено, що 79% дорослих, які страждають на діабет, живуть у країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Найбільша кількість людей із цукровим діабетом мають вікові рамки від 40 до 59 років. Очікується, що кількість людей у світі з цукровим діабетом і, як наслідок, з діабетичною нефропатією, буде суттєво зростати до 2050 року.

До головних причин виникнення цукрового діабету слід віднести генетичну схильність, ожиріння, стресові ситуації, вірусні інфекції деяких захворювань ендокринної системи, хвороби печінки та підшлункової залози, у жінок з обтяженим акушерським анамнезом, алкоголізм. Ризик виникнення хвороби у жінок майже в два рази вище, ніж у чоловіків.

За даними МОЗ, в Україні налічується близько 1,3 млн. хворих на цукровий діабет, з них близько 200 тисяч хворих потребують щоденного прийому інсуліну. Згідно статистичних даних центру громадського здоров'я, кількість випадків зростає з року в рік на 5–7% [6]. Однак, майже в половини хворих цукровий діабет не діагностовано, часто роками, та розвиватись з ускладненнями, оскільки люди просто не звертаються до лікаря.

Аналіз статистичних даних щодо поширення цукрового діабету в Україні показує збільшення цього показника. Найвищі показники поширеності цукрового діабету у Хмельницькій (3584,1 на 100 тис. населення), Черкаській (3531,2) та Чернівецькій (3502,7) областях, найнижчі – у Волинській (1836,5), Львівській (2051,4) та Чернігівській (2123,2) областях. Також спостерігається значне зростання кількості нових зареєстрованих випадків (первинної захворюваності) захворювання населення України на цукровий діабет: від 194,8 на 100 тис. Цей показник збільшується в основному

за рахунок цукрового діабету 2-го типу [1,5]. Частіше цукровий діабет спостерігається серед населення промислово розвинених регіонів, однак показник поширеності більше залежить від стану профілактичної діяльності (раннє активне виявлення хворих на цукровий діабет 2-го типу). В областях, де краще проводиться профілактична робота, показники захворюваності вищі. Наприклад, у Харківській області зазначений показник досягає 350,2 на 100 тис. населення, у Хмельницькій – 316,7, Чернівецькій – 311,8, Черкаській – 300,1[2].

Щодо захворюваності на цукровий діабет в Полтавській області, то перше місце серед захворювань на ендокринну патологію серед дорослого населення займає саме цукровий діабет, поширеність якого складає 432,0 (проти 403,4 в 2018р., по Україні цей показник становив 352,3) [3, 4]. Нижче обласного показника зазначено в Гребінківському районі – 213 на 10 тис. нас., Котелевському – 288, Оржицькому – 254,0, Семенівському – 285,1 на 10 тис. нас. Захворюваність на цукровий діабет в Полтавській області також зросла і склала 43,28 проти 323,5 у 2018р. Нижче обласного показника: Гребінківський район – 110,5; Зінківський район – 55,5; Кобеляцькій район – 62,4; Полтавський Район – 27,8 на 10 тис. нас. У Полтавській області зареєстровано 19765 (у 2018 р. – 20863) ускладнень цукрового діабету [4].

Основними ускладненнями у хворих на цукровий діабет є: ураження судин очного дна і нирок (близько 34% випадків), нижніх кінцівок, а також ураження нервової системи. Але деякі ускладнення цукрового діабету можна діагностувати як на початку виявлення захворювання, так і при його тривалому перебігу, сюди відносяться пародонтоз, випадіння зубів, стоматити, гінгівіти, серцево-судинні захворювання, поліневрит, радикуліти. Також слід відмітити, що частота серцево-судинних захворювань значно збільшується серед пацієнтів, хворих на цукровий діабет, ішемічна спостерігається у 10-20% дорослих осіб з цукровим діабетом, гіпертонія – у 60%. У хворих на цукровий діабет в 3-4 рази частіше спостерігаються інсульти. Частота тих чи інших ускладнень при цукровому діабеті залежить від компенсації захворювання та його тривалості.

Одне з пізніх ускладнень цукрового діабету – ураження судин і нервів нижніх кінцівок. Ці зміни проявляються у зниженні чутливості ніг (больовий, температурної), при більш легкій травматизації, розвитку виразкових дефектів стоп, гангрені. Такі ураження нижніх кінцівок називаються діабетичною

полінейропатією. Через зниження чутливості ніг дрібна травма, потертість залишаються непоміченими. Незабаром туди потрапляють і починають розмножуватися бактерії – з'являється запалення, а при відсутності лікування та виразковий дефект, який заживає дуже погано на тлі підвищеного цукру, і при відсутності лікування може призвести до гангрені нижніх кінцівок. Ці прояви, зазвичай, об'єднують терміном «діабетична стопа».

Своєчасна діагностика допомагає правильно визначити прогноз захворювання, та дозволяє запобігти подальшого його прогресування. На сьогодні перед практичними органами охорони здоров'я стоїть завдання по активізації роботи щодо виявлення ранніх форм цукрового діабету, його ускладнень, досягнення компенсації та її постійного контролю серед хворих з 1 і 2 типом захворювання. Основною умовою профілактики синдрому діабетичної стопи, зменшення числа гангрен та ампутацій нижніх кінцівок у хворих на цукровий діабет на тлі компенсації захворювання є раннє виявлення чинників ризику, навчання хворих самоконтролю, дотримання правил догляду за ногами і своєчасне лікування діабетичної нейропатії та ангіопатії. До профілактичних заходів, які дозволяють не допустити розвиток ураження ніг відноситься регулярне (не рідше 3-4 разів на рік) обстеження, оцінка тактильної, температурної, вібраційної чутливості ніг.

В лікувальних закладах України організовані кабінети навчання хворих самоконтролю, кабінет «діабетична ступня», «діабетична ретинопатія». Усі пацієнти з цукровим діабетом та іншими захворюваннями, які викликають ураження периферичних відділів нижніх кінцівок, повинні кожні 3–6 місяців відвідувати кабінети діабетичної стопи, отримувати своєчасну консультацію, вміти правильно доглядати за стопами. Догляд за стопами пацієнти повинні здійснюватися у профілактичних кабінетах зі спеціально призначеними для цього кріслами та обладнанням для огляду й допомоги пацієнтам. Наприклад, апаратом для нетравматичного видалення гіперкератозів і лікування дрібних травм на підошвах.

Досвід роботи кабінетів навчання самоконтролю показав, що серед хворих, які пройшли курс навчання, спостерігається збільшення частоти компенсації захворювання, зменшення частоти невідкладних станів (кетозидоз, гіпоглікемії), зменшення частоти госпіталізацій та кількості днів перебування хворого в ліжку, поліпшення якості життя хворих. Завдяки діяльності кабінетів «діабетична ступня» в Україні

відмічається тенденція до зменшення частоти діабетичних гангрен та кількості ампутацій нижніх кінцівок при цукровому діабеті [1].

Ускладнення діабету можна уникнути, якщо хворий на цукровий діабет сам навчиться керувати діабетом та буде дотримуватися правил догляду за ногами, а саме: щодня оглядати стопи ніг, щоб не допустити розвитку пошкоджень та тріщин; правильно вибрати взуття в магазині (не купувати жорстке, вузьке взуття). При зниженні чутливості ходити за покупкою з картонним відбитком вашої стопи; при наявності грибкового ураження нігтів або шкіри стоп необхідно користуватися спеціальними антімікотичними засобами; при ушкодженні шкірного покриву (тріщина, подряпина, поріз) використовуйте для обробки безбарвні антисептичні розчини; при загоєнні пошкодження стопи необхідно відразу звернутися до лікаря кабінету «діабетична стопа» [1].

Стрімке зростання показників поширеності цукрового діабету, медико-соціальні наслідки захворювання, які пов'язані з передчасною втратою здоров'я та працездатності у хворих, затрати на лікування захворювання та його ускладнень зробили пріоритетними всі питання, пов'язані з необхідністю поліпшити медичну допомогу хворим на цукровий діабет. Щоб зменшити затрати на лікування, уникнути ускладнень необхідно своєчасно на ранніх стадіях виявляти хворобу та вчасно забезпечувати якісними послугами пацієнтів. До основних напрямків розв'язання проблеми відносяться оптимізація статистичної реєстрації хворих на цукровий діабет, що знаходяться на різних видах цукрознижуючої терапії, шляхом впровадження діючого реєстру хворих на цукровий діабет, це дозволить проводити аналіз поширеності та захворюваності на цукровий діабет, динаміку його ускладнень, оцінити якість надання медичної допомоги за станом компенсації хвороби, а також планувати фінансування для надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет. Необхідно покращити заходи своєчасної діагностики цукрового діабету у населення України, шляхом проведення постійного скринінгу, у першу чергу – у осіб з груп ризику по цукровому діабету [1]. З метою оптимізації лікування хворих на цукровий діабет посилити контроль за дотриманням протоколів та клінічних настанов надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет, оптимізувати систему ефективної профілактики та лікування гострих та хронічних ускладнень цукрового діабету, у т.ч. шляхом налагодження роботи кабінетів діабетичної стопи, діабетичної ретинопатії.

Важливим напрямком є вдосконалення системи реабілітації та соціальної адаптації хворих на цукровий діабет шляхом забезпечення санаторно-курортного лікування, розвитку оздоровчо-реабілітаційних програм для дітей та молоді з діабетом на регіональному та національному рівнях. Не менш важливим напрямком профілактики цукрового діабету є матеріально-технічне забезпечення лікувальних закладів усіх рівнів засобами діагностики цукрового діабету та його ускладнень, підвищення знань лікарів різних спеціальностей у галузі діабетології.

Література:

1. Антошук Р.Я. цукровий діабет: етіологія захворювання / Р.Я. Антошук // *молодий вчений*. – 2016. – № 6 (33). – с. 277–280.
2. Демографічна та соціальна статистика / охорона здоров'я [електронний ресурс] / державна служба статистики України. – режим доступу : <http://ukrstat.org>
3. Краснова О. І. Стан та проблеми розвитку фінансування охорони здоров'я на селі. *Інтернаука. Серія : економічні науки*. 2018. № 1. С. 39–45.
4. Довідник показників діяльності лікувально–профілактичних закладів області. *Полтавський обласний інформаційно–аналітичний центр медичної статистики*. Doi: <http://oiacms.poltava.ua>.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. – 458 с.

Значення профілактичних медичних оглядів дитячого населення в період реформування охорони здоров'я в Україні

Литвинова Л.О., Донік О.М., Артемчук Л.І.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Київ*

Вступ. Охорона здоров'я дітей в Україні, що є обов'язком батьків, турботою вихователів та педагогів, залишається одним із пріоритетних завдань держави, проблемою суспільства в цілому. У зв'язку зі зменшенням народжуваності скоротилась загальна чисельність дитячого населення, при цьому за останні 22 роки поширеність захворювань у дітей в Україні зросла на 41%, а первинна захворюваність – на 36% [1]. За останні 10 років спостерігається позитивна динаміка цих показників серед дитячого населення. У

2017 р. поширеність захворювань становила 1747,67‰, первинна захворюваність – 1291,69‰ із темпом зниження 9,8% та 7,3% відповідно. Це також може свідчити про зниження виявлення захворювань через реформування педіатричної служби і погіршення її кадрового забезпечення. Зменшилась питома вага практично здорових дітей до 30%, з початком навчання в школі 85% дітей мають ті чи інші порушення соматичного та психічного характеру [2]. За результатами досліджень встановлено, що 49% 6-річних і 13% 7-річних учнів перших класів функціонально не готові до навчання в школі [3].

Реформа системи охорони здоров'я внесла значні зміни в систему диспансеризації населення – вона скасована наказом МОЗ України № 504 від 19.03.2018 р. «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (наказ МОЗ України № 728 від 27.08.2010 р. «Про диспансеризацію населення» відповідно втратив чинність). Сам термін «диспансеризація» (від лат. *dispensare* – розподіляти) вилучається з усіх документів, натомість пропонується «скринінг» (від англ. *screening* – відбір, сортування). Саме диспансеризація дозволяла розподіляти населення, у т.ч. дитяче, за групами здоров'я, які також відмінено. Державна звітність щодо здоров'я населення не дозволяє повноцінно аналізувати тенденції стосовно рівня здоров'я населення, так як скасовано цілий ряд облікових форм. Але сутність самої диспансеризації від цього не змінилася: її основна мета – профілактика, яка має стати основою зростання рівня здоров'я населення.

Залишились лише обов'язкові медичні профілактичні огляди дитячого населення, які і є невід'ємною частиною диспансеризації. Проводяться вони з метою динамічного спостереження за станом здоров'я дітей, а саме: виявлення відхилень фізичного та психоневрологічного розвитку від фізіологічних норм, з'ясування чинників ризику, що спричиняють виникнення та розвиток захворювань, діагностування захворювань із подальшим їх диспансерним спостереженням, плановим лікуванням чи реабілітацією, а також із метою запобігання масовим колективним захворюванням, особливо у дитячих закладах. Диспансерному спостереженню, яке здійснює педіатр, сімейний лікар та інші лікарі-спеціалісти (в залежності від віку дитини відповідно до нормативних документів), підлягають усі групи дитячого населення – від народження до 18 років.

Періодичність проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів та їх зміст визначено в таких нормативних

актах: наказ МОЗ України № 149 від 20.03.2008 р. «Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років», постанова Кабінету Міністрів України № 826 від 14.06.2002 р. «Про порядок медичного обслуговування дітей у дошкільному навчальному закладі та Наказ МОЗ України № 682 від 16.08.2010 р. «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів». Згідно із зазначеними документами діти віком 1–2 роки проходять медичний огляд один раз на півроку і далі один раз на рік. Проводить цей огляд педіатр або сімейний лікар в амбулаторних умовах. Діти віком 3–5 років проходять медичний огляд один раз на рік в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу або в медичному кабінеті дошкільного навчального закладу. Медичні профілактичні огляди школярів проводяться виключно у присутності батьків тільки у лікувально-профілактичних закладах за місцем спостереження дитини відповідно до рекомендацій ВООЗ згідно з міжнародним проектом «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді».

Мета дослідження – аналіз динаміки результатів профілактичних оглядів дитячого населення у 2009–2019 рр. на фоні сучасного реформування охорони здоров'я населення України.

Загальна динаміка результатів профілактичних оглядів дітей у віці від 0 до 17 років представлена в таблиці 1, з якої постає, що найбільші позитивні зрушення відбулися щодо зниження гостроти слуху, сколіозу та порушень постави. Гірше становище щодо частоти виявлених під час медичних оглядів випадків зниження гостроти зору та дефектів мови. Як і десять років тому найбільша частота порушень спостерігається щодо гостроти зору (46,6‰), найменша – гостроти слуху (1,68‰). Значних гендерних відмінностей не виявлено.

Таблиця 1

**Результати профілактичних оглядів дітей у віці 0–17 років
(на 1000 оглянутих)**

Виявлено при профілактичних оглядах дітей	Хлопчики		Темп приросту / зниження (%)	Дівчата		Темп приросту / зниження (%)	Разом		Темп приросту / зниження (%)
	2009	2019		2009	2019		2009	2019	
з пониженням гостроти слуху	2,43	1,70	-30,04	2,21	1,65	-25,34	2,32	1,68	-27,58
з пониженням гостроти зору	49,45	43,73	-11,56	56,43	49,17	-12,87	52,91	46,6	-11,93

з дефектами мови	20,03	17,27	-13,78	18,53	15,79	-14,89	19,29	16,61	-13,89
зі сколіозом	21,86	14,35	-34,35	22,54	14,91	-33,85	22,2	14,69	-33,83
з порушеннями постави	46,89	36,35	-22,48	50,37	37,21	26,13	48,61	36,9	24,09

Проаналізувавши динаміку результатів профілактичних оглядів серед окремих освітньо-вікових груп дітей (табл. 2), можна спостерігати загальну позитивну динаміку, за винятком зниження гостроти зору у першокласників 7 років та школярів 9–11 класів. Аналізуючи динаміку різних форм порушень за віком, спостерігається зростання частоти патології, за винятком дефектів мови, частота якої від дошкільного віку до старшокласників майже у 10 разів зменшилася. За даними ретроспективних досліджень [4] встановлено, що півстоліття тому тенденція була протилежною: у школярів протягом навчання частота захворювань за більшістю нозологій зменшувалась.

Таблиця 2

Результати профілактичних оглядів дітей у віці 0–17 років в окремих освітньо-вікових групах (на 1000 оглянутих)

Групи дітей	Виявлено при профілактичних оглядах дітей (на 1000 оглянутих)									
	з пониженням гостроти слуху		з пониженням гостроти зору		з дефектами мови		зі сколіозом		з порушеннями постави	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019
Діти дошкільного віку	1,09	0,88	16,59	13,1	33,34	30,46	2,22	1,60	12,29	8,07
Темп приросту / зниження (%)	-19,27		-21,04		-8,64		-27,93		-34,34	
Діти, що почали навчання з 6 років	2,35	2,16	48,56	45,93	62,24	50,15	10,38	8,52	39,01	32,61
Темп приросту / зниження (%)	-8,09		-5,42		-19,42		-17,92		-16,41	
Дітей, що почали навчання з 7 років	3,80	3,29	62,29	62,62	48,77	38,54	18,95	15,88	58,52	47,29
Темп	-13,42		+0,53		-20,98		-16,20		-19,19	

приросту / зниження (%)										
Школярі 2-8 класів	3,02	1,87	75,54	62,21	9,99	5,77	30,68	18,8	74,69	50,4
Темп приросту / зниження (%)	-38,08		-17,65		-42,24		-38,72		-32,52	
Школярі 9- 11 класів	3,20	2,83	76,39	81,35	3,29	2,77	46,97	37,26	67,99	67,71
Темп приросту / зниження (%)	-11,56		+6,49		-15,81		-20,67		-0,41	

Наразі частка здорових дітей за весь час шкільного навчання знизилася з 27% до 19%, а до закінчення школи кожна друга дитина має хронічні захворювання. За даними медоглядів спостерігається зростання відхилень у стані здоров'я дітей щодо гостроти зору – у 6,2 рази, сколіозу – у 23,2 рази, порушень постави – у 8,4 рази. Це пов'язано зі значним навчальним навантаженням, порушеннями режиму сну і відпочинку, низькою фізичною активністю. Тобто, в кожній освітньо-віковій групі виокремлюються свої пріоритети. У групі дошкільнят – дефекти мови (здебільше вроджені, ніж набуті), що є перешкодою для навчання, тому інтенсивно долаються на самому початку. Порушення гостроти зору та порушення постави, частота яких із віком тільки зростає, домінує серед дітей, що розпочали навчання з 6 та 7 років і залишається в лідерах до старших класів школи включно. Саме частота зниження гостроти зору у школярів 9–11 класів зросла – дається взнаки значне навантаження на зір навчальних програм та робота за комп'ютером.

Для розуміння особливостей поширення певних порушень у дітей доцільним є їх аналіз у різних віко-статевих групах. Так, вочевидь частота зниження гостроти зору трапляється частіше, ніж зниження слуху (рис. 1). Це пов'язано з більш ретельним вивченням стану здоров'я учнів молодших класів.

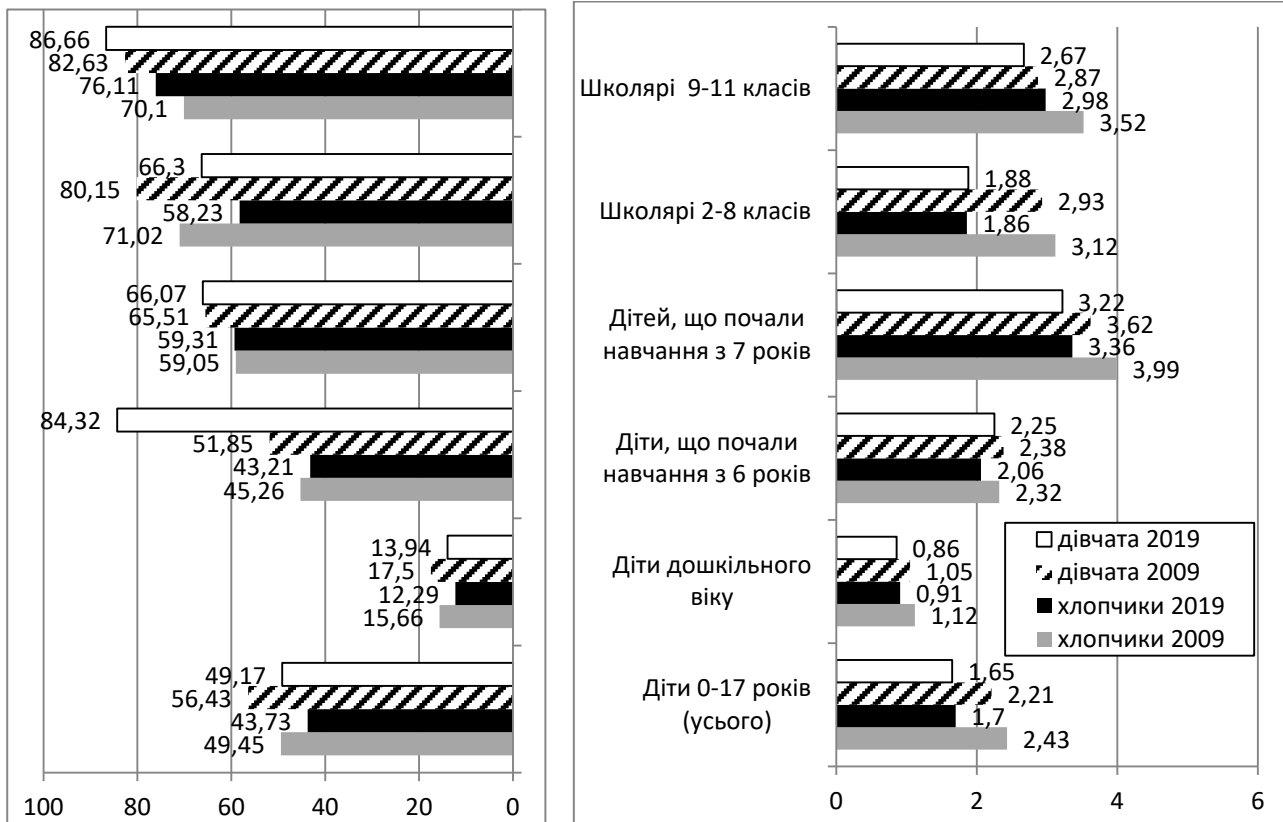


Рис. 1. Динаміка частоти порушень гостроти зору (ліва сторона) та слуху (права сторона) в окремих віко-статевих групах (на 1000 оглянутих)

Водночас спостерігається зростання частоти зниження гостроти зору протягом всього шкільного навчання, особливо у дівчат, що можна пояснити більш сумлінним ставленням їх до навчання. Підтвердженням є дані вибіркового дослідження офтальмологічного статусу школярів. Більш, ніж у третини учнів виявлена офтальмологічна патологія (здебільшого міопія), при цьому частота цієї патології зростає у 8 разів прямо пропорційно віку дітей – від 8% у першокласників до 63% в старшокласників [5].

Зниження гостроти слуху, що фіксується у дитини від народження, здебільшого вдало корегується різними методами, включаючи оперативні втручання. Інша справа, коли зниження гостроти слуху розвивається поступово і може бути наслідком отиту чи травми вуха або негативного впливу шкільного шуму, рівень інтенсивності якого в основних приміщеннях школи коливається від 40 до 110 дБ. Збільшення латентного періоду зорової і слухомоторної реакції, а також послаблення уваги, гальмування, розлади координації та вегетативної реактивності в результаті призводять до погіршення працездатності [6]. Також треба враховувати негативний вплив гучної музики в навушниках у школярів, що призводить до частоти зниження слуху в старшокласників, особливо у хлопчиків.

Важко переоцінити значення розвитку мови дітей для їх спілкування, формування пізнавальних процесів, успішного навчання. Дефекти мови можуть мати в подальшу негативний вплив на їх поведінку та затримку психічного розвитку в цілому. На рис. 2 подано аналіз динаміки частоти дефектів мови, де частота їх виявлення в дошкільному віці перевищує частоту зниження гостроти зору і слуху. Можна передбачити, що це пов'язано з більшою очевидністю таких дефектів й необхідністю їх якнайшвидшого корегування до початку навчання у школі. Існують певні гендерні розбіжності частоти виявлення дефектів мови у ранньому шкільному віці, яка спочатку вища у хлопчиків, але з роками ці розбіжності практично нівелюються. Успішне проведення логопедами заходів вторинної профілактики з дітьми раннього віку, в яких виявлені дефекти мови, мають хороші результати. До попередження виникнення заїкання, порушень писемного мовлення, психосоціального розвитку повинні долучатися також медики, педагоги та батьки [7].

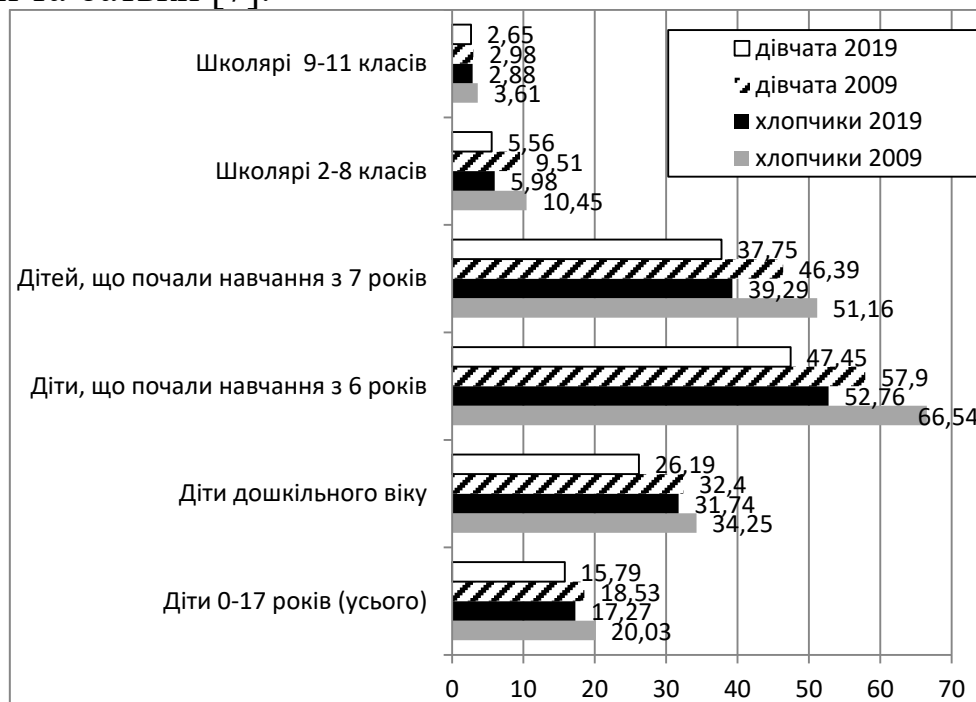


Рис. 2. Динаміка частоти дефектів мови в окремих віко-статевих групах (на 1000 оглянутих)

Особливої уваги потребує аналіз динаміки частоти виявлення сколіозу та порушень постави (рис. 3). Ця патологія є переважно набутою; виявлена на ранніх стадіях вона підлягає корекції звичайними фізичними вправами. Частота сколіозу та порушень постави поступово зростає з віком, із незначною перевагою у дівчат над юнаками. Спостерігається позитивна десятирічна динаміка в усіх

віко-статевих групах. Найбільші зрушення виявлені у школярів середніх класів, при цьому частота порушень постави у старшокласників практично не змінилася і знаходиться на рівні 67–68%. Таку тенденцію можна пояснити прерогативою сидячого способу навчання у майбутніх абітурієнтів над фізичними вправами. Результати досліджень виявили низький рівень фізичної активності у 35,6% дівчат та у 33,3% юнаків – студентів перших курсів вищих навчальних закладів [8].

Зміцнення здоров'я дітей і впровадження здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховний процес є важливим напрямом діяльності виховних та освітніх закладів. Нормативно-правова база України щодо збереження здоров'я дітей на основі формування здорового способу життя нараховує понад 200 документів, що регулюють медичний, просвітницький, реабілітаційний та інші напрями соціальної політики держави [9]. Однак спостерігається стійка тенденція погіршення стану здоров'я дітей, незважаючи на обізнаність науково-педагогічних працівників в оздоровчих технологіях.

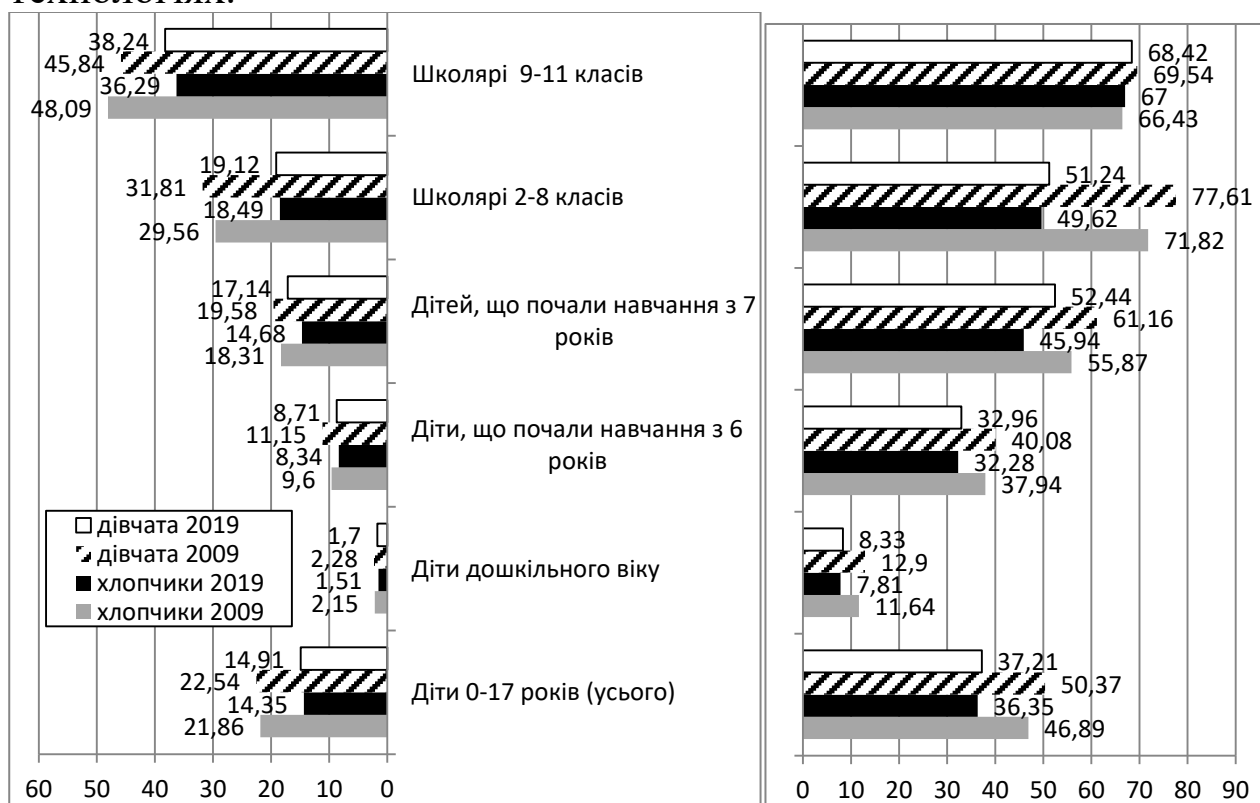


Рис. 3. Динаміка частоти сколіозу (ліва сторона) та порушення постави (права сторона) в окремих віко-статевих групах (на 1000 оглянутих)

Необхідно активно впроваджувати в шкільну практику медицину, наприклад, у форматі медичних кабінетів здоров'я,

оскільки в період реформування медичної галузі профілактично-реабілітаційні заходи доцільно проводити безпосередньо на базі шкільних навчальних закладів [4].

Професійна підготовка медичного персоналу щодо профілактики відхилень у стані здоров'я дітей потребує постійного вдосконалення. Так, за даними дослідження якості профілактики порушень постави тільки 59% медичних працівників роблять раннє виявлення таких порушень у дітей, а 48% – проводять санітарно-просвітницьку роботу з профілактики [10].

До організації щорічних профілактичних медичних оглядів дитячого населення є багато питань. Крім рутинних щорічних перевірок антропометричних даних, гостроти зору, слуху, постави та плоскостопості, найбільш повноцінний огляд проводиться лише у віці 3, 6–7, 15 та 17 років. Огляд лікарями-спеціалістами з використанням додаткових методів дослідження здійснюється лише за медичними показаннями. Необхідність у додаткових обстеженнях має визначати педіатр чи сімейний лікар, на яких покладено величезну відповідальність – вчасно виявити відхилення в стані здоров'я дитини.

Відповідно до чинного законодавства держава дає можливість дитячому населенню проходити профілактичні медичні огляди не лише у відповідних закладах охорони здоров'я за місцем обслуговування, а й у приватних закладах охорони здоров'я та закладах освіти, де навчаються діти. При цьому слід пам'ятати, що це не лише право дитини, а й обов'язок батьків піклуватись про здоров'я своїх дітей.

Висновок. Незважаючи на загально позитивну динаміку виявлення під час медичних оглядів частоти порушення стану здоров'я дітей, проблема лишається досить актуальною. Не варто недооцінювати важливість медичних оглядів. Ефективна первинна профілактика та раннє своєчасне виявлення захворювань із подальшим їх лікуванням дозволяє якщо не уникнути, то хоча б зменшити можливі ризику захворювань у дитини, які можуть набути загострення під час навчання.

Список літератури

1. Стан здоров'я дитячого населення – майбутнє країни (частина 1) / Ю.Г. Антипків та ін. *Здоров'я дитини*. 2018. № 1, Т. 13. С. 1–11. URL: <http://childshealth.zaslavsky.com.ua>
2. Сучасні технології збереження здоров'я учнів: кращий досвід: [Електронні дані] / уклад. А.Г. Обухівська, І.І. Цушко. Київ:

Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2015. С. 4.

3. Система профілактично-оздоровчих заходів з підготовки дітей старшого дошкільного віку до навчання у загальноосвітніх навчальних закладах. Методичні рекомендації / уклад. Н.С. Полька та ін. Київ: ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзеєва НАМН України», 2013. С. 6.

4. Камінська Т.М. Оптимізація системи профілактичних заходів та реабілітація порушень стану здоров'я дітей шкільного віку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: 14.01.10. Київ, 2016. 38 с.

5. Костецька А.О. Медико-організаційна технологія оптимізації моніторингу порушень зору у школярів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.02.03. Київ, 2014. 26 с.

6. Толстанов О.К., Павловський В.А. Охорона здоров'я дітей та підлітків. Ч. II. Попередження дитячих захворювань: Навчально-методичний посібник. Житомир: Видавництво ЖДУ ім. І. Франка, 2009. С. 39–48.

7. Феденко О.О., Стахова Л.Л. Профілактика порушень мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*: матеріали VII Всеукр. заочної наук.-практ. конф., 15 лют. 2018 р. Суми: ФОП Цьома С.П., 2017. С. 130–133.

8. Земська Н. Характеристика рухової активності студентської молоді. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*: зб. наук. праць. 2012. №3 (19). С. 211–214.

9. Шукатка О. Нормативно-правова база України щодо сприяння здоров'язбереження молоді. *Науковий вісник МНУ імені В.О. Сухомлинського. Педагогічні науки*. 2018. № 3 (62), Т. 2. С. 353–358.

10. Шатило В.Й. Попередження порушень постави у дітей та підлітків. *Современная педиатрия*. 2013. № 6 (54). С. 88–91.

Состояние здоровья работников и феномен трудоголизма, абсентеизма, презентеизма в их трудовом поведении

Мирошниченко М.С.¹, Капустник Н.В.², Салдан Г.Н.³,
Мирошниченко С.А.⁴

¹*Харьковский национальный медицинский университет, Харків*

²*Коммунальное неприбыльное предприятие Харьковского областного совета «Областной клинический перинатальный центр», Харків*

³*Коммунальное некоммерческое предприятие Харьковского областного совета «Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», Харків*

⁴*Коммунальное некоммерческое предприятие Изюмского городского совета «Центральная городская больница Песчанской Богоматери», Харків*

Здоровье является универсальной ценностью человечества и важнейшим индикатором устойчивого развития страны. Здоровье способствует повышению производительности труда, формированию эффективных трудовых ресурсов и более здоровому старению; сокращает расходы, связанные с болезнью, социальной помощью, оказанием медицинской помощи; способствует уменьшению потерь налоговых поступлений в бюджет [1].

Украину в большинстве научных и аналитических публикаций называют страной Европейского региона с неудовлетворительными показателями здоровья населения, в том числе и трудоспособного возраста, низкими показателями средней ожидаемой продолжительности жизни, распространенным «нездоровым» поведением населения, учитывая употребление табака, алкоголя, наркотиков, наличие ожирения, низкий уровень физической активности, высокий уровень стрессов [2]. В связи с этим возникает острая потребность в сохранении здоровья и работоспособности трудоспособного населения [3].

Всемирной организацией здравоохранения была разработана «Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 года», которая затрагивает различные аспекты охраны здоровья работающего населения. В качестве приоритетов стратегий определена первичная профилактика профессиональных рисков, охрана и укрепление здоровья на рабочем месте, эффективность и разнообразие условий занятости работников, совершенствование систем здравоохранения для работающих [3].

Разумное соотношение работы и личной жизни является довольно важным условием для сохранения здоровья индивидуума. В научной литературе даже существует термин жизненный баланс, или *work-life balance*, который является явлением динамичным, изменяющимся, и определяется соответствующей ситуацией: что в данный момент жизни требует большего внимания, какие жизненно важные дела требуют первостепенного решения [4].

Одним из нарушений жизненного баланса является чрезмерное увлечение работой, которое проявляется в форме трудоголизма [4]. Впервые термин трудоголизм (*workaholism*) ввел американский психолог У. Оутс (Oats, 1968), соединивший в едино два слова «труд» (*work*) и «алкоголик» (*alcoholic*), так как сам он испытывал примерно такую же зависимость от работы, что и алкоголики от алкоголя. Именно тогда вышла его первая книга, которая называлась «Исповедь трудоголика» [5].

Трудоголизм, по данным многих ученых, является следствием соответствующего воспитания в детстве; отсутствия культуры труда на рабочем месте; корпоративной культуры и стиля руководства; бегства от проблем в личной жизни; высокой потребности в активности [6].

Для трудоголиков характерна чрезмерная приверженность к работе; непреодолимое стремление к постоянному успеху и одобрению со стороны окружающих; отношение к работе как к способу удовлетворения потребности в самоактуализации; предрасположенность к перфекционизму и постоянным сомнениям; склонность к пренебрежению интересами окружающих, сотрудников, родственников; амбициозность и тяготение к соперничеству; предпочтение рабочей деятельности отдыху [6].

Поскольку трудоголики не имеют достаточного времени, возможностей для отдыха и восстановления затраченных на работу ресурсов, это приводит к эмоциональному и когнитивному их истощению. Отмечено, что долгие часы, проведенные на работе трудоголиками, могут усиливать у них влияние рабочего стресса, особенно если они имеют высокие стандарты эффективности. Данные особи переживают больше негативных эмоций, чем позитивных, что, соответственно, увеличивает у них риск развития цереброваскулярных и сердечно-сосудистых заболеваний [3]. Доказано, что у тех, кто работает от 41 до 50 часов в неделю, риск развития гипертонии увеличивается на 14 %, а у работающих более 50 часов в неделю на 29 % [7].

Трудоголики, перенапрягаясь на работе, нуждаются в расслаблении, и самым лёгким способом в этом процессе становится употребление алкоголя. Проведенные многочисленные исследования с участием более чем 330 тысяч людей из 14 стран мира показали, что сотрудники, работающие больше стандартных 40 часов в неделю, имеют на 11 % больше шансов стать алкоголиками, чем их коллеги, следующие нормированному графику [7].

Всемирная организация здравоохранения считает, что трудоголизм опасен для здоровья, поэтому в ряде стран данный феномен признан болезнью, а трудоголиков рассматривают в качестве пациентов, нуждающихся в комплексном лечении [7].

В современном обществе ключевым ресурсом организаций становится персонал, и выполнение им своих трудовых функций на высоком уровне позволяет достичь преимущества в условиях конкурентного рынка. В настоящее время среди лиц трудоспособного возраста отмечено масштабное распространение различных форм профессиональных деструкций в организационном поведении либо деструктивных форм трудового поведения, среди которых наиболее распространенными являются презентеизм и абсентеизм. Деструктивное трудовое поведение приводит к снижению темпов производства, качества продукции или услуг, конфликтам в коллективе, напряженным отношениям между работниками, работодателями и другим негативным последствиям [8].

Явление, которое заключается в том, что работник в период плохого самочувствия, болезни и нетрудоспособности выходит на работу, называют презентеизмом (от английского present – присутствовать). Профессор Г. Джонс, который является одним из основоположников исследований в области презентеизма, указывает на то, что этот термин впервые был использован М. Твенем в 1892 году в книге «Американский претендент» [9].

Презентеизм является достаточно частым явлением среди лиц трудоспособного возраста. В ходе одного из проведенных крупных исследований зарубежными учеными было отмечено, что от 50 % до 70 % сотрудников выходили на работу во время болезни [3]. Проведенные подсчеты компанией Vitality показали, что пять лет назад из-за презентеизма теряли по 20 дней в год и лишь 29 % всех сотрудников были подвержены данной проблеме, на сегодняшний момент убыль дней выросла до 35, а количество затронутых людей – до 45 % [10].

Презентеизм может быть спровоцирован как событиями личной жизни работника, так и факторами, связанными с работой и деятельностью организации [9]. Так, среди причин возникновения данного феномена отмечают большой объем выполняемой работы и отсутствие взаимозаменяемости в коллективе; опасение снижения доходов из-за болезни, учитывая, что в ряде предприятий не оплачиваются листки нетрудоспособности (больничные листы); опасение потерять работу; наличие важных и нерешенных вопросов; нежелание обращаться в поликлинику к врачу; чувство ответственности [3].

Интересно то, что частота возникновения презентеизма зависит от сферы деятельности. Зарубежными исследователями доказано, что уровень презентеизма выше у работников сферы образования и здравоохранения [11], объясняя данный факт тем, что ими движет забота о зависимых от них пациентах и учениках. Исследование, проведенное среди 1476 норвежских терапевтов, показало, что 80% врачей работали, несмотря на плохое самочувствие. Высокий уровень презентеизма также отмечен среди менеджеров, поясняя, что они должны являться примером для своих подчиненных [9].

К причинам развития презентеизма также относится стиль руководства и личность руководителя [11]. Эксперты говорят об изменении управленческой культуры, в которой теперь существует тенденция винить за отсутствие на работе. Недоверие и опасение подвергнуться осуждению со стороны руководства приводят к тому, что увеличивается количество работников, которые, заболев, выходят на работу. Так, согласно исследованию, проведенному в 2015 году британской страховой компанией AXA PPP, примерно 40% работников, заболев, не сообщают своим руководителям истинную причину отсутствия, поскольку опасаются, что их осудят или им не поверят [12].

Присутствие работника на рабочем месте в период болезни отрицательно сказывается на его продуктивности, наносит вред состоянию здоровья не только самого работника, но и его окружающих коллег [11]. Присутствие на работе при недомогании может усугубить течение болезни и ухудшить состояние здоровья рабочего, что приведет к прогулу либо оформлению больничного листа [3].

По данным исследования Университета Питтсбурга, присутствие больного на рабочем месте может привести к увеличению случаев заболевания острыми респираторными

вирусными инфекциями среди окружающих его работников на 40%. Наиболее показательный сценарий «один-два дня дома из-за острой респираторной вирусной инфекции» приводил к уменьшению количества заражений на 17000 (на 25 %) при отсутствии работника в течение одного дня и на 26000 (примерно на 40 %) – в случае политики двухдневного отсутствия больного [12].

Значительного распространения в производственной среде получила такая деструктивная модель трудового поведения, как абсентеизм (от английского absent – отсутствовать), при которой работник систематически отсутствует на рабочем месте и избегает выполнять свои функциональные обязанности [13]. Некоторые ученые к абсентеизму относят также преднамеренное увеличение работником обеденных и других перерывов в работе [8].

Появление абсентеизма в большинстве случаев обусловлено плохим состоянием здоровья рабочего. Отмечено, что в структуре распространенности болезней трудоспособного населения Украины наиболее частыми являются болезни системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой системы [2]. Также среди причин возникновения абсентеизма отмечают неудовлетворительные рабочие условия; низкую заинтересованность руководства предприятия в сохранении здоровья работников; конфликты в системе координат «коллега – коллега», «работник – руководитель предприятия», поэтому часто абсентеизм рассматривают как реакцию сотрудников на условия труда и показатель эффективности работы руководства предприятия с персоналом, направленной на создание успешного личностно-организационного соответствия [13].

Сотрудники Международного валютного фонда исследовали степень трудового участия населения, выбирая в качестве основного показателя – отсутствие на рабочем месте. Данное исследование было проведено в 18 странах Европы. В ходе исследования было установлено, что в данных странах масштабы абсентеизма возрастают в результате «чрезмерной щедрости» систем социального страхования, лишь небольшую часть издержек которых несут предприниматели [13].

Интересно то, что между возрастом и абсентеизмом существует отрицательная связь (чем старше человек, тем меньше уровень абсентеизма). Женщины более склонны испытывать стресс на работе по сравнению с мужчинами, поэтому и уровень абсентеизма среди них больше. Люди с высшим образованием и большим опытом

работы потенциально имеют более низкий уровень абсентеизма, так как имеют базовые навыки самоорганизации и самомотивации [13].

Высокие показатели трудового абсентеизма и презентеизма способствуют дестабилизации бизнеса, ухудшению состояния здоровья работников и морально-психологического климата в организации, снижению мотивации ее персонала и, в конечном счете, утрате организацией конкурентоспособности на рынке труда [14]. Подсчитано, что 60 % экономических потерь предприятий связаны не с абсентеизмом, а являются следствием презентеизма [3].

Таким образом, состояние здоровья работников оказывает большое влияние на их трудовую деятельность. Еще в 1700 году итальянец Бернардино Рамадзини, родоначальник медицины профессиональных заболеваний, в своем труде «О болезнях рабочих» («*De Morbis Artificum Diatriba*») впервые проследил взаимосвязь о снижении трудоспособности и повседневной активности работника вследствие любого хронического заболевания [15]. В случае возникновения на предприятии среди работников трудоголизма, презентеизма и абсентеизма руководитель такого предприятия должен обнаружить данный феномен на ранних стадиях его распространения, мониторировать его, вовремя проводить индивидуальную работу с каждым сотрудником, разрабатывать стратегии управления персоналом. Работодатели должны принимать меры по профилактике развития заболеваний среди работников, поощряя и пропагандируя здоровый образ жизни, создавая условия для здоровьесберегающего поведения; поощрять сотрудников, которые контролируют состояние своего здоровья и своевременно обращаются за медицинской помощью. Каждый руководитель предприятия всегда должен помнить высказывание В.И. Скворцова: «Забота о здоровье работающего, любого работника – это не просто формальная обязанность работодателя, это – прочные инвестиции в трудовой ресурс очень высокой экономической отдачи. И это базис для развития любого предприятия» [15].

Список литературы:

1. Панова ТВ. Здоровье работающего населения – важнейшее условие качества и производительности труда. Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2018;4(161):39-41.
2. Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень». Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. Київ: Міністерство

- охорони здоров'я України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень»; 2017. 516 с.
3. Мельцер АВ, Чашин ВП, Лахгайн Б, Ерастова НВ, Копылкова АС. Здоровье работников: вопросы абсентеизма и презентеизма (обзор литературы). Профилактическая и клиническая медицина. 2018;2(67):5-15.
 4. Мирончук НМ. Проблеми трудоголізму та презентеїзму як деструктивні професійні деформації. Андрагогічний вісник. 2015;6:110-117.
 5. Барабанщикова ВВ, Климова ОА. Представления о вовлеченности в работу и трудоголизме в современных психологических исследованиях. Национальный психологический журнал. 2015;1(17):52-60.
 6. Васильева НА, Акопян ДА. Трудоголизм: диагностика, последствия, способы борьбы и предупреждения. Вестник молодых ученых СГЭУ. 2017;1(35):34-40.
 7. Мкртычева КБ. Трудоголизм: социально-приемлемая или социально-опасная аддикция? Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015;1:51-55.
 8. Нарожная ДА. Формы деструктивного трудового поведения работников. Вестник РУДН, серия «Социология». 2015;1:129-140.
 9. Лисовская АЮ. «Отсутствие присутствия»: о необходимости исследований феномена презентеизма. Организационная психология. 2016;6(4):53-64.
 10. Сапитон М. Что такое презентеизм и как он угрожает продуктивности – объяснение Financial Times. 2019. Режим доступа: <https://ain.ua/2019/12/01/chto-takoe-prezenteizm>.
 11. Лисовская АЮ. Презентеизм среди сотрудников организации в период кризиса. В: Материалы конференции «Социально-экономические проблемы и перспективы развития трудовых отношений в инновационной экономике»; 2016 Апр 22; Омский государственный технический университет. Омск; 2016. с. 187-192.
 12. «Вирус трудолюбия»: почему больные сотрудники приходят на работу. 2019. Режим доступа: <https://mind.ua/ru/publications/20194820-virus-trudolyubiya-pochemu-bolnye-sotrudniki-prihodyat-na-rabotu>.
 13. Федоров ВМ, Кусакин ЛА. Трудовой абсентеизм как вид деструктивного поведения персонала. В: Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные тренды в экономике и финансах»; 2019 Ноя 19; Омск. Омск; 2019. с. 101-105.

14. Федоров ВМ, Кулик НА. Теоретико-методологические исследования влияния эффективной организационной культуры на иррациональные формы трудового поведения персонала в период системной аномии. В: Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Экономика, менеджмент и сервис: проблемы и перспективы»; 2019 Ноя 20-22; Омск. Омск; 2019. с. 7-9.
15. Кричевская ОА, Вакуленко ОЮ, Горячев ДВ, Эрдес ШФ. О некоторых подходах к количественной оценке снижения производительности труда при ревматических заболеваниях. Научно-практическая ревматология. 2012;54(5):90-97.

Критичні точки в системах громадського здоров'я і державного управління безпекою поводження з добривами та іншими агрохімікатами

Омельчук С.А.¹, Макаренко М.В.², Григоренко А.А.¹

¹Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, Управління державного нагляду за дотриманням санітарного законодавства, Київ

²Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ

Добрива та хімічні меліоранти є невід'ємною частиною сучасної системи агровиробництва, збереження якості ґрунтів та рекультивації техногеннозабруднених територій. Вони забезпечують підвищення врожайності та якості сільськогосподарських культур, забезпечують формування родючості ґрунтів, безпечності сільськогосподарської продукції та мають потенційний ризик впливу на стан здоров'я населення. Але при неправильному поводженні з добривами та іншими агрохімікатами можливі серйозні негативні наслідки: техногенні катастрофи, отруєння людей та тварин, псування земель, зниження родючості ґрунтів, забруднення довкілля небезпечними речовинами, економічні збитки. Проблема має комплексний характер. Фактори небезпеки існують при добуванні корисних копалин, що використовуються для виробництва агрохімікатів, їх виробництві, зберіганні, транспортуванні, внесенні, розробці технології застосування, утилізації непридатних хімікатів. Розглянемо кожен з цих етапів більш детально.

Добування корисних копалин. Цей етап містить ряд факторів ризику. Добування корисних копалин веде до виведення з обігу земель сільськогосподарського призначення та лісового фонду. При

плануванні розробки родовищ обов'язковим є процес рекультивації земель для можливості їх подальшого використання після закінчення видобутку мінералів.

Добування фосфоровмісних мінералів. Фосфорити та апатити можуть у своєму складі мати небезпечні домішки – важкі метали, радіоактивні ізотопи тощо. Їх наявність в значній кількості веде до забруднення ґрунту і рослин. В Україні вміст шкідливих речовин у фосфорних добривах коливається у широких межах. Розроблені технічні умови для фосфоритів іноземного походження, але вони не є обов'язковими для застосування. Небезпека полягає в тому, що накопичення шкідливих речовин до небезпечних концентрацій відбувається поступово, протягом 20-100 років, але якщо це сталося, то землі стають непридатними для сільськогосподарського виробництва, а притягти винних до відповідальності неможливо через те, що за такий тривалий період використовуються добрива багатьох виробників.

Добування калійних руд пов'язано з небезпекою потрапляння в гідросферу та ґрунти концентрованих розчинів солей, що негативно впливає на водну фауну та флору, якість питної води, родючість угідь, на поверхні утворюються провали, руйнуються споруди. В Україні через припинення діяльності підприємств, які добували калійні руди склалася катастрофічна екологічна ситуація в окремих районах Львівської та Івано-Франківської областей.

Виробництво агрохімікатів. При виробництві агрохімікатів утворюється значна кількість відходів, таких як фосфогіпс, «хвости» та розсоли при переробці калійних руд тощо. Виробництво нітратвмісних азотних добрив пов'язано з небезпекою вибухів. При роботі з аміачною селітрою є ряд вимог закріплених у Правилах охорони праці при переробці та зберіганні аміачної селітри насипом [1]. При виробництві азотних добрив існує небезпека викидів аміаку та отруєння населення.

Зберігання добрив. Добрива повинні зберігатися у складах, які відповідають чинним нормативним документам. Склади повинні виключати потрапляння до добрив атмосферних опадів та вологи з ґрунту. При зберіганні добрив у неналежних умовах відбуваються значні втрати поживних речовин та забруднення ґрунту, ґрунтових вод, водойм, повітря. Зберігання добрив понад встановлений термін та потрапляння вологи веде до злежування твердих добрив, що значно утруднює їх використання. Слід надавати перевагу зберіганню добрив в упакованому вигляді. При зберіганні селітри необхідно не

допускати контакту селітри з органічними речовинами, оскільки це створює небезпеку вибухів. Відстані від складів добрив до житлових будинків і водойм повинні відповідати санітарним нормам. Зберігання аміаку та аміачної води пов'язане з небезпекою отруєння людей та забруднення навколишнього середовища. Органічні добрива при неправильному зберіганні можуть спричинити забруднення ґрунтів, ґрунтових вод та повітря сполуками азоту, фосфору та патогенними мікроорганізмами. При зберіганні фосфорних добрив насипом можливий значний перерозподіл елементів живлення по профілю бурта з його збільшенням в центральній частині та зменшенням у верхній та нижній частини з втратою до 30 відсотків фосфору від його початкового вмісту.

Транспортування добрив. Добрива мають різні фізико-хімічні та токсикологічні властивості і це треба враховувати при їх перевезенні [2]. Для ідентифікації класу небезпеки використовується номер ООН (UN)- чотиризначний цифровий ідентифікаційний номер, наданий небезпечному вантажу КЕ ООН з перевезення небезпечних вантажів і погодженої на глобальному рівні системи класифікації і маркування хімічних речовин Економічної і Соціальної Ради ООН. [2] При міжнародних перевезеннях добрив, що належать до небезпечних вантажів, застосовують типові правила ООН [3] та національне законодавство у цій сфері. Правила перевезення небезпечних вантажів (наказ МТЗУ від 25.11.08 р. № 1430 із змінами, внесеними наказом МТЗУ від 05.11.09 № 1135) поширюються на перевезення небезпечних вантажів залізничним транспортом [4] територією України. В Україні при перевезенні небезпечних вантажів існують проблеми, пов'язані з технічним станом транспортних засобів та шляхів. Так, у 2017 році на залізниці сталося 33 аварії з витоком небезпечних речовин.

Внесення добрив. Це найбільш складний етап з точки зору контролю за безпечністю роботи з агрохімікатами. Факторами ризику є велика кількість суб'єктів господарювання, що задіяні у цьому процесі, корумпованість і обмежене фінансування контролюючих органів та можливість прояву негативних наслідків через значний час після застосування агрохімікатів [5].

Можна виділити такі основні ризики пов'язані з внесенням агрохімікатів:

- Погіршення родючості та деградація ґрунтів пов'язана з їх підкисленням. Більшість добрив є фізіологічно кислими, тобто після використання елементів живлення рослинами у ґрунті залишається

надлишок іонів водню. Підвищення кислотності ґрунтів пригнічує розвиток рослин, а при зниженні рН ґрунтового розчину нижче 4-4,5 у рослини надходить значна кількість заліза та алюмінію та порушується засвоєння рослинами фосфору через утворення нерозчинних фосфатів заліза. Найбільшу небезпеку фізіологічне закислення являє для дерново-підзолистих та сірих лісових ґрунтів. Для попередження закислення необхідно проводити вапнування ґрунтів, що робиться досить рідко через небажання фінансувати ці заходи підприємствами.

- Забруднення ґрунтів та ґрунтових вод сполуками, що містять елементи живлення. Добрива повинні вноситись в екологічно безпечних нормах, визначених для кожної культури та ґрунтово-кліматичних умов. Перевищення цих норм веде до потрапляння шкідливих речовин до ґрунтових вод. Найчастіше відбувається забруднення нітратами через те, що вони не зв'язуються ґрунтово-вбирним комплексом ґрунту. Небезпека зростає при внесенні значних доз азотних добрив восени, через вимивання нітратів з ґрунту опадами.

- Радіоактивне забруднення ґрунтів при застосуванні добрив. Джерелом такого забруднення можуть бути радіоактивні ізотопи, що містяться в фосфорновмісних рудах деяких родовищ. Найчастіше ця проблема виникає з сировиною з африканських країн. В Україні немає ефективного контролю за ввезення фосфорних руд з підвищеним забрудненням радіонуклідами. Калійні добрива містять в своєму складі радіоактивний ізотоп Калій-40, хоча його активність і невелика, але він вносить певний вклад в забруднення ґрунтів. Недостатнє забезпечення рослин калієм, на територіях забруднених внаслідок аварії на ЧАЕС значно підвищує надходження в рослини радіоактивного Цезію-137, а недостатнє або надлишкове вапнування – Стронцію-90.

- Забруднення ґрунтів важкими металами, що містяться в добривах. Найбільшу небезпеку становлять плумбум, ртуть, кадмій, а також арсен. Найчастіше ці елементи надходять з добрив, що містять фосфор. Для ефективного контролю важких металів в добривах необхідно застосування сучасних методів аналізу, таких як атомно-абсорбційна та атомно-емісійна спектрометрія [6].

- Нерівномірне внесення добрив може спричинити локальні негативні наслідки пов'язані з перевищенням або зниженням доз добрив в окремих точках у порівнянні з рекомендованими. Причинами є недосконалість техніки для внесення добрив, помилки

операторів при роботі з нею, погіршення фізичних властивостей добрив при зберіганні, опади та сильний вітер під час внесення добрив.

- Небезпека для здоров'я персоналу, що працює з агрохімікатами, обумовлена потраплянням агрохімікатів через органи дихання та шкіру у вигляді пилу, аерозолів, розчинів, газів (аміак). Для уникнення негативних наслідків необхідно використовувати спецодяг, а при необхідності – засоби індивідуального захисту органів дихання (респіратори, протигази).

Утилізація непридатних для використання агрохімікатів.

Добрива та меліоранти можуть стати непридатними для використання через злежування, побічні хімічні реакції при неправильному змішуванні добрив, потрапляння атмосферних опадів тощо. При злежуванні добрив існує можливість їх повторного використання шляхом подрібнення або виготовлення рідких добрив з твердих водорозчинних шляхом їх розчинення. Так, із злежаної аміачної селітри та сечовини виготовляють рідке добриво КАС. При неправильному змішуванні добрив технологію їх подальшого використання визначають індивідуально після дослідження складу суміші. Агрохімікати забруднені важкими металами і радіонуклідами відправляють для переробки виробникам.

Отже, безпечне застосування добрив та інших агрохімікатів є комплексною проблемою та обов'язково повинно стати частиною державної екологічної політики та охорони здоров'я. Для досягнення цієї мети необхідно мати достатню кількість кваліфікованих спеціалістів у різних галузях (агропромисловий комплекс, охорона навколишнього середовища, хімія, хімічна технологія, медицина, право, державне управління).

Література.

1. Правила охорони праці при переробці та зберіганні аміачної селітри насипом <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0896-09>
2. Зеленюк Ю.В., Журавель І.Л., Окорочков А.М. Посібник для курсу спеціального навчання з питань перевезення небезпечних вантажів на залізничному транспорті. Частина 1. Базовий курс. – 2015. – 139 с.
3. Рекомендации по перевозке опасных грузов. Типовые правила (часть I) (ST/SG/AC.10/1/Rev.14) Организации Объединенных Наций
4. Правила перевезення небезпечних вантажів. Наказ МТЗУ від 25.11.08 р. № 1430 із змінами, внесеними наказом МТЗУ від 05.11.09 № 1135.

5. Макаренко М.В., Григоренко А.А., Омельчук С.А., Гринзовський А.М. Управління ризиками забруднення довкілля та харчових продуктів токсикантами за застосування мінеральних добрив // Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (12 березня 2019 р.). – К., 2019. – С. 98 – 100.

6. ДСТУ 4944:2008 Агрохімікати. Встановлення допустимих концентрацій шкідливих речовин. К:Держспожив стандарт України, 2009. – 11 с.

**Здоров'язберігаючі технології та особливості їх застосування
в сучасних закладах вищої освіти у контексті формування
ефективної системи громадського здоров'я: психогігієнічні основи**

Сергета І. В., Дреженкова І. Л., Стоян Н. В.

Вінницький національний медичний університет

ім. М. І. Пирогова, Вінниця

Одним із основних завдань сучасної профілактичної медицини щодо ефективної реалізації основних положень Закону про вищу освіту, стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті» та провідних засад політики Європейського Союзу «Здоров'я 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» слід вважати збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді, підвищення рівня адаптаційних можливостей організму, соціальної та професійної дієздатності юнаків і дівчат, які навчаються, що передбачає ефективне проведення соціально-гігієнічного моніторингу і, отже, збирання адекватної інформації про стан здоров'я та навколишнього середовища, вивчення соціальних, екологічних та гігієнічних умов перебування і, передусім, умов виховання та навчання сучасних студентів, виділення критичних періодів розвитку і провідних чинників ризику, обґрунтування профілактичних, здоров'язберігаючих за своїм змістом, технологій з метою запобігання ступеня їх несприятливої дії тощо [1, 3-11, 13, 14, 16, 18, 20].

Отже, пошук адекватних підходів до збереження здоров'я сучасної молоді, підвищення ефективності виконання їх майбутньої професійної діяльності неодмінно має передбачати збалансоване поєднання традиційних і нетрадиційних методів впливу на стан функціональних можливостей організму, запровадження різноманітних методів раціональної організації повсякденної

діяльності, пошук найбільш доцільних засобів корекції функціональних можливостей студентів, у структурі яких важливе місце повинно належати засобам психогігієнічного змісту, спрямованим на запобігання навчального стресу [2, 12, 15, 17, 19, 21-24].

Саме тому надзвичайно суттєвим та важливим є наукове обґрунтування психогігієнічних основ використання здоров'язберігаючих технологій у закладах вищої освіти (ЗВО), впровадження оздоровчо-корекційних програм використання провідних психогігієнічних компонентів у структурі здоров'язберігаючих технологій, а також оцінку ступеня ефективності їх застосування, що і стало метою наукової роботи.

Дослідження проводились на базі Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова як в натурних, так і у преформованих, внаслідок запровадження комплексної програми використання психогігієнічних компонентів у структурі здоров'язберігаючих технологій, умовах. Під наглядом перебували 467 студентів у віці 19-22 років, в тому числі 230 юнаків і 237 дівчат, які навчались відповідно на 1-му, 3-му і 6-му курсах. Для вирішення поставлених завдань застосовувались сучасні високоінформативні медико-соціологічні, гігієнічні, психофізіологічні, психодіагностичні, епідеміологічні, психолого-педагогічні методи та методи багатовимірною статистичного аналізу і прогнозування.

Результати оцінки режиму навчальної і позанавчальної діяльності студентів медичного ЗВО визначають наявність виражених відхилень з боку провідних показників характеру її організації від загальноприйнятих гігієнічних нормативів та регламентів і, передусім, ознак суттєвого перевищення науково-обґрунтованих нормативних параметрів максимально-допустимої тривалості денного перебування студентів у ЗВО (навчальна діяльність тривалістю понад 9 годин властива для 40,1-52,0% юнаків і 40,0-47,0% дівчат, які навчались на 1-му і 3-му курсах), а також часу навчальної підготовки до проведення практичних занять, яка здійснюється в домашніх умовах (тривалість виконання домашніх завдань понад 3 години властива для 40,0-54,0% юнаків і 74,7-90,2% дівчат, які навчаються на 1-му і 3-му курсах). Найбільш поширеною тривалістю часу перебування на свіжому повітрі в навчальні дні слід вважати час у межах менше 1 години та у межах від 1 до 2 годин, переважна більшість студентів визначає характер навчання у ЗВО медичного профілю як напружений і надзвичайно напружений та відзначає переважно пасивний спосіб

організації регламентованих у навчанні перерв між навчальними заняттями, що не може не справляти негативний вплив на рівень функціональних можливостей організму та особливості особистості (ОсОс) юнаків і дівчат та має стати однією із детермінант розроблення здоров'язберігаючих технологій.

Як найбільш поширену кількість реєстрації захворювань з тимчасовою втратою працездатності слід було відзначити частоту їх виникнення 3 і 2 рази на рік, наявність хронічних захворювань, які впливали на рівень адаптаційних можливостей організму та розумової і фізичної працездатності, була виявлена у 14,0% юнаків і 12,5% дівчат, що навчались на 1-му курсі, 16,0% юнаків і 31,4% дівчат, що навчались на 3-му курсі, 38,0% юнаків і 44,0% дівчат, що навчались на 6-му курсі. У структурі захворювань з хронічним перебігом патологічного процесу переважали хвороби нервової системи та органів чуття (33,0%), хвороби органів травлення (31,9%) та хвороби системи кровообігу (13,6%).

Результати, одержані під час вивчення провідних психофізіологічних корелят вищої нервової діяльності студентів медичного ЗВО, визначають достатньо мозаїчний характер змін їх критеріальних характеристик впродовж періоду навчання. Проте слід було відзначити, що найбільш високий сукупний рівень розвитку досліджуваних показників був серед студентів-третьокурсників (найкращі показники щодо швидкості простої зорово-моторної реакції і врівноваженості нервових процесів) та студенток-першокурсниць (найкращі показники щодо швидкості диференційованої зорово-моторної реакції, рухливості і врівноваженості нервових процесів), найбільш низький – серед студентів-випускників (найгірші показники щодо рухливості і врівноваженості нервових процесів) та студенток-третьокурсниць (найгірші показники щодо швидкості диференційованої зорово-моторної реакції і рухливості нервових процесів).

Дані, отримані в ході визначення показників стійкості уваги та розумової працездатності студентської молоді, визначали той факт, що найкращі показники ефективності праці були властиві для студентів і студенток, які навчались на 1-му курсі, найгірші – для студентів і студенток, які навчались на 3-му курсі, найкращі показники ступеня втягнення у діяльність, що виконується, були властиві для студентів і студенток, які навчались на 1-му і 6-му курсах, найгірші – для студентів і студенток, які навчались на 3-му курсі, найкращі показники психічної стійкості були властиві для студентів і студенток, які

навчались на 1-му курсі, найгірші – для студентів і студенток, які навчались на 3-му курсі. Найкращі, виходячи із адаптаційно-значущих позицій, значення критичної частоти злиття світлових миготінь реєструвались серед студентів-випускників і студенток-випускниць, найгірші – серед студентів-третьокурсників і студенток-першокурсниць. В ході визначення особливостей процесів формування координаційних здібностей студентів слід відзначити, що найкращі показники щодо кількості дотиків під час проведення тремометрії були властиві для студентів, які навчались на 1-му курсі, і студенток, які навчались на 3-му курсі, найгірші – для студентів, які навчались на 6-му курсі, і студенток, які навчались на 1-му курсі, найкращі показники інтегрального показника координації рухів – для студентів і студенток, які навчались на 3-му курсі, найгірші – відповідно для студентів, які навчались на 6-му курсі, і студенток, які навчались на 1-му курсі.

Отже, у природних умовах здійснення звичної навчальної і позанавчальної діяльності цілком відсутніми і у юнаків, і у дівчат були чітко виражені тенденції відносно поступового та неухильного розвитку показників психофізіологічних функцій (ПФФ), які перебувають в основі формування робочого динамічного стереотипу, необхідного для успішного засвоєння теоретичних знань та практичних умінь студентською молоддю під час навчання у медичному ЗВО, що потребує розроблення і наукового обґрунтування заходів психогігієнічної корекції та психофізіологічного впливу.

Результати проведених досліджень переконливо засвідчували наявність різноспрямованих тенденцій з боку показників тривожності студентів ЗВО медичного профілю. Зокрема, найвищий рівень ситуативної тривожності був властивим для студентів 6-го курсу і студенток 1-го курсу, найнижчий – для студентів і студенток 3-го курсу, натомість, найвищий рівень особистісної тривожності в обох статевих групах реєструвався на вихідному етапі навчання у студентів і студенток 1-го курсу, найнижчий – серед студентів 3-го курсу і студенток 6-го курсу. Рівень вираження тривожнісних проявів як ситуативного, так і особистісного генезу був вищим серед дівчат-студенток медичного ЗВО.

Під час психогігієнічної оцінки властивостей характеру студентів виявлено, що найбільшій ступінь поширення усіх типів акцентуацій характеру спостерігався серед юнаків-першокурсників, надалі показники акцентування особистості серед юнаків-третьокурсників і юнаків-випускників перебували майже на однаковому рівні

сформованості, хоч і в більшості випадків (гіпертимний, застрягаючий, емотивний, тривожний, циклотимний типи) більш високі значення реєструвались на заключному етапі навчання у ЗВО. Зовсім інша картина була властива для дівчат: у більшості випадків (педантичний, циклотимний, демонстративний, збудливий, екзальтований типи) найвищі показники спостерігались серед дівчат-третьокурсників, у трьох випадках (емотивний, тривожний, дистимний типи) – серед дівчат-першокурсниць, у двох випадках (гіпертимний, застрягаючий типи) – серед дівчат-випускниць. Слід звернути увагу і на той факт, що і у юнаків, і у дівчат найбільш вираженими були дані щодо акцентуацій характеру за гіпертимним, екзальтованим, циклотимним, емотивним, збудливим і демонстративним типами.

Результати, отримані під час визначення рівня суб'єктивного контролю (РСК), засвідчують надзвичайно високе поширення серед представників студентської молоді числа осіб, які відрізняються наявністю численних ознак недостатнього РСК над будь-якими значущими для них навчально-значущими ситуаціями. Найбільший рівень інтернальності провідних показників РСК був властивий для студентів-третьокурсників та студенток-третьокурсниць, далі слідували дані, властиві для студентів-першокурсників та студенток-першокурсниць, і, зрештою, найгірші з адаптаційної точки зору, «екстернальні» показники були властиві для студентів-випускників та студенток-випускниць. Таким чином, впродовж періоду навчання у медичному ЗВО рівень поширення інтернальних проявів РСК в різних галузях і, передусім, у галузі міжособистісних відносин, у галузі здоров'я і хвороби, у галузі сімейних відносин та у галузі досягнень спочатку зростає, досягаючи максимального вираження в середині часу здобуття вищої медичної освіти, а далі внаслідок впливу цілого ряду несприятливих чинників (зростання рівня самостійності і, водночас, стикання з проблемами самостійного життя, невизначеність з місцем розподілу та подальшої професійної діяльності) зменшувався.

Разом з тим в ході дослідження особливостей механізмів психологічного захисту (МПЗ) встановлено, що протягом періоду спостережень серед юнаків найбільш суттєвими відповідно до ступеня вираження слід було вважати такі МПЗ, як проекція, регресія і заперечення, найменш суттєвими – такі МПЗ, як заміщення, витіснення і гіперкомпенсація, серед дівчат – найбільш суттєвими відповідно до ступеня вираження слід було вважати такі МПЗ, як проекція, раціоналізація і заперечення, найменш суттєвими – такі МПЗ, як регресія, витіснення і заміщення.

Під час оцінки особливостей агресивних проявів особистості серед основних тенденцій, які мали місце, слід було, по-перше, відзначити той факт, що рівні розвитку різних форм агресії за шкалами, які досліджувались, перевищували значення, властиві для середньонормативних показників і, отже, для значної кількості представників студентської молоді були притаманні різноманітні особистісні прояви агресивного змісту. Найвищі значення щодо ступеня розвитку агресивних особистісних проявів були властиві для юнаків і дівчат, які навчались на 3-му курсі, – саме у цей час реєструвались максимально високі результати, передусім, за шкалами непрямой агресії (НА), вербальної агресії (ВА), «почуття провини» і фізичної агресії (ФА) серед юнаків та за шкалами «почуття провини», НА, ВА, негативізму і «почуття образи» серед дівчат. У юнаків і дівчат, які навчались на 1-му курсі, максимальні за рівнем вираження результати були властиві для показників агресивності за шкалами «почуття провини», НА, «почуття образи», ВА і негативізму – серед перших, та за шкалами НА, негативізму, ФА, «почуття провини» і ВА – серед других, разом з тим, у юнаків і дівчат, які навчались на 6-му курсі, максимальні за рівнем вираження результати були властиві для показників агресивності за шкалами НА, негативізму, ФА, «почуття провини» і ВА – серед перших, за шкалами НА, негативізму, ФА, ВА і підозрілості – серед других.

Отже, дані проведених досліджень, в центрі яких перебували питання щодо здійснення адекватної до вимог сьогодення гігієнічної оцінки навчального середовища, основних режимних елементів повсякденної навчальної і позанавчальної діяльності та стану функціональних можливостей організму студентів різних курсів, які перебувають в умовах медичного ЗВО, проведення психогігієнічної оцінки процесів формування ПФФ та процесів формування ОсОс дівчат і юнаків, а також визначення особливостей взаємозв'язку та взаємозалежності характеристик рівня розвитку ПФФ, ОсОс і показників стану здоров'я студентів різних курсів та їх поглибленої психогігієнічної оцінки, достатньо чітко і цілком адекватно засвідчують той факт, що обов'язковим компонентом визначення, розроблення і наукового обґрунтування сучасних дійових та ефективних здоров'язберігаючих технологій як суттєвого та невід'ємного чинника підвищення ступеня ефективності повсякденної навчальної і позанавчальної діяльності студентської молоді, формування соціально-активної та професійно-підготовленої особистості, фахівця, який цілком задовольняє вимогам спеціальності,

яка обрана, і, головне, здорової людини з високими функціональними та адаптаційними можливостями організму, слід вважати урахування цілого ряду головних детермінант в ході визначення місця і ролі психогігієнічних компонентів у структурі сучасних здоров'язберігаючих технологій, а саме: режимно-адаптаційної, психофізіологічної, особистісної та інтегративно-функціональної детермінант.

Саме ці детермінанти і були покладені в основу розроблення комплексної програми використання психогігієнічних компонентів у структурі здоров'язберігаючих технологій у ЗВО, як основні складові створення і реалізації якої слід було відзначити: режимний компонент, що полягав у забезпечення раціональної організації добової діяльності студентської молоді, за якої тривалість основних режимних компонентів була максимально наближеною до гігієнічно обґрунтованих нормативних положень, психофізіолого-психодіагностичний компонент, що передбачав оцінку рівня сформованості окремих ПФФ і ОсОс студентів, урахував провідні тенденції їх розвитку в конкретних умовах організації навчального процесу на різних його етапах, наприклад на початку і наприкінці навчання на конкретному курсу, в університеті загалом, до і після використання спеціально розроблених програм тощо; прикладний компонент, що передбачав безпосереднє застосування комплексу психогігієнічних компонентів у структурі здоров'язберігаючих технологій у ЗВО на трьох рівнях: базисному, поглибленому та рекомендаційному. Крім того, отримані на попередніх етапах проведення дослідження дані переконливо визначали той факт, що найбільш оптимальним періодом для використання комплексу психогігієнічних компонентів у структурі здоров'язберігаючих технологій є час, протягом якого реєструється найбільша кількість змін негативного змісту, тобто 3 курс навчання у ЗВО.

Дані проведених досліджень переконливо засвідчують, що саме в умовах використання комплексу психогігієнічних компонентів у структурі здоров'язберігаючих технологій реєструвались найкращі, з адаптаційної точки зору, показники з боку характеристик основних нервових процесів та швидкості диференційованої зорово-моторної реакції.

Одержані результати відзначають наявність чітко вираженого позитивного ефекту використання комплексу психогігієнічних компонентів у структурі здоров'язберігаючих технологій, на процеси формування показників, котрі відображували особливості перебігу

процесів розвитку та маніфестації тривожнісних проявів серед студентської молоді. Причому стосувались такі процеси як у динамічному сенсі, так і в контексті міжгрупових відмінностей і показників ситуативної тривожності ($p < 0,05-0,01$), так і, в ще більшій мірі, показників особистісної тривожності ($p < 0,01-0,001$).

В ході психогігієнічної оцінки особливостей РСК слід було відзначити цілком позитивні за змістом зрушення з боку показників РСК студентів групи втручання у зіставленні з характеристиками студентів групи контролю – практично у кожному випадку впродовж часу використання комплексу психогігієнічних компонентів у структурі здоров'язберігаючих технологій рівень вираження досліджуваних показників збільшувався, причому зростав достовірно ($p < 0,05$) у випадку визначення РСК у галузі міжособистісних відносин серед юнаків та у випадку визначення загальної інтернальності і РСК у галузі навчальних відносин серед дівчат. Саме в цей час реєструвались і статистично-значущі відмінності міжгрупового змісту ($p > 0,05$). Водночас у природних умовах перебування у ЗВО медичного профілю спостерігались протилежні за своїм змістом результати.

Отримані дані цілком переконливо засвідчують той факт, що внаслідок використання психогігієнічних компонентів у структурі здоров'язберігаючих технологій відбувається цілий ряд позитивних зрушень і з боку основних МПЗ. Насамперед, слід відзначити той факт, що в преформованих умовах серед юнаків реєструвалось виражене зменшення ступеня напруження таких МПЗ, як витіснення, регресія, заміщення, гіперкомпенсація, причому у випадку визначення особливостей таких варіантів психологічного захисту, як регресія і заміщення спостерігалось статистично-значуще зменшення їх величин ($p < 0,05-0,01$), серед дівчат – виражене зменшення ступеня напруження таких МПЗ, як витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проєкція, гіперкомпенсація, причому у випадку визначення особливостей таких варіантів психологічного захисту, як регресія і заперечення спостерігалось статистично-значуще зменшення їх величин ($p < 0,05$). Наприкінці часу досліджень реєструвались міжгрупові статистично-значущі відмінності у разі визначення таких МПЗ, як механізми витіснення, регресії і заміщення у юнаків ($p < 0,05-0,001$) та регресії і заміщення у дівчат ($p < 0,01$).

Таким чином, результати проведених досліджень відзначають, що використання психогігієнічних компонентів у структурі здоров'язберігаючих технологій суттєво підвищує їх ефективність, результативність та суттєвий здоров'ятвірний ефект, визначають

надзвичайно вагоме місце останніх у структурі профілактичних та оздоровчо-корекційних заходів. Отримані дані чітко визначають і цілий ряд концептуальних положень, які мають бути наявні у кожному випадку застосування психогігієнічних компонентів як структурних елементів сучасних здоров'язберігаючих технологій, невід'ємних чинників підвищення ступеня ефективності повсякденної навчальної і позанавчальної діяльності студентської молоді, формування особистості, з високими функціональними і адаптаційними можливостями організму, відіграють важливу здоров'ятвірну функцію у процесі формування провідних корелят психічного і соматичного здоров'я юнаків і дівчат, які здобувають вищу освіту, і, отже, мають бути відзначені, як психогігієнічні основи здоров'язберігаючих технологій у ЗВО, в тому числі у ЗВО медичного профілю.

Як концептуальні принципи їх ефективного використання необхідно відзначити: режимно-адаптаційний принцип застосування психогігієнічних компонентів у структурі сучасних здоров'язберігаючих технологій (режимно-адаптаційна детермінанта формування особистості студентів), яка обумовлює потребу в урахуванні основних режимних елементів навчальної і позанавчальної діяльності студентів в конкретних умовах організації навчального процесу, визначенні та постійному моніторингу рівня навчальної адаптації і навчальної успішності студентів, передусім, за професійно-орієнтованими навчальними дисциплінами; психофізіологічний принцип застосування психогігієнічних компонентів у структурі сучасних здоров'язберігаючих технологій (психофізіологічна детермінанта формування особистості студентів), що визначається рівнем розвитку провідних соціально- і професійно-значущих психофізіологічних функцій організму дівчат і юнаків; особистісний принцип застосування психогігієнічних компонентів у структурі сучасних здоров'язберігаючих технологій (особистісна детермінанта формування особистості студентів), який пов'язаний з особливостями процесів формування провідних властивостей особистості студентської молоді, що відіграють важливу роль за умов впливу як сприятливих, так і, передусім, несприятливих чинників навчальної і позанавчальної діяльності; інтегративно-функціональний принцип застосування психогігієнічних компонентів у структурі сучасних здоров'язберігаючих технологій (інтегративно-функціональна детермінанта формування особистості студентів), який визначається наявністю глибинних взаємозв'язків між окремими компонентами функціонального стану та адаптаційних можливостей організму дівчат

і юнаків, що справляють комплексний вплив на процеси формування здоров'я та теоретично- і, головним чином, практично-значущі складові навчальної підготовленості сучасних студентів.

Список літератури

1. Александров Ю. И. Психофизиология. Санкт-Петербург: Питер, 2004. 336 с.
2. Артеменков А. А. Оценка психоэмоционального состояния студентов университета. *Гигиена и санитария*. 2013. № 4. С. 73-76.
3. Батуев А. С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 317 с.
4. Беспалько В. В. Медико-соціальні проблеми дезадаптації студентської молоді. *Одеський медичний журнал*. 2004. № 5. С. 77-81.
5. Бодров В. А. Психология профессиональной деятельности. Теоретические и прикладные проблемы. Москва: Изд-во "Институт психологии РАН". 2006. 623 с.
6. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. Санкт-Петербург: Питер, 2005. 412 с.
7. Кретьова И. Г., Беляева О. В., Ширяева О. И. Влияние социальных и психологических факторов на формирование здоровья студентов в период обучения в высшем учебном заведении. *Гигиена и санитария*. 2014. № 4. С. 85-90.
8. Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Изучение адаптации детей и подростков к условиям жизнедеятельности. Медико-биологические и психо-социальные аспекты. *Научно-методические основы изучения адаптации детей и подростков к условиям жизнедеятельности*. Москва, 2006. С. 6-25.
9. Нефедовская Л. В. Состояние и проблемы студенческой молодёжи. Москва: Литтера, 2007. 192 с.
10. Огнєв В. А., Галічева Н. О., Сокол К. М., Усенко С. Г., Федак Н. М., Рубінський М. Д., Петрова З. П., Чумак Л. І., М'якина О. В. Соціально-психологічні особливості способу життя студентів та їх вплив на здоров'я. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2012. № 1. С. 164-169.
11. Котова Г. Н. Социально-гигиенический мониторинг влияния стрессогенных факторов на распространенность учебных стрессов в молодежной среде. *Фундаментальные исследования*. 2014. № 7. С. 728-731.
12. Медицина граничних станів: 30-річний досвід психогігієнічних досліджень / О. С. Богачева, І. О. Васильченко, О. В. Веремієнко та ін.; за ред В. М. Лісового, В. О. Коробчанського. Одеса: Прес-кур'єр, 2016.

520 с.

13. Мороз В. М., Гунас І. В., Сергета І. В. Дерматоглифические и психофизиологические особенности практически здоровых подростков Подольского региона Украины. *Бюллетень сибирской медицины*. 2008. № 4. С. 37-45.
14. Полька Н. С., Сергета І. В. Актуальні проблеми психогієни дітей і підлітків: шляхи та перспективи їх вирішення (огляд літератури і власних досліджень). *Журнал НАМН України*. 2012. № 18(2). С. 223-236.
15. Сергета І. В., Григорчук Л. І., Молчанова О. П. Шляхи оптимізації професійної адаптації студентів до умов навчання у медичному вищому навчальному закладі та їх прогностична значущість. *Довкілля та здоров'я*. 2002. № 4 (23). С. 57-61.
16. Сергета І. В., Шінкарук-Диковицька М. М. Особливості кореляційних зв'язків показників варіабельності серцевого ритму з антропометричними і соматотипологічними показниками у практично здорових міських підлітків Поділля. *Вісник Вінницького медичного університету*. 2008. Т. 12, № 1. С. 34-38.
17. Сергета І. В., Браткова О. Ю., Мостова О. П., Панчук О. Ю., Дударенко О. Б. Наукові принципи психогієнічної діагностики стану здоров'я дітей, підлітків та молоді. *Довкілля та здоров'я*. 2012. № 4 (64). С. 21-25.
18. Сергета І. В. Донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я: сучасні психогієнічні підходи до тлумачення, діагностики та оцінки. *Науковий журнал МОЗ України*. 2013. № 3(4). С. 36-49.
19. Сергета І. В., Панчук О. Ю., Стоян Н. В., Дреженкова І. Л., Макаров С. Ю. Університетська гігієна у контексті імплементації "Закону про вищу освіту": фізіолого-гігієнічні основи, реалії та шляхи розвитку. *Довкілля та здоров'я*. 2016. № 4 (80). С. 46-52.
20. Сердюк А. М., Полька Н. С., Сергета І. В. Психогигиена детей и подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями. Вінниця: Нова книга, 2012. 336 с.
21. Швыдкий О.В. Особенности образа жизни и его значение в формировании здоровья студентов. *Медико-социальные проблемы семьи*. 2002. № 7. С. 41-45.
22. Aherne D. Mindfulness based stress reduction for medical students: optimising student satisfaction and engagement. *BMC Medical Education*. 2016. Т. 16. № 1. Р. 209.
23. Boot C. R., Vonk P., Meijman F. J. Health-related profiles of study delay in university students in The Netherlands. *Int J. Adolesc Med Health*.

2007. Vol. 19, № 4. P. 413-423.

24. Weier M., Lee C. Stagnant or successful, carefree or anxious? Australian university students' goals and beliefs about adulthood and their current well-being. *Aust. Psychol.* 2016. № 51. P. 422-430.

Саногенне мислення як основа раціональної та ефективною кардіологічної реабілітації

Тесленко Ю. В.¹, Тесленко М. М.²

¹*Українська медична стоматологічна академія, Полтава*

²*Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка, Полтава*

Актуальність теми: Зростаюча поширеність серцево-судинних захворювань серед населення України, значною мірою впливає на рівень якості їхнього життя. Дослідження проведене в рамках міжнародного проекту з оцінки якості вторинної профілактики у хворих після інфаркту міокарда (ІМ), проведене у містах Луцьк та Гдиня (Польща) показало, що незважаючи на досягнення останніх років у діагностиці й лікуванні серцево-судинних захворювань поширеність ускладнень у хворих, які перенесли ІМ, залишається досить високою навіть у економічно розвинутих країнах, що потребує додаткових зусиль у сфері вторинної профілактики [2].

Отже, високий рівень ризику розвитку ускладнення від серцево-судинних захворювань (ССЗ) та суттєве зниження рівня якості життя хворих на ССЗ обумовлює потребу в створенні та впровадженні ефективних програм кардіологічної реабілітації, що базується на медикаментозному, фізичному та психологічному аспектах.

Мета роботи: Розглянути основні принципи організації та впровадження ефективних програм кардіологічної реабілітації. Розкрити основні аспекти психологічного компоненту кардіологічної реабілітації, зокрема впливу саногенного та патологічного (фантомного) типів мислення на динаміку кардіореабілітації хворих.

В реабілітації пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями основним принципом є комплексний підхід до хворого з мультиаспектною спрямованістю в досягненні як короткострокових, так і віддалених встановлених цілей. Реабілітація – не просто комплекс заходів, механічна сума більшого або меншого числа різних методів. У програмах реабілітації ефективність кожної складової тісно залежить від інших складових, крім своєї прямої дії, вона опосередковано підвищує ефективність інших складових. Такого

роду синергія призводить до значного прискорення реабілітації в цілому [4].

Виділяють наступні аспекти кардіореабілітації:

- ✓ **Фізичний аспект**, який полягає в розробці та реалізації способів та методів, спрямованих на ранню активацію рухового режиму, регулярну фізичну (тренувальну) активність та методи фізичної дії на пацієнта;
- ✓ **Освітній аспект**, полягає в навчанні хворого та формуванні нового способу життя;
- ✓ **Психологічний аспект**, невід'ємна складова систем медичної реабілітації хворих, що спрямована на корекцію психічного стану пацієнта (нормалізація психоемоційного статусу пов'язаного з необхідністю до адаптації хворого з хронічним захворюванням серцево-судинної системи, хворих після перенесеного втручання, оперативного лікування), а також формування його раціонального ставлення до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів та інших особливостей (прийом ліків, зміна способу життя, побутових звичок і т. ін.);
- ✓ **Професійний аспект**, полягає в підготовці хворого до відновлення (повного та часткового) чи зміні трудової діяльності;
- ✓ **Медичний аспект**, полягає в проведенні обстеження та призначенні відповідного медикаментозного лікування.

Базовим поняттям лікувального процесу є поняття «патогенезу», яке розкриває механізми виникнення і розвитку хвороби і окремих її проявів на різних рівнях організму. В розвитку теорії патогенезу зазвичай виділяють три основних етапи: формулювання базового постулату про те, що механізми розвитку хвороби притаманні самому організму і хвороба не створює в ньому нічого нового (XIX – поч. XX сторіччя); виділення головних принципів розвитку хвороби, серед яких головними вважають: 1) єдність та боротьбу протилежностей (пошкодження та захисту, що розглядається як основний механізм саморозвитку хвороби); 2) поняття про «зачароване коло», як механізм просторово-часового розвитку патології; поява поняття «саногенез» (середина 70-х років), як динамічного процесу захисно-приспосувальних механізмів (фізіологічних та патологічного характеру), що розвиваються в результаті дії на організм надзвичайного подразника, який функціонує протягом усього

патологічного процесу (від стадії «передхвороби» до видужання) і спрямований на відновлення саморегуляції організму [5]

Кардіологи все частіше звертають увагу на психосоціальні фактори ризику при лікуванні таких захворювань серцево-судинної системи:

- а) есенціальна артеріальна гіпертензія;
- б) ішемічна хвороба серця (ІХС);
- в) порушення серцевого ритму;
- г) серцевий невроз страху.

Так, Cocher (1971), Groen і співавт. (1971), Angermeier і Peters (1973), Cannon (1953) і Reindell і співавт. (1971) у своїх дослідженнях показали, що при страху, гніві та озлобленості підвищується тиск і що хронічне емоційне перенапруження може призводити до стійкої гіпертензії. На думку Battegay і співавт. (1984), у гіпертоніків спостерігається пов'язана зі страхом хронічно пригнічена агресія. Г.Ю. Айзенк в лекції, яку він читав в 1993 р в Першому МГМУ ім. І.М. Сеченова, розповідав про результати своїх лонгітюдних досліджень: людина, схильна до ІХС, чутлива до стресових ситуацій, зазвичай реагує на них спалахами люті, агресії [3].

В аспекті реабілітації, як комплексу координованих заходів лікувального, фізичного, психічного, соціального, професійного та педагогічного характеру, що спрямовані на можливе досягнення відновлення стану здоров'я теоретичне підґрунтя є безумовно патогенетичним і на нашу думку має визначатись основними принципами «саногенезу», як процесу видужання чи відновлення втрачених функцій.

Увага до психологічної реабілітації обумовлена зміною вектору розвитку медицини від нозоцентричної орієнтації (спрямування на хворобу) до антропоцентричної (спрямування на хворого), тобто акцент переноситься з того, яка у пацієнта хвороба, на те у якої людини ця хвороба: індивідуально-типологічні особливості. В цьому контексті особливої актуальності набуває психологічний аспект та методи психологічної допомоги чи консультування пацієнтів кардіологічного профілю.

Фізична та психо-емоційна дестабілізація особистості призводить до втрати базового відчуття безпеки. Внаслідок цього настає психічне перевантаження, яке виявляється в фоновому стані підвищеної тривожності з хвилеподібними «стрибками» відчуття страху й паніки. Тому сьогодні надзвичайно важливим є емоційний інтелект

і особливий стиль мислення людини, які поєдналися в запропонованому психологом Ю.М. Орловим понятті «саногенне мислення».

Розглядаючи форми мислення пацієнтів кардіологічного профілю ми хотіли б зупинитись на двох абсолютно різнополярних типах мислення. Це – саногенне та патогенне (фантомне) мислення.

Термін «саногенне» означає «здоров'я» (від лат. «sanitas») і «походження» (від грец. «genesis»). Саногенне мислення по праву можна назвати «оздоровлювальним» мисленням. Воно спрямоване на протидію й подолання деструктивних емоційних станів і психічне оздоровлення людини. Основоположник концепції саногенного мислення Ю.М. Орлов дійшов висновку про взаємозв'язок емоцій та процесу мислення людини: за допомогою свідомого використання певних розумових схем можливо регулювати свій емоційний стан, запобігати виникненню негативних емоцій і таким чином впливати на соматичне здоров'я [1].

Саногенне мислення є антиподом патогенного мислення. Останнє означає наявність розумових автоматизмів (патернів), коли людина думає автоматично, без усвідомлення, звичним і часто нав'язаним із зовні чином. Тому ефективність та якість кардіологічної реабілітації у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями потребує формування у хворого базових, і, напевне, найголовніших життєвих патернів спрямованих на покращення та збереження якості їхнього життя. З позиції вищесказаного викликає жвавий інтерес вивчення емоційного компоненту у пацієнтів кардіологічного профілю, як важливого компоненту саногенного мислення у досягненні конкретних реабілітаційних цілей.

Натомість, патогенне (фантомне) мислення – це мислення несвідоме, недоречне, що приводить до переходу ситуативних негативних емоцій в хронічні, в результаті чого у людини виникає тривале суб'єктивне відчуття неблагополуччя. Патогенне мислення передбачає сліпе слідування звичним стереотипам повсякденного мислення, без усвідомлення його наслідків. Це не патологічне, а цілком нормальне мислення, але воно патогенне. Буденне патогенний мислення «викривляє» сприйняття стресової ситуації, приписуючи нерідко нейтральним факторам стресогенних властивостей [3].

Таким чином, патогенне мислення посилює внутрішню напругу, відразу йде сценарій негативний, пацієнт починає страждати й ображатися чи відчувати необґрунтовану провину. За патогенного мислення людині характерна відсутність рефлексії, притаманна тенденція плекати та жаліти себе. Людина патогенно мисляча

несвідомо посилює переживання психотравмуючих ситуацій, часто перебуває у відриві від реальності.

Відомо, що однією із найважливіших рис особистості є здатність управління власними емоціями та розуміння емоцій інших людей. Контроль своєї емоційної сфери, дозволяє людині відстежувати своє самопочуття, настрій, благополуччя, успіх та здоров'я. Тому, усвідомлення власної поведінки сприяє переосмисленню своїх вчинків і формуванню нових форм дій у певних життєвих ситуаціях, спрямовує та наближує особистість до здоров'я.

У разі саногенного мислення пацієнт усвідомлює свої емоційні стани, це мислення, яке зменшує внутрішній конфлікт, напруженість. Саногенне мислення – гнучке, що допомагає людині адаптуватися до різноманітних життєвих обставин, воно сприяє психологічному оздоровленню людини.

При формуванні саногенного мислення у хворих з серцево-судинними захворюваннями в процесі кардіологічної реабілітації, ми виокремлюємо, наступні напрямки:

- 1) конструктивне переосмислення власного минулого життєвого досвіду, виявлення неефективних копінг-стратегій, що могли привести до хворобливого стану;
- 2) освіта пацієнтів – створення освітніх шкіл для пацієнтів та їх родичів (наприклад: «Як жити людині з артеріальною гіпертензією», «Особливості харчування хворих з ішемічною хворобою» і т. ін.). Це має бути безперервним процесом, що сприятиме модифікації образу життя, відмові від шкідливих звичок, зміні раціону харчування, плануванню та реалізації режиму фізичних тренувань з розумінням особливостей фізичних навантажень та їх впливу на перебіг хвороби.
- 3) формування позитивного мислення як головного інструменту збереження здоров'я та благополуччя методом психодинамічної практики Н. Пезешкіана
- 4) формування комплаєнсу хворих до лікування в рамках кардіологічної реабілітації, з метою свідомого прийому ліків, зміни образу життя, відмова від шкідливих звичок. Комплаєнс лікар-пацієнт полягає у високому рівні довіри до лікаря (обізнаність пацієнта щодо професійних та особистісних якостей лікаря; уявлення про професійну компетентність лікаря; конвергентність спрямованості світогляду; позитивне емоційне ставлення до нього та ролі очікування).

У контексті вищесказаного набуває важливого значення поняття саногенного мислення як психічного процесу відображення власних емоційних переживань, що характеризується високим рівнем метакогніції та моніторингу і проявляється в осмисленні травмуючих емоціогенних факторів, усвідомленні неконструктивних програм поведінки та передбачає їх корекцію й набуття навичок застосування адекватних способів реагування в ситуаціях напруги.

Тому, з метою підвищення ефективності реабілітації пацієнтів кардіологічного профілю доцільно розробляти індивідуальні програми фізичної та психологічної реабілітації, що базуються на особливостях перебігу захворювання, індивідуальних фізичних та антропометричних показниках, а також психологічних особливостей пацієнта.

Застосування психотерапевтичних методів в процесі кардіологічної реабілітації, що спрямовані на зміну недоцільних (неадекватно виражених) поведінкових, фізіологічних та когнітивних відповідей на стресову подію, а також на модифікацію самих подій (стресорів). Для досягнення цієї мети зазвичай використовують різноманітні стратегії: спеціальні методи релаксації, методи виявлення специфічних стресорів та їх зміни, методи виявлення когнітивних спотворень (помилки) та їх корекція, модифікації стресової поведінки [6].

Висновок: Ефективна програма кардіологічної реабілітації безумовно базується не лише на фізико-антропометричних особливостях пацієнтів, методах медикаментозної терапії чи фізичної реабілітації, але й ґрунтується на індивідуальних психологічних особливостях загалом та залежить від типу мислення пацієнтів окремо в кожному випадку. Дані особливості обумовлюють потребу в залученні до процесу кардіологічної реабілітації психологів, а також розробку та впровадження ефективних методів психологічної реабілітації спрямованих на розвиток саногенного мислення у хворих, що приймають участь в програмах кардіологічної реабілітації.

Перспективи подальших розвідок: Планується проведення дослідження з впровадженням методів психологічної реабілітації та оцінкою ефективності вторинної профілактики серцево-судинних ускладнень у хворих з різним рівнем емоційного інтелекту.

Список використаної літератури

1. Іванова О.В. Саногенне пандемійне мислення особистості: як бути внутрішньо стабільним під час коронавірусної інфекції / О.В. Іванова

/ Психологія і педагогіка у протидії пандемії COVID-19: Інтернет-посібник / за наук. ред. В.Г. Кременя ; [координатор інтернет-посібника В.В. Рибалка ; колектив авторів]. – Київ : ТОВ «Юрка Любченка», 2020. – С. 35–40

2. Січкарук І.М. Поширеність основних факторів ризику у хворих після інфаркту міокарда / І.М. Січкарук, Н.Д. Сидор, Ю.Г. Кияк та інші // Запорожский медицинский журнал. – 2010. – том 10. – №4, С. 37–41

3. Творогова Н.Д. Клиническая психология в кардиологии / Н.Д. Творогова // РМЖ «Медицинское обозрение». 2014. №24 – URL: https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Klinicheskaya_psihologiya_v_kardiologii/

4. Тесленко Ю.В. Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: основні принципи та напрямки, шляхи удосконалення реабілітаційної допомоги / Ю.В. Тесленко, М.М. Тесленко, І.П. Катеринчук // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №2 (151), Том 2. – С. 58–63.

5. Фролов В.А. Патологическая физиология / В.А. Фролов, Г.А. Дроздова, Т.А. Казангская и др. – М., 2016. – 308 с.

6. Orth-Gomer K., Albus C., Vages N. et al. Pshychosocial considerations in the European guidelines for prevention of cardiovascular disease in clinical practice: Third Joint Task Force // Int. J. Behav. Med. – 2005. – V. 12 – P. 132-141.

Prevalence and risk factors for overweight and obesity in children and adolescents

Ohnev V.A., Pomohaybo K.G.

Kharkov National Medical University, Kharkov, Ukraine

Introduction. Obesity in children is one of the main problems of contemporary health care due to its high prevalence, complex adverse health effects, the risk of complications and low effectiveness of existing treatments.

It is important to note that childhood obesity often leads to overweight in adults and entails not only health problems but also economic consequences, both for the individual and for society as a whole. This is due to the disability of patients of working age and the reduction in overall life expectancy, which is a consequence of severe comorbidities and disorders.

Obesity is a multifactorial disease. In most cases (90%) in childhood and adolescence diagnose exogenous-constitutional obesity. Other forms

of this pathology are quite rare and usually differ in morbid course and the presence of specific symptoms.

Being overweight in childhood and adolescence causes both short-term and long-term adverse effects on physical and psychosocial health. Systemic hormonal and clinical disorders associated with childhood obesity are combined into a metabolic syndrome. Manifestations of this syndrome are insulin resistance and the manifestation of type 2 diabetes, dyslipidemia, hypertension and ovarian hyperandrogenism. In addition, obesity causes digestive, endocrine, orthopedic and other disorders, sleep apnea, reduces resistance to colds and infectious diseases and dramatically increases the risk of complications from surgery and trauma. Psychological aspects of overweight and obesity in childhood are also very important. They are associated with low self-esteem, dissatisfaction with own body, depression, up to suicidal thoughts. Such adolescents are stigmatized by peers and have fewer friends than children with normal body weight. This, in turn, can affect school performance. In the future, obese young people are more prone to social exclusion, early school leaving, exacerbation of existing eating disorders, alcoholism and drug addiction, and have lower marriages and overall life satisfaction. Thus, the problem of obesity is at the intersection of different branches of medicine – pediatrics, health care, therapy, endocrinology, gastroenterology, nutrition, gynecology, andrology, neurology and psychiatry.

1. General trends in the epidemiology of overweight and obesity among children in the world and in Ukraine.

In 2016, the WHO, together with experts from Imperial College London, conducted a study of the prevalence of overweight and obesity in the world. This study is the most comprehensive in the last 40 years. According to the results, it was found that more than 1,9 billion adults over the age of 18 were overweight and obese. Thus, the number of adults suffering from obesity increased from 100 million in 1975 to 671 million in 2016. It is noted that the country with the largest number of overweight people is the United States (38,2%), and the smallest – Japan (3,7%). At the same time, WHO experts predict a further significant increase in the number of obese people by 2025.

The most worrying situation is the growing number of overweight and obese children and the shift in the peak of childhood obesity in early age compared to previous years. According to a 2016 study, the total number of overweight and obese children was about 41 million children under the age of 5 and 340 million between the ages of 5 and 19. Thus, the prevalence of overweight and obesity among children aged 5 to 19 years

increased sharply from 4% in 1975 to 18% in 2016. In 1975, slightly less than 1% of children and adolescents aged 5 to 19 years were obese and in 2016 their number reached 124 million (6% of girls and 8% of boys). This trend exacerbates the obesity epidemic in adults and poses a growing threat to the health of the next generation.

Until recently, there were almost no large-scale epidemiological studies of obesity among children and adolescents in Ukraine. Despite the fact that in recent years in some regions significant progress has been made in studying the epidemiology of food-dependent diseases, including obesity among children and adolescents, the diagnostic process for this type of pathology is ineffective. Thus, the prevalence of obesity in Ukraine in 2016 was 13,50 per 1 thousand children aged 0–17 years inclusive (or 1,3%), with a negative trend over the past 2 years. This number is much lower than in most European countries, where the incidence of obesity among children ranges from 10-15%, and among adolescents even more. In the Kharkiv region, the corresponding prevalence of obesity was 15,1 ‰.

Insufficient registration of obesity in Ukraine is due to the imperfection of the existing system of prevention of food-dependent diseases and informational and communicational of its support, lack of unified and standardized programs for early detection of overweight in children and related health disorders, accounting such children and medical supervision of them. This is the reason why the awareness and vigilance of the population of our country on this problem is low. In many families, obesity is not considered a disease, but on the contrary, is considered a sign of health of children, especially boys. Therefore, children and adolescents often have complications on the background of premorbid conditions associated with obesity and the reason to see a doctor is not overweight, but complaints associated with the development of obesity complications: headache, shortness of breath, dizziness, thirst, pain in legs, sexual dysfunction.

The International Consensus on Childhood Obesity states that early intervention, including diet therapy, dietary change, and physical activity, is recommended to prevent the development of complications. So, of particular relevance is the development and implementation at the primary level of medical care for children of early detection of overweight children, their accounting and monitoring of health, taking into account the risks of disease, starting from the antenatal period. This monograph describes the main results of the study of the prevalence and risk factors of

overweight and obesity among children and adolescents aged 6–17 years in Kharkov.

2. Analysis of the results of the prevalence and main risk factors for overweight and obesity in children and adolescents in Kharkiv.

The prevalence of obesity and overweight in children and adolescents in Kharkiv was studied by a single continuous method. For this purpose, we copied anthropometric data from the history of the child's development (f.112/a) of the statistically representative sample of 4789 children and adolescents aged 6–17 years. Of these, 2406 girls and 2383 boys, $50,3 \pm 0,8\%$ and $49,7 \pm 0,8\%$, respectively. Processing of the obtained results included assessment of body mass index according to age and sex according to the recommendations of WHO experts (Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull. WHO. 2007), which was calculated by dividing body weight (kg) per square of height (m). This technique belongs to parametric or sigma methods. The parametric rating scale includes the arithmetic mean and standard deviations (SD score). If the BMI value is in the range (\pm SD), body weight is considered normal; in the range from (+1SD to +2SD) – excess body weight; more (+2SD) – obesity; less (-2SD) – body weight deficit.

Thus, all studied were divided into four groups: I experimental group – obese children, II experimental group – overweight children, III group – children with normal body weight, IV – children with underweight.

Obesity (I research group) was found in 280 ($58,4 \pm 3,4\%$) children, including 105 ($43,6 \pm 4,2\%$) girls and 175 ($73,4 \pm 5,3\%$) boys. Overweight (research group II) was found in 440 ($91,9 \pm 4,2\%$) children, of which 223 ($92,7 \pm 6,0\%$) girls and 217 ($91,0 \pm 5,9\%$) boys. 3925 ($819,6 \pm 5,6\%$) children, 1989 ($826,7 \pm 7,7\%$) girls and 1936 ($812,4 \pm 8,0\%$) boys had normal body weight (research group III). Insufficient body weight (IV research group) was found in 144 ($30,1 \pm 2,5\%$) studied, including 89 ($36,9 \pm 3,8\%$) girls and 55 ($23,1 \pm 3,1\%$) boys (Tab 2.1).

Table 2.1

Prevalence of obesity, overweight, normal and insufficient body weight among children and adolescents in Kharkiv depending on gender, (%)

Research groups	Boys	Girls	Total
Obesity (I group)	73,4±5,3	43,6±4,2	58,4±3,4
Overweight (II group)	91,0±5,9	92,7±6,0	91,9±4,2

Normal body weight (III group)	812,4±8,0	826,7±7,7	819,6±5,6
Insufficient body weight (IV group)	23,1±3,1	36,9±3,8	30,1±2,5

The next stage of our work was the distribution of the total number of children and adolescents in the research groups depending on the age group. In total, three age groups were distinguished: from 6 to 9; from 10 to 13 and from 14 to 17. The largest number – 1894 (39,5±0,7%) persons were observed in the age group of 10–13. The next group was 6–9, with 1680 (35,1±0,7%) persons, and the last was the age group of 14–17 with 1215 (25,4±0,63%) persons.

It was found that obesity (research group I), overweight (research group II) and insufficient body weight (research group IV) were most common in the age group 6–9 – 78,5±6,6‰, 111,3±7,7‰ and 39,2±4,7‰, respectively. The lowest prevalence of obesity (research group I) and insufficient body weight (research group IV) was found in the age group 14–17 – 27,1±4,6‰ and 23,9±4,4‰, respectively, and overweight body (II research group) in the age group 10–13 (80,7±6,3‰), but this indicator was only slightly lower than the corresponding indicator in the last age group – 82,3±7,9‰, respectively (Tab 2.2).

Table 2.2

Prevalence of obesity, overweight, normal and insufficient body weight among children and adolescents in Kharkiv depending on age, (‰)

Age	Obesity (I group)	Overweight (II group)	Normal body weight (III group)	Insufficient body weight (IV group)
6-9 years	78,5±6,6	111,3±7,7	770,8±10,3	39,2±4,7
10-13 years	60,7±5,5	80,7±6,3	832,6±8,6	25,9±3,7
14-17 years	27,1±4,6	82,3±7,9	866,7±9,7	23,9±4,4
Total	58,4±3,4	91,9±4,2	819,6±5,6	30,1±2,5

According to the study of the prevalence of overweight and obesity among children aged 6–17, it was determined that overweight and obesity were diagnosed in 720 (150,3±5,2‰) children and adolescents – in 328 (136,3±7‰) girls and 392 (164,5±7,6‰) boys and much more often studied pathology occurred in the age group 6–9 (189,9±9,6‰) than in the group 14–17 (109,5±9,0‰).

Thus, every seventh child has this pathology and this level of prevalence, in turn, corresponds to the global trend.

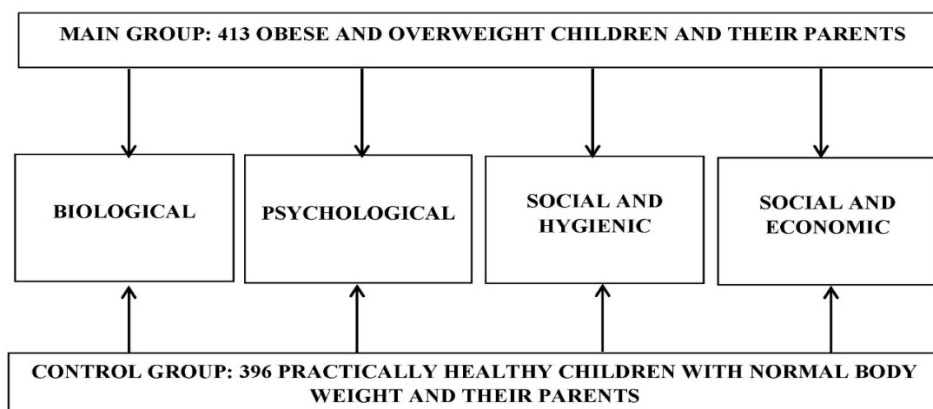
The reason for the growing prevalence of this pathology among children is that today many children grow up in an environment that contributes to obesity. In the context of globalization and urbanization, the influence of this environment is growing in all social and economic groups, both in countries with high and low and medium levels of wealth.

Therefore, at the next stage, the analysis of the probable risk factors for the development of overweight among children and adolescents was performed.

The main sources of information in the study of risk factors for overweight were the responses of children aged 9 to 17 years and their parents, who were the main (413 people) and control group (396 people) and data from the history of the child's development (f.112/a).

Identification of risk factors for the development of the disease was carried out using analysis of variance, which makes it possible to install significant differences in factors in the main and control groups. The study of the proved factors was carried out by calculating the indicators of the strength of the influence of factors (η -%) and the ratio of chances (OR).

During the processing of the obtained results it was found that 22 factors had a significant impact on the development of excess body weight. All factors were divided into 4 groups: medical and biological, social and hygienic, social and economic and psychological (Pic 2.1).



Picture 2.1. Risk factors of formation and development of overweight and obesity among children and adolescents

Obesity is a chronic non-specific disease, and hereditary factors play an important role in the occurrence and development of this pathology. It is known that the probability of developing the studied condition in a child increases in the presence of excess body weight, obesity or other chronic diseases, especially the endocrine system, in relatives. The results of the study indicate that on the development of excess weight in children and adolescents, biological factors had a

significant impact. It was found that patients in the main group were much more likely to be overweight in one or two parents compared with the control group – $64,4 \pm 2,4\%$ and $34,3 \pm 2,4\%$, respectively ($\eta=9\%$; $p < 0,001$; $OR=3,5$; $CI=2,6-4,6$). Thus, overweight of both family members was observed in $22,5 (35,0\%) \pm 2,1\%$ of cases in the main group against $15,0 (43,4\%) \pm 1,8\%$ of cases in the control group. Overweight in one parent was observed in $41,9 (65,0\%) \pm 2,4\%$ of families in the main group and in $19,4 (56,6\%) \pm 2\%$ of families in the control group. In both the main and control groups, overweight was more common among mothers than among fathers – $46,7 (53,8\%) \pm 2,4\%$; $40,1 (46,2\%) \pm 2,3\%$ and $25,3 (51,5\%) \pm 1,9\%$; $24,0 (48,5\%) \pm 1,9\%$, respectively.

Aggravated heredity of hypertension, diabetes mellitus and other endocrine pathology was found in $59,3 \pm 2,4\%$ of relatives of patients in the main group and only in $34,3 \pm 2,4\%$ of relatives of patients in the control group ($\eta=6\%$; $p < 0,001$; $OR=2,8$; $CI=2,1-3,7$).

According to experts, it is important to pay attention to the general obstetric problems of pregnancy, including overweight, anemia, preeclampsia, and the pathology of childbirth (premature, late or rapid birth, weakness of labor), as such conditions can cause inadequate weight gain in children and adolescents in the postnatal period. The obtained results confirm the significant influence of perinatal factors on the development of excess body weight. Thus, in the analysis of pregnancy it was noted that preeclampsia, threats of abortion, extragenital pathology and overweight during pregnancy were observed in $41,2 \pm 2,4\%$ of mothers of obese children and overweight and in $24,7 \pm 2,2\%$ of mothers of children with normal body weight ($\eta=3\%$; $p < 0,001$; $OR=2,1$; $CI=1,6-2,9$). According to the obstetric anamnesis, the frequency of complications in childbirth in mothers of obese patients and overweight was $26,2 \pm 2,2\%$, and in mothers of children with normal body weight – $14,1 \pm 1,7\%$, which also indicates a probable difference of indicators ($\eta=2\%$; $p < 0,001$; $OR=2,2$; $CI=1,5-3,1$).

Careful study of postnatal development of the child, namely: the dynamics of weight gain and the nature of breastfeeding in the first year of life is a necessary task in studying the development of many conditions, including childhood obesity. Thus, together with the assessment of prenatal and birth history, a study of the dynamics of postnatal development of children in the control and main groups was conducted. When evaluating anthropometric data at birth and the dynamics of weight gain of children during the first year of life, it was found that $39,5 \pm 2,4\%$ of children in the main group had a birth weight of more than 3500 g. and/or

there was excessive weight gain at the first year of life. In the control group, the corresponding indicator was significantly lower and amounted to $22,5 \pm 2,1\%$ ($\eta=3\%$; $p < 0,001$; $OR=2,2$; $CI=1,7-3,1$). We analyzed data that reflect the characteristics of children's nutrition during the first year of life. It was found that $33,7 \pm 2,3\%$ of children in the main group were on artificial, mixed feeding and/or there was an early introduction of complementary foods and a predominance in the structure of the diet of semolina and cow's milk. In the control group of children, the value of the corresponding indicator was $17,7 \pm 1,9\%$ ($\eta=3\%$; $p < 0,001$; $OR=2,4$; $CI=1,7-3,3$) respectively.

Today, scientific and technological progress is the basis of modern society and civilization. However, its consequences are changes in diet and physical activity, which, in turn, lead to weight gain among both adults and children. This fact explains that the largest number of factors that according to the results of this study had a significant impact on the development of the studied pathology, belonged to the group of social and hygienic. It should be noted that the strength of the influence of two factors, namely, the consumption of high-calorie foods and non-compliance with the diet – significantly exceeded the strength of the influence of other factors in this group. According to a sociological survey of adolescents and their parents in the main group, it was found that $55,2 \pm 2,5\%$ of children almost daily in the diet was dominated by foods high in fat in the form of sausages, cheeses or offal and easily digestible carbohydrates in the form of bakery products and sweet desserts, as well as insufficient consumption of fish dishes, seafood, cereals, vegetables and fruits. Against this background, it was found that in the vast majority of cases, these children and adolescents preferred to quench their thirst with sweet carbonated drinks instead of ordinary water, juices and compotes ($63,9 \pm 2,4\%$). In the control group, the indicator characterizing the diet was significantly lower – $29,3 \pm 2,3\%$, respectively ($\eta=7\%$; $p < 0,001$; $OR=3,0$; $CI=2,2-4,0$). In comparison with the quality, the amount of food consumed also had an impact on the development of the studied condition, but not so significant – $45,3 \pm 2,5\%$ in the main group against $23,7 \pm 2,1\%$ in the control group, ($\eta=5\%$; $p < 0,001$; $OR=2,7$; $CI=2,0-3,6$) respectively. When evaluating the diet, it was found that $58,4 \pm 2,4\%$ of children in the main group ate less than three times a day or did not have a certain time and frequency of meals during the day and often missed breakfast and/or ate just before bedtime. In the control group, these dietary features were observed only in $32,3 \pm 2,3\%$ of children ($\eta=7\%$; $p < 0,001$; $OR=2,9$; $CI=2,2-3,9$). At the same time, it should be noted that children with

obesity and overweight significantly more often than children with normal body weight visit fast food enterprises – $33,4\pm 2,3\%$ and $17,2\pm 1,9\%$, respectively ($\eta=3\%$; $p<0,001$; $OR=2,4$; $CI=1,7-3,4$). The study found that a sedentary lifestyle was an important factor. It was found that $51,3\pm 2,5\%$ of children with obesity and overweight had reduced physical activity on weekends and/or they did not attend sports sections, physical education classes at school. In addition, it was noted that a significant proportion of patients in the main group do not perform morning exercise ($60,8\pm 2,4\%$), rarely walk ($47,9\pm 2,5\%$), climbs stairs ($56,7\pm 2,4\%$) and more often ($67,3\pm 2,3\%$) prefer inactive leisure activities (reading, computer games, etc.). Lack of physical activity was observed only in $28,5\pm 2,3\%$ of children with normal body weight ($\eta=5\%$; $p<0,001$; $OR=2,6$; $CI=2,0-3,5$). Sedentary lifestyle, in turn, was complicated by two other factors in this group. This is a long time spent on electronic devices and a significant mental load. Thus, $50,8\pm 2,5\%$ of children in the main group against $32,1\pm 2,3\%$ of children in the control group noted that on average they spend more than 3 hours a day on electronic devices ($\eta=4\%$; $p<0,001$; $OR=2,2$; $CI=1,6-2,9$). Intensive mental load, namely: training in gymnasiums, lyceums, additional classes – was found in $24,5\pm 2,1\%$ of children in the main and in $16,2\pm 1,8\%$ of children in the control group ($\eta=1\%$; $p<0,01$; $OR=1,7$; $CI=1,2-2,4$). When assessing other factors, it should be noted that $31,2\pm 2,3\%$ of respondents in the main group prefer to eat in front of the TV, computer or desk, while in the control group this trend was observed in $18,2\pm 1,9\%$ of respondents ($\eta=2\%$; $p<0,001$; $OR=2,0$; $CI=1,5-2,8$). According to the study, some reliable factors indicate a role for parents in the development of overweight in children. It was found that $21,3\pm 2\%$ of parents of children in the main group do not prohibit the consumption of high-calorie foods, and $36,8\pm 2,4\%$ of parents in this group said that they often encourage their children with delicious food for good behavior or academic marks. In the control group, only $9,8\pm 1,5\%$ of parents do not forbid their children to eat high-calorie foods ($\eta=2\%$; $p<0,001$; $OR=2,5$; $CI=1,7-3,7$) and $24,7\pm 2,2\%$ often encouraged children to eat tasty food, respectively ($\eta=2\%$; $p<0,001$; $OR=1,8$; $CI=1,3-2,4$). In $16,2\pm 1,8\%$ of parents of children in the main group against $10,4\pm 1,5\%$ of parents in the control group there was insufficient awareness of nutrition issues, and they could not give a realistic estimate of calorie and fat intake with food ($\eta=1\%$; $p<0,05$; $OR=1,7$; $CI=1,1-2,5$). In addition, the majority of respondents in the main group ($54,2\pm 2,5\%$) did not consider it necessary to have scientifically proven information on nutrition and, as a rule, received information from the media, friends, acquaintances, books

and magazines ($79,2\pm 2,0\%$), and when choosing food were more often guided by taste and price, rather than health benefits ($80,4\pm 2,0\%$). In addition, it was found that $15,3\pm 1,8\%$ of parents in the main group can not fully control the nutrition of children during the day, and in the control – only $8,3\pm 1,4\%$, respectively ($\eta-1\%$; $p<0,01$; $OR=2,0$; $CI=1,3-3,1$).

The identified features must be taken into account when conducting hygienic training of the population at the primary level of health care.

The choice of food and food intake is to some extent influenced by social and economic factors (level of education, income and marital status). Therefore, the study involved determining the general social and economic status of families. It was determined that $52,8\pm 2,5\%$ and $57,1\pm 2,5\%$ of children in the main and control groups, respectively, in complete families were brought up. Material support of most families of the studied groups was lower or higher than the average level – $40,9\pm 2,5\%$ and $37,3\pm 2,4\%$ in the main and $41,2\pm 2,5\%$ and $40,4\pm 2,5\%$ in the control group, respectively. About $70,0\pm 1,6\%$ of families spend half or more of their budget on food and less than half on rehabilitation and live in good or satisfactory living conditions. Bad habits such as smoking and alcohol abuse among family members were also absent in most cases. Thus, the results of the analysis did not reveal a significant difference between these indicators, and the development of the disease was significantly influenced by such social and economic factors as the number of children in the family and the level of education of parents. It was determined that $43,1\pm 2,4\%$ of families in the main group have one child, and in the control group – $32,1\pm 2,3\%$, respectively ($\eta-1\%$; $p<0,001$; $OR=1,6$; $CI=1,2-2,1$). $33,7\pm 2,3\%$ of parents of the main group against $23,2\pm 2,1\%$ of parents of the control group had secondary education ($\eta-1\%$; $p<0,001$; $OR=1,7$; $CI=1,2-2,3$).

It is known that the presence of psychological problems in a child, such as chronic anxiety or depression, can lead to an increase in food intake and reduced physical activity, which, in turn, will contribute to the formation of excess body weight. Thus, the study of psychological factors was a prerequisite for the study.

The assessment of these factors confirmed the influence of the child's psychological state on the development of the disease. According to the results, $43,1\pm 2,4\%$ of children and adolescents in the main group ate food in stressful situations and in a bad mood. In the control group, the corresponding indicator was probably lower – $32,1\pm 2,3\%$ ($\eta-2\%$; $p<0,001$; $OR=1,8$; $CI=1,3-2,3$). Presence of stressful situations and psychological traumas in the family (divorce of parents, conflicts between family

members, death of relatives), at school (conflict situations with teachers, classmates), in communication with peers (unrequited love, etc.) were found in $15,3 \pm 1,8\%$ of children with obesity and overweight against $6,8 \pm 1,3\%$ of children with normal body weight ($\eta=2\%$; $p<0,001$; $OR=2,5$; $CI=1,5-4,0$). In addition, it should be noted that a rather small probable difference in the indicators of psychological factors may be due to the peculiarities of the childhood of the examined patients.

In order to identify the main and secondary factors that contributed to the pathology under study, a ranking of groups of risk factors was performed. The main risk factors were those with an impact force $\geq 3\%$.

It was determined that the main risk factors for overweight in children and adolescents were all biological and some social and hygienic factors, namely overweight in family members ($\eta=9\%$), daily consumption of high-calorie foods ($\eta=7\%$), non-compliance with the diet ($\eta=7\%$), burdened heredity ($\eta=6\%$), eating a significant amount of food ($\eta=5\%$), sedentary lifestyle ($\eta=5\%$), daily stay on electronic devices more than 3 hours a day ($\eta=4\%$), pathological course of pregnancy ($\eta=3\%$), overweight of a child under one year ($\eta=3\%$), visits to fast food enterprises more than twice a week ($\eta=3\%$), features of nutrition in the first year of life ($\eta=3\%$). Social and economic and psychological factors belonged to the group of additional factors.

Thus, the combination of biological determinants and adverse environmental factors significantly increases the risk of developing excess body in children and adolescents. Therefore, first of all it is necessary to influence the environmental factors that contribute to the development of obesity in combination with an approach that takes into account the key stages of the life cycle of children: antenatal, mammary, early and late childhood and adolescence. This will prevent the action of both specific and external factors on the development of pathology.

3. Determining the main measures for the problem of overweight and obesity in children and adolescents according to the results of the study.

Based on the results of the medical and social study, it was determined that the priority measures to reduce the prevalence of obesity and its consequences should be aimed at modifying risk factors, namely: changing stereotypes and habitats that contribute to pathology, and improving the quality of care, including at the primary level.

Thus, the problem of obesity among children and adolescents requires decision-making at the regional level and the application of an integrated approach involving all stakeholders and the main strategies are:

conducting medical and hygienic education of the population through the media, forming motivation and awareness of healthy lifestyle, forming stereotypes of the health care system and society regarding the proper attitude to obese people, implementing standards and improving the quality of health care, prevention of noncommunicable diseases, creating an environment that will promote a healthy lifestyle, namely opportunities for physical activity, availability of healthy food for the whole population (development of recommendations for all structures and organizations related to nutrition, trade, planning and arrangement of areas adjacent to children's institutions), control of marketing activities (food and non-alcoholic beverages, the introduction of a standardized system of food labeling with information about the energy value on the label).

The main areas of improving the quality of medical care for obese children include:

1. Mandatory monitoring of body mass index among children from 3 years of age and assessment of the harmony of physical development;
2. Introduction of an information system for accounting, monitoring of obesity and overweight and the main risk factors (electronic medical record of the patient);
3. Introduction of patient registers at the territorial and regional level;
4. Preferential supervision by the family doctor, involvement of all experts, including the psychologist (carrying out psychological correction);
5. Raising public awareness at the group, individual level;
6. Timely identification of risk factors, formation of risk groups, organization of dynamic monitoring, creation of differentiated prevention programs and study of public awareness of the main risks of overweight;
7. Advanced training of doctors, conducting training seminars and trainings on nutrition.

The combination of efforts of different parties related to the problem of childhood obesity and the implementation of comprehensive measures will improve the prevalence, modify risk factors and will facilitate the adaptation of children with this pathology in society.

References.

1. Андрікевич І. І. Вивчення харчової поведінки дітей з надмірною масою тіла та ожирінням / І. І. Андрікевич, Г. І. Мантак, Г. Ю. Звенігородська // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. – 2017. – Т. 21, N 1 ч. 2. – С. 238–241.

2. Безвушко Е. В. Надмірна маса тіла і ожиріння та здоров'я дітей / Е. В. Безвушко, В. Л. Костура // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – № 2 т. 1. – С. 68–72.
3. Бенца Т. М. Современные подходы к терапии ожирения / Т. М. Бенца // Ліки України. – 2015. – № 3. – С. 35–38.
4. Бідзіля П. П. Вікові особливості клінічного перебігу хронічної серцевої недостатності та структурно-функціональних змін серця на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння / П. П. Бідзіля // Сімейна медицина. – 2016. – № 2. – С. 83–86.
5. Вплив забезпечення нутрієнтами в пренатальному і грудному віці на розвиток ожиріння у дітей / В. И. Похилько, С. Н. Цвиренко, Г. А. Соловьева, Ю. И. Чернявская // Современная педиатрия. – 2016. – № 7. – С. 106–111.
6. Дячук Д. Д. Обґрунтування організації медико-соціального моніторингу ожиріння у дітей / Д. Д. Дячук, І. Е. Заболотна // Проблеми харчування. – 2017. – № 2. – С. 5–16.
7. Дячук Д. Д. Обґрунтування організації медико-соціологічного моніторингу ожиріння у дітей в багатопрофільному закладі охорони здоров'я / Д. Д. Дячук, І. Е. Заболотна // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 4. – С. 41–47.
8. Дячук Д. Д. Обізнаність сімейних лікарів з питань надмірної маси тіла та ожиріння у дітей (за даними анкетування лікарів загальної практики-сімейних лікарів) / Д. Д. Дячук, Л. Ф. Матюха, І. Е. Заболотна // Сімейна медицина. – 2017. – № 3. – С. 69–72.
9. Дячук Д. Д. Ожиріння у дітей: фактори ризику та рекомендації з профілактики / Д. Д. Дячук, І. Е. Заболотна, Ю. Б. Яценко // Современная педиатрия. – 2017. – № 2. – С. 42–46.
10. Заболотна І. Е. Поширеність ожиріння та надлишкової маси тіла серед дітей і стан їхнього здоров'я / І. Е. Заболотна, Ю. Б. Яценко // Український журнал дитячої ендокринології. – 2017. – № 3-4 – С. 22–29.
11. Зелінська Н. Б. Дитяча ендокринологія в Україні: статистичні показники за підсумками 2016 року та їх динаміка / Н. Б. Зелінська, Н. Г. Руденко // Український журнал дитячої ендокринології. – 2017. – № 2 (22). – С. 5–17.
12. Зелінська Н. Б. Ожиріння в дітей: визначення, лікування, профілактика. Клінічні практичні настанови Ендокринологічного Товариства. Частина 1 / Н. Б. Зелінська // Український журнал дитячої ендокринології. – 2017. – № 3–4 – С. 48–63.

13. Караченцев Ю. И. Ожирение у детей : монография / Ю. И. Караченцев, О. О. Хижняк, А. В. Казаков ; Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины. – Харьков : С.А.М., 2015. – 240 с.
14. Леженко Г. О. Особливості перебігу ожиріння у дітей підліткового віку / Г. О. Леженко, К. В. Гладун // Дитячий лікар. – 2016. – № 2. – С. 20–26.
15. Леженко Г. О. Особливості перебігу ожиріння у дітей підліткового віку / Г. О. Леженко, К. В. Гладун // Дитячий лікар. – 2017. – № 1. – С. 5–12.
16. Леженко Г. О. Сучасні можливості терапії ожиріння та його ускладнень у дітей / Г. О. Леженко, О. Є. Пашкова, К. В. Гладун // Дитячий лікар. – 2017. – № 1. – С. 52–56.
17. Мисюра Е. В. Эпидемиологические аспекты ожирения в Украине / Е. В. Мисюра, А. В. Казаков, Н. А. Кравчун // Эндокринология. – 2014. – Т. 19, № 4. – С. 325.
18. Ожиріння в дітей: визначення, лікування, профілактика. Клінічні практичні настанови Ендокринологічного Товариства. Частина 3. / D. M. Styne, S. A. Arslanian, E. L. Connor та ін. // Український журнал дитячої ендокринології. – 2018. – № 2. – С. 54–74.
19. Салтанов С. Д. Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики ожирения у детей / С. Д. Салтанова // Здоровье ребенка. – 2017. – т. 12, № 6. – С. 115–122.
20. Солнцева А. В. Ожирение и синдром дефицита внимания / гиперактивности у детей: есть ли взаимосвязь? Обзор литературы / А. В. Солнцева, Т. А. Емельянцева // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология = Psychiatry psychotherapy and clinical psychology : международный научно-практический журнал. – 2017. – Том 8, № 3. – С. 432–439.
21. Статистично-аналітичний довідник дитячого ендокринолога за 2016 рік. – К., 2017. – 102 с.
22. Тагиева А. А. Оценка избыточной массы тела и ожирения как факторов риска формирования артериальной гипертензии среди детей школьного возраста / А. А. Тагиева // Семейная медицина. – 2017. – № 5. – С. 27–30.
23. Циунчик Ю. Г. Клінічне значення психоемоційних факторів при ожирінні у дітей / Ю. Г. Циунчик // Современная педиатрия. – 2016. – № 5. – С. 98–101.
24. Чмир Н. В. Патогенетичні та клінічні особливості метаболічного синдрому, пов'язаного з ожирінням та їх прогностичне значення / Н.

- В. Чмир, Р. Я. Дутка // Буковинський медичний вісник. – 2017. – Т. 21, № 2 ч. 1. – С. 127–130.
25. Badillo-Suárez P. A. Impact of Metabolic Hormones Secreted in Human Breast Milk on Nutritional Programming in Childhood Obesity / P. A. Badillo-Suárez, M. Rodríguez-Cruz, X. Nieves-Morales // *J. Mammary Gland Biol. Neoplasia*. 2017 Sep; 22 (3) : 171–191.
26. Educational strategies for the prevention of diabetes, hypertension, and obesity / A. P. Machado, B. M. Lima, M. G. Laureano et al. // *Rev. Assoc. Med. Bras.* – 2016. – Vol. 62 (8). – P. 800–808. doi: 10.1590/1806-9282.62.08.800.
27. Lifestyle Behaviors of Parents of Children in Pediatric Weight Management: Are They Meeting Recommendations? / J. L. Avis, A. Jackman, M. M. Jetha et al. // *Clin. Pediatr. (Phila)*. – 2015. – Jan 20. – Pii: 0009922814566930. [Epub ahead of print].
28. Nechytyaylo Y. M. Overweight and obesity in school-age children / Y. M. Nechytyaylo, N. I. Kovtyuk // Буковинський медичний вісник. – 2016. – Т. 20, № 3. – С. 132–135.
29. Popkin B.M., Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses / B.M. Popkin, C. Hawkes // *Lancet Diabetes Endocrinol.* – 2016, Feb:4 (2). – P. 174–186.
30. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011–2014 / C. L. Ogden, M. D. Carroll, C. D. Fryar, K. M. Flegal // *NCHS Data Brief.* – 2015. – 219. – P. 1–8.
31. Rancourt D. Overlap in eating disorders and obesity in adolescence / D. Rancourt, M. B. Mc Cullough // *Curr. Diabet. Rep.* 2015; 15 (10) : 78.
32. Report of the commission on ending childhood obesity. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2016 [Electronic resource]. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf.
33. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity / B. Swinburn, V. Kraak, H. Rutter, S. Vandevijvere, T. Lobstein, G. Sacks et al. // *Lancet*. 2015; 385 : 2534–45.
34. Treatment of pediatric obesity: an umbrella systematic review / T. Rajjo, K. Mohammed, M. Alsawas et al. // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2017. – 102. – P. 763–775.
35. World Health Organization. Using price policies to promote healthier diets. Available at: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/using-price-policies-to-promote-healthier-diets>. Accessed 8 March 2016.

РОЗДІЛ II. ОЦІНКА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ВПРОВАДЖЕННЯ МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Комунікаційні протоколи – якість та безпека життя новонароджених в ранньому неонатальному періоді

Артьомова Н.С., Ковальова О.М., Калюжка О.О.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Проблеми передачі інформації під час міждисциплінарних взаємодій (між фахівцями різного профілю) та внутрішньодисциплінарної комунікації (з фахівцями одного фахового напрямку) є різноплановими внаслідок впливу лікувально-діагностичних технологій, роботи персоналу, інформаційного супроводу відділення, а також індивідуальних особливостей кожного з представників ком'юніті. З огляду на те, що на сьогодні приділяється максимальна увага та залучаються значні фінансові інвестиції для розробки й впровадження в практичну діяльність технологій запису, зберігання, розповсюдження та доступність використання в повсякденній діяльності медичних працівників, дослідники як і раніше вважають, що комунікаційна сфера в сегменті охорони здоров'я є проблемною [1]. Особи, які надають медичні послуги повинні володіти інформацією відносно проблем та «сліпих плям» які виникають у працівників відділень, враховуючи в тому числі й фізичні умови роботи (інтенсивність роботи, понаднормове навантаження, стресові ситуації, які виникають під час робочої зміни), соціальні умови праці, мовно-інтелектуальні та комунікаційні бар'єри [2]. Комунікативні взаємодії надзвичайно важливі для створення загальної ментальної моделі стану пацієнта [3] і саме відсутність адекватної моделі або її дефект призводить до виникнення медичних трагедій [4].

Мета дослідження. Обґрунтувати потенційні напрями підвищення рівня безпеки пацієнтів у неонатальних відділеннях шляхом обґрунтування та розроблення стандартів до міжпрофесійних та міждисциплінарних комунікаційних протоколів.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети проведено контент-аналіз рекомендаційної бази Ради Європи, що стосується безпеки медичної допомоги, та релевантних матеріалів Першого національного конгресу з безпеки пацієнта, вивчення досвіду іноземних неонатологів із впровадження Першої та Другої

глобальних ініціатив ВООЗ з безпеки пацієнта у медичну практику різних країн світу, а також дослідження окремих аспектів міжпрофесійної та міждисциплінарної комунікації в неонатальних клініках розвинених країн світу.

Результати. Обмін медичною інформацією відносно стану пацієнта під час проведення лікувально-діагностичного процесу потребує ситуаційної обізнаності, яка є розумінням клініко-соматичного стану пацієнта та його клінічної траєкторії. Втрата будь-якого інформаційного елементу може призвести до небажаних явищ та, як наслідок, поставити під загрозу забезпечення адекватного догляду за дитиною та його виходжування. Згідно актуального контексту счасних міждисциплінарних груп, які здійснюють розробку алгоритмів догляду за новонародженими та виходжування передчасно народжених дітей, обмін інформацією про пацієнта повинен бути спрямований на забезпечення загального розуміння діагностичного та лікувального плану, а також запланованих результатів від отриманого лікування та індивідуального догляду за пацієнтом. Досягнення заданої цілі за допомогою структурованих та послідовно відновлюваних засобів призводить до підвищення ефективності лікування, а ризик виникнення похибок передачі цієї інформації завжди є предметом прицільної уваги для дослідників, безпосередньо самих медичних працівників, які надають медичні послуги, адміністраторів лікувального закладу та керівних органів.

Наш щоденний досвід роботи в практичній медицині дозволив зробити висновки, що існує багато можливостей покращити передачу інформації під час проведення лікувально-діагностичного процесу. Невірно створений комунікативний процес, або його розрив, перебої в забезпеченні співпраці та нездатність диференціювати клінічне погіршення стану пацієнта є основними причинами виникнення негативних подій в умовах лікувально-діагностичного закладу [5]. У відділеннях інтенсивної терапії, пологових залах, операційних важливим є саме чітке й лаконічне спілкування між членами команди, яка працює безпосередньо в даний момент, а також адекватність й вичерпність інформації про клінічний стан пацієнта, що передається в структурний підрозділ іншої терапевтичної спрямованості, попередньої чергової бригади до іншої в умовах одного юніта. Важливим є адекватність оцінки якості критичного стану пацієнта, чітко визначені критерії виклику реанімаційної бригади, часу, необхідного до початку проведення невідкладної терапії, визначених критеріїв функціонування життєво важливих органів та систем, якості

надання невідкладної допомоги, адекватності її обсягу відповідно критичного стану або укладнення, що виникло, своєчасно швидкої відповіді лікаря. Похибки в процесі отримання інформації можуть призводити до затримки в визначенні терапевтичної тактики, що тягне за собою затримку активізації роботи команди інтенсивної терапії, а це в свою чергу призводить до збільшення неприємливих подій під час лікування, в тому числі, летальних випадків.

Під час проведення лікувально-діагностичного процесу в неонатальних стаціонарах інтенсивної терапії неможливо уникнути чисельних зовнішніх міждисциплінарних (між неонатологами та акушерами) та внутрішніх міжпрофесійних комунікацій (між лікарями та медичними працівниками, які здійснюють безпосередній догляд та забезпечують проведення лікувальних маніпуляцій). Під час забезпечення такого вербального або невербального комунікативного зв'язку, внаслідок існування проміжних етапів передачі інформації (завершення етапу транспортування пацієнта, заміна чергового персоналу внаслідок завершення робочого часу, зміна профілю відділення, де надалі будуть проводитися нагляд та лікувальні заходи) може втрачатися інформація відносно стану та статусу проведених маніпуляцій з діагностики та лікування, що може призвести до неприємливих подій в процесі виходжування та лікування [6, 7]. Існуюча ситуація з порушенням комунікативних заходів слугувала підставою до створення ВООЗ та Інститутом медицини (США) міжнародної програми стандартизації та поліпшення якості передачі та отримання інформації з метою орієнтування з визначенням рішення на місцевих рівнях надання медичної допомоги [1, 8, 9]. Одним з таких інструментів стало залучення I-PASS рішення (I – illness severity, тяжкість стану; P – patient summary, висновок відносно стану пацієнта; A – action list, перелік дій, S – situation awareness and contingency plans, оцінка ситуації та формування плану подальших дій, S – synthesis by receiver, синтез інформації приймаючим персоналом). Згідно проведеного дослідження ефективності застосування I-PASS рішення, виявлено зниження загальної частоти лікарської помилки від 33,8 до 18,3 на 100 госпіталізацій ($p < 0,001$)[10].

Найбільш значущими перепонами, які виступають бар'єром для ефективних комунікацій, як це часто вказують дослідники, – це відволікаючі фактори, брак часу та перерви під час виконання роботи [11]. Тому медичні працівники, які беруть участь в проведенні передачі інформації про пацієнтів можуть відволікатися на фактори,

які в звичайному буденному житті легко ігноруються (освітлення, фоновий шум, екрани телевізорів, монітори комп'ютерів, телефони, велика кількість працівників в приміщенні під час передачі зміни, значна зайнятість, тощо) [10]. З метою запобігання та мінімізації впливу цих факторів рекомендовано обмін інформацією здійснювати в спеціально відведених для цього місцях [10, 11]. Окрім того, надважлива стандартизація процесу передачі інформації про стан пацієнта та навчання персоналу найбільш ефективним, безпечним та простим способом комунікативних взаємодій [12, 13].

З огляду на позитивний досвід зарубіжних фахівців, на базі пакетного рішення I-PASS нами розроблені основні структурні компоненти внутрішніх комунікаційних протоколів з метою їх застосування в неонатальній практиці. Розроблені пакети рішень з прогнозування та попередження розвитку важких ВШК та їх несприятливих наслідків у передчасно народжених дітей та немовлятам, які вже мають важкі ВШК та чек-листи моніторингу стану дитини в ранньому неонатальному періоді були впроваджені в роботу неонатального відділення Перинатального центру Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського (Табл. 1-2). Використання у рутинній практиці чек-листів дозволило практикуючим лікарям, не витрачаючи час, швидко визначити обсяг необхідних маніпуляцій та діагностичних заходів, не випускаючи при цьому жодного пункту, що в подальшому може асоціюватися із визначеним вище фактором ризику виникнення ускладнення чи/або погіршення стану дитини. Чек-лист представляє собою набір завдань, які повинні дотримуватись при виконанні будь-якої процедури. Деякі його елементи є нагадуваннями для передачі конкретної інформації, інші підтверджують присутність або функціональність необхідного обладнання або основні заходи із запобігання інфекції для проведення певних етапів лікувально-діагностичного процесу. Тому, при зростаючій складності неонатальної інтенсивної терапії, комунікаційний протокол може стати інструментом, що покращує спільну роботу та комунікаційні взаодії і, як наслідок, покращує кінцеві результати. Так, наприклад, з метою визначення анте- та інтранатальних факторів ризику виникнення важких ВШК нами запропоновані до використання міждисциплінарні чек-листи, які забезпечують комунікаційний зв'язок акушерської та неонатальної бригади, що приймає участь у веденні пологів з очікуваним народженням передчасно народженої дитини з дуже низькою або екстремально низькою масою тіла при народженні [14].

Чек-лист моніторингу за станом дитини одразу після народження

Чек-лист моніторингу за станом дитини одразу після народження	
Пологова зала	<input type="checkbox"/> Визначення газів крові <input type="checkbox"/> Пульсоксиметрія під час проведення стабілізації та проведення реанімаційних заходів <input type="checkbox"/> Підтримка спонтанних дихальних рухів <input type="checkbox"/> Уникнення за можливості інтубації трахеї <input type="checkbox"/> Уникнення болюсних введень препаратів, в т.ч. фізіологічного розчину NaCl <input type="checkbox"/> Додаткові заходи зі збереження тепла <input type="checkbox"/> Проведення стабілізації дитини з максимальним дотриманням бар'єрних стерильних заходів
Транспортування	<input type="checkbox"/> Дотримання теплового ланцюга <input type="checkbox"/> Моніторинг ЧСС та сатурації
ВІТН Моніторинг	<input type="checkbox"/> Моніторинг ЧСС та сатурації з перших хвилин після поступлення та надалі кожні-1-3 години <input type="checkbox"/> Визначення інфекційного статусу (СРБ, кількість лейкоцитів, тромбоцитів) <input type="checkbox"/> Визначення осмолярності плазми та речовин, що її формують <input type="checkbox"/> Визначення метаболічного профілю <input type="checkbox"/> Визначення газів крові <input type="checkbox"/> Нейросонографія на 1,3 та 7 добу життя <input type="checkbox"/> Щоденний вимір об'єму голови при наявності важкого ВШК
Охоронний режим	<input type="checkbox"/> Шумоізоляція <input type="checkbox"/> Світлоізоляція <input type="checkbox"/> Дотримання тепла <input type="checkbox"/> Дотримання бар'єрних заходів стерильності <input type="checkbox"/> Дотримання технологічного протоколу постановки та дотримання центральної лінії
ВІТН Лікувальні заходи	<input type="checkbox"/> Забезпечення венозного доступу <input type="checkbox"/> ДОР не більше 60-80 мл/кг залежно від умов виходжування <input type="checkbox"/> Повне та часткове парентеральне харчування із забезпеченням білків, жирів та вуглеводів <input type="checkbox"/> Уникнення болюсного введення медикаментів <input type="checkbox"/> Неінвазивна ШВЛ <input type="checkbox"/> Дотримання дихального об'єму не більше 8 мл/кг <input type="checkbox"/> Призначення антибактеріальної терапії

Паралельно зі застосуванням міждисциплінарних комунікацій, використання міжпрофесійних чек-листів дозволяє окреслити важливі фактори раннього неонатального періода, які мають безпосередній вплив на збільшення ризику виникнення важкого ВШК у передчасно народженої дитини, та спрямувати увагу медичного персоналу, який забезпечує догляд та виходжування передчасно народжених немовлят з важкими ВШК.

Таблиця 2

Міждисциплінарний комунікаційний чек-лист

Міждисциплінарний комунікаційний чек-лист	
Медико-демографічні дані	<input type="checkbox"/> Гестаційний вік
Акушерський анамнез	<input type="checkbox"/> Репродуктивні втрати
Визначення інфекційного статусу жінки	<input type="checkbox"/> Наявність клінічних ознак інфекційного процесу <input type="checkbox"/> Наявність лабораторно підтвердженого інфекційного процесу
Дані за “Triple I”	<input type="checkbox"/> Тахікардія у матері <input type="checkbox"/> Гіпертермія у матері <input type="checkbox"/> Фетальна тахікардія (> 160 ударів / хв упродовж 10 хв або довше) <input type="checkbox"/> Кількість лейкоцитів у матері > 15,0/мм ³ без використання кортикостероїдів <input type="checkbox"/> Гнійні виділення з шийки матки при піхвовому дослідженні <input type="checkbox"/> Біохімічні або мікробіологічні докази амніотичної інфекції. <input type="checkbox"/> Материнський статус щодо стрептококу групи В <input type="checkbox"/> Передчасний розрив плодових оболонок <input type="checkbox"/> Тривалість безводного періоду
Медикаменти та профілактичні заходи	<input type="checkbox"/> Антенатальна профілактика глюкокортикоїдами <input type="checkbox"/> Час після останнього ведення глюкокортикоїдів <input type="checkbox"/> Церебральна магnezіальна протекція <input type="checkbox"/> Антибактеріальна терапія <input type="checkbox"/> Антигіпертензивні препарати <input type="checkbox"/> Простагландини

Висновки. Колективом авторів запропоновано залучення до щоденного рутинного застосування міждисциплінарних та міжпрофесійних комунікаційних протоколів в неонатальних паперові/електронні зовнішні та внутрішні комунікаційні протоколи

передачі зміни, інтегрувати в електронну карту розвитку новонародженого (історію хвороби) розроблені комунікаційні протоколи, а також навчання лікарів-інтернів та медичних сестер використанню для передачі критично важливої інформації, що має на меті покращити ефективність проводимої терапії та безпеку пацієнтів неонатальних відділень.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності застосування комплексу пакетних рішень щодо профілактики виникнення ускладнень періоду новонародженості у передчасно народжених дітей та несприятливих наслідків даної патології у Полтавському перинатальному центрі.

Література:

1. Townsend-Gervis M., Cornell P., Vardaman J.M. Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *West J Nurs Res.* 2014, 36(7). P. 917–928.
2. Solet D.J., Norvell J.M., Rutan G.H., Frankel R.M. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med.* 2015, 80(12). P. 1094–1099.
3. Haig K.M., Sutton S., Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety.* *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2006, 32(3). P.167–175.
4. Wachter R.M., Shojania K.G. *Internal bleeding: the truth behind America's terrifying epidemic of medical mistakes.* New York: Rugged Land. 2014. P. 74.
5. National Patient Safety Agency (Great Britain). *Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients.* In: National Patient Safety Agency, 2017.
6. Яблонь О.С., Власенко Д.Ю. Надзвичайно мала маса тіла при народженні–катамнез якості життя. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина.* 2014, Т. IV, № 2(12). С 62-68.
7. Early prediction of typical outcome and mild developmental delay for prioritisation of service delivery for very preterm and very low birthweight infants: a study protocol / Caesar R. et al.; *BMJ Open,* 2016 Jul. 46(7). e010726.
8. Reducing Intraventricular Hemorrhage Using a Care Bundle / Nervik T, et al.; 2015. [updated 2012 June 15; cited 2012 Nov 5]. URL: https://media.vtoxford.org/meetings/AMQC/Handouts2015/LearningFair/swedish_reducingintraventricularhemorrhage.pdf.

9. Модель предикції та попередження розвитку внутрішньошлуночкових крововиливів та їх наслідків у передчасно народжених дітей з низькою та екстремально низькою масою тіла при народженні / Климчук Ю.Ю. та ін. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії, 2018. Т. 18, № 1 (61). С. 62-68.
10. Внутрішньошлуночкові крововиливи в неонатології: прогнозування виникнення летальних випадків у передчасно народжених дітей. / Ковальова О.М. та ін. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина, 2019. Т. IX, № 1(31). С16-22.
11. Machaczek K., Whietfield M., Kilner K., Allmark P. Doctors' and nurses' perceptions of barriers to conducting handover in hospitals in the Czech Republic. American Journal of Nursing Research, 2013. Vol. 1(1). P. 1–9.
12. Dracup K., Morris P.E. Passing the torch: the challenge of handoffs. American Journal of Critical Care, 2018. Vol. 7(2). P. 95–97.
13. Martín P.S., Vázquez C.M., Lizarraga U.Y., Orovioigoicoechea O.C. Intraprofessional communication during shift change. Revista de enfermeria (Barcelona, Spain), 2013. Vol. 36(5). P. 22–28.
14. Артџомава Н. С. Прогнозування та попередження виникнення внутрішньошлуночкових крововиливів та їх несприятливих наслідків у передчасно народжених дітей: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.10. Харків, 2018. 212 с.

Супровід новонароджених з природженими вадами розвитку у Дніпропетровській області України

Власов О.О.

КП «ДСКМЦМД Руднева» ДОР», Дніпро

Стан здоров'я новонароджених залежить від здоров'я матері, умов внутрішньоутробного розвитку плода та якості надання медичної допомоги в перинатальному періоді. При наявності провокуючих факторів вагітності плід має підвищений ризик розвитку патології, а далі дитина- під час пологів і в постнатальному житті. Тому ключовою проблемою перинатальної служби є мінімізація негативних факторів на всіх етапах розвитку дитини, які призводять до формування тяжкої перинатальної патології та природжених вад тощо, припинення відворотних випадків смертності немовлят.

За даними державної статистики, у 2019 році в Україні народилося живими 294148 немовлят, що на 105,2 тис. менше, ніж у 2015 р. За 2015-2019 рр. у структурному розподілу немовлят народжених живими за масою тіла при народженні сталися наступні зміни – збільшилась питома вага немовлят народжених з дуже низькою (менше 1500 г) (з 0,66 у 2015 році до 0,83 – у 2019 році) і низькою (1500-2499 г) масою (з 4,82 до 4,97 відповідно), зменшилась питома вага немовлят з нормальною (2500 г і більше) масою тіла при народженні (з 94,52 у 2015 році до 94,20 – у 2019 році) [1].

Відображенням загальних демографічних процесів в Україні є зниження кількості народжених живими, зокрема, і у Дніпропетровській області: у 2019 році - народилось живими 22117 дітей, що на 10420 менш ніж у 2015 році. Дещо вищою, порівняно із загальнодержавними показниками, є частка передчасно новонароджених дітей. У 2019 році народились передчасно 1442 дитини, що становить 6,5% від загальної кількості народжених (в Україні частка передчасно народжених дітей у 2019 році становила 5,8%). У той час, у 2015 році передчасно народжених дітей було 2225, що відповідало 6,8% від загального числа новонароджених в області.

Особливої уваги за несприятливої демографічної ситуації в Україні заслуговують природжені вади розвитку та спадкові захворювання у новонароджених, рівень яких залишається високим при негативній тенденції – 23,05-25,99‰ [2, 3]. У 2019 році в Дніпропетровській області народились 812 дітей з природженими аномаліями (36,71‰), з них 11,2 % становили діти з вадами кишечника, органів травлення, сечостатевої системи.

Зважаючи на те, що в структурі хірургічних захворювань велику частку займають діти з природженими вадами шлунково-кишкового тракту, діафрагми, нирок. Хірургія новонароджених вважається пріоритетним напрямком в галузі дитячої хірургії [4].

В останні десятиліття відбулись значні зміни в наданні допомоги новонародженим з хірургічною патологією як в клінічних, так і в організаційних підходах. Складність діагностичного процесу природженої патології на пре- та постнатальному етапі, необхідність адекватного вирішення питання щодо пологів, тяжкість стану хворої новонародженої дитини (сполучення хірургічної патології, вроджених захворювань, ознак морфо-функціональної незрілості), необхідність здійснення складних хірургічних втручань з адекватним анестезіологічним забезпеченням і тривалим періодом реабілітації вимагає того, щоб медична допомога надавалась цим дітям на III

рівні із забезпеченням мультидисциплінарної команди спеціалістів (центр хірургії новонароджених) [4, 5].

Прикладом такого підходу може бути робота відділень новонароджених Комунального підприємства «Дніпропетровський спеціалізований клінічний медичний центр матері і дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» ДОР» (відділення хірургії новонароджених, пологового відділення, відділення інтенсивної терапії новонароджених, відділення патології новонароджених та виходжування недоношених дітей), де виконується хірургічна корекція усього спектру вад розвитку новонароджених протягом останніх 5 років – з 2015 по 2019 роки. Згідно стандартів, у випадках пренатальної діагностики вад розвитку, незалежно від місця проживання батьків, пологорозрішення проводиться у пологовому будинку центру ім. проф. М.Ф. Руднева. У тому разі, коли природжену ваду розвитку не було діагностовано пренатально, немовлята переводяться до центру ім. проф. М.Ф. Руднева з пологових будинків та лікувальних закладів міста та районів області.

У 2019 році в неонатальному центрі Комунального підприємства «Дніпропетровський спеціалізований клінічний медичний центр матері і дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» ДОР» (КП «ДСКМЦМТ ім. проф. М.Ф. Руднева» ДОР») знаходилось на лікуванні 190 дітей із природженими вадами розвитку та захворюваннями новонароджених, які потребували динамічного спостереження хірурга (проти 203 немовлят у 2015 році). З них у 2019 році 88 дітей (46,3%) прооперовано, відповідно у 2015 році була оперована 81 дитина (40%). Тож, незважаючи на зменшення абсолютної кількості дітей з природженими вадами, кількість випадків вад, які потребують невідкладної хірургічної корекції, зростає.

Успішне лікування новонароджених з хірургічною патологією залежить від багатьох причин, серед яких насамперед антенатальна діагностика, своєчасне обстеження вагітних і майбутніх новонароджених, яке у більшості випадків має вирішальне значення для визначення лікувальної тактики і прогнозу [4, 5, 6].

За останні 5 років у Дніпропетровській області спостерігається тенденція до зниження якості пренатальної діагностики природжених вад розвитку плодів у діагностичних центрах міста та області. Звертає на себе увагу збільшення помилок досліджень при вадах стравоходу та кишкової непрохідності. Порівняльні дані якості пренатальної діагностики природжених вад розвитку за період 2018-2019 рр. представлено у таблиці 1.

**Якість пренатальної діагностики природжених вад розвитку
у новонароджених за період 2018 - 2019 рр.**

Вада	Кількість вад		Пренатальна діагностика		Підтвердження		Помилка	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Вади стравоходу	5	6	4	5	2	0	2	5
Непрохідність висока	4	9	4	9	4	4	0	5
Непрохідність низка	9	11	8	9	6	5	2	4
Діафрагмальна грижа	6	3	6	3	2	2	4	1
Ембріональна грижа	3	4	3	4	3	3	0	1
Гастрошизіс	3	4	3	4	3	4	0	0
Пухлини	17	7	17	5	16	5	1	0
Інші кишкові вади	8	1	8	1	6	1	2	0
Ано-ректальні вади	6	10	1	9	0	2	1	7
Вади легенів	5	3	5	3	5	1	0	2
Інші	5	3	5	2	1	0	4	2
Разом	68	61	66	54	49	27	17	27
			97%	88,5%	74,2%	50%	25,8%	50%

У період демографічної кризи збереження життя кожної новонародженої дитини набуває великого значення. На рівні лікувально-профільних закладів головна задача полягає у запровадженні системи моніторингу, що дозволить провести оперативний контроль ситуації, що склалася, щодо профілактики і своєчасної діагностики природжених вад розвитку. Таким чином, слід визнати, що на етапі сьогодення забезпечення антенатальної діагностики природжених вад розвитку є таким, що потребує суттєвого покращення.

Про якість ранньої діагностики природжених вад розвитку та станів у новонароджених, які потребують невідкладної корекції, свідчать терміни поступлення немовлят у хірургічне відділення. У таблиці 2 представлено розподіл дітей за часом поступлення у хірургічний стаціонар неонатального центру ім. проф. М.Ф. Руднева.

Приблизно 50% дітей були госпіталізовані протягом перших 6 год. після народження, що обумовлено своєчасною діагностикою та адекватним проведенням передтранспортної підготовки і транспортування. Але, тим не менше, залишається сталою частка дітей, які госпіталізовані за невідкладними показами у терміні 1–3 доби, що потребує підвищення якості пренатальної діагностики та

запровадження постнатальних методів скринінгової діагностики можливих порушень. Необхідне регулярне підвищення кваліфікації лікарів акушерів-гінекологів та неонатологів щодо ранньої діагностики природжених аномалій.

Таблиця 2

Термін поступлення дітей з природженими вадами розвитку та захворюваннями, госпіталізованих за невідкладними показами, за період 2015-2019 рр.

Термін, години	Кількість новонароджених, абс. ч.(%)				
	2015	2016	2017	2018	2019
до 6 год.	29 (52,8)	22 (52,4)	31 (45,6)	30 (51,7)	31 (47,0)
6-12 год.	11 (18,6)	6 (14,3)	12 (17,6)	6 (10,3)	10 (15,2)
12-24 год.	3 (5,4)	4 (9,5)	12 (17,6)	6 (10,3)	10 (15,2)
24-48 год.	5 (8,9)	9 (21,4)	7 (10,4)	11 (19,1)	7 (10,6)
48-72 год.	3 (5,4)	0	6 (8,8)	4 (6,9)	2 (3,0)
> 72 год.	5 (8,9)	1 (2,4)	0	1 (1,7)	6 (9,0)
Разом, дітей	56	42	68	58	66

Не менш важливим при наданні медичної допомоги новонародженим є супутні стани, які супроводжують природжені вади розвитку. Ці дані представлено у таблиці 3.

Таблиця 3

Супутні стани при природжених вадах розвитку в новонароджених (2015-2019 рр.)

Супутні стани	Кількість немовлят, абс. ч.(%)				
	2015	2016	2017	2018	2019
Недоношеність	82 (40,4)	123 (59,4)	96 (46,2)	102 (50,2)	111 (58,0)
Перинатальне ураження ЦНС	75 (36,9)	95 (45,9)	60 (28,8)	73 (36)	79 (41,6)
Респіраторний дистрес синдром	25 (12,3)	70 (33,8)	64 (30,8)	30 (14,8)	45 (23,7)
Внутрішньо-шлуночкові крововиливи	13 (6,4)	36 (17,4)	3 (1,4)	19 (9,4)	10 (5,3)
Інфекція	10 (Z21-4) (4,9)	13 (Z21-5) (6,3)	10(Z21-4) (4,8)	11 (Z21-7) (5,4)	9 (4,7)
Інші вади (вроджені вади серця, тощо)	16 (7,9)	19 (9,2)	16 (7,7)	13 (6,4)	16 (8,4)

Як свідчать дані таблиці, упродовж 5 років серед тяжкої супутньої патології в немовлят з хірургічними вадами зростає питома вага недоношеності та пов'язаного з нею респіраторного дистрес-синдрому.

Як зазначено в таблиці 4, за останні два роки майже в 2 рази збільшилась кількість дітей з дуже малою масою при народженні (< 1500 г) та з природженими вадами розвитку, які потребували невідкладної хірургічної корекції в умовах неонатального центру ім. проф. М.Ф. Руднева.

Таблиця 4

Розподіл недоношених новонароджених, які потребували хірургічного супроводу, в 2015-2019 рр., за масою тіла

Маса тіла	Кількість новонароджених, абс. ч.(%)				
	2015	2016	2017	2018	2019
До 999 г	28 (34,1)	53 (43,1)	12 (12,5)	6 (5,9)	18 (16,2)
1000 – 1499 г	10 (12,2)	24 (19,5)	10 (10,4)	21 (20,5)	34 (30,7)
1500 – 1999 г	21 (25,6)	36 (29,3)	48 (50,0)	56 (55,0)	27 (24,3)
2000 -2500 г	23 (25,6)	10 (8,1)	26 (27,0)	19 (18,6)	32 (28,8)
Всього	82	123	96	102	111

Покращення виживання маловагових недоношених дітей, особливо з важкими комбінованими природженими вадами розвитку, вимагає комбінованого «фето-неонатально-хірургічного» багатодисциплінарного підходу [7].

Якщо порівнювати показники післяопераційної та загальної летальності з 2015 року, то відзначено їх зниження з 7,4% і 2,9% відповідно у 2015 році до 5,7% і 1,93% - у 2016 році, але в подальшому спостерігалась тенденція до підвищення цих показників до 10,6% і 6,4% у 2018 році. Завдяки впровадженням сучасних технологій надання хірургічної та анестезіологічної допомоги новонародженим з природженими вадами розвитку, у 2019 році значно поліпшились і знизились показники післяопераційної та загальної летальності – до 6,8% і 4,7% відповідно. Дані за 2018 і 2019 роки представлено в таблиці 5.

Таблиця 5

Показники післяопераційної та загальної летальності залежно від природжених вад і перинатальної патології (2018 - 2019 роки)

	Діагноз	Оперовано у 2018р.			Оперовано у 2019р.		
		Кількість дітей	Виписка	Померло	Кількість дітей	Виписка	Померло
1	Вади стравоходу	5	5	0	6	5	1
2	Непрохідність кишечника висока	4	3	1	9	8	1
3	Непрохідність кишечника низька	9	6	3	11	10	1
4	Діафрагмальна	6	4	2	3	3	0

	грижа						
5	Гастрошизіс	3	2	1	4	4	0
6	Ембріональна грижа	3	3	0	4	4	0
7	Ано-ректальні вади	2	2	0	8	8	0
8	Грижі пупкового канатика	2	2	0	1	1	0
9	Пілоростеноз	5	5	0	9	9	0
10	Пухлини	15	15	0	7	7	0
11	Пологова травма	1	1	0	1		1
12	Некротизуючий ентероколіт (НЕК), перітонит	1	1	0	6	5	1
13	Вади легенів	2	2	0	3	3	0
14	Гнійно – септичні інфекції	10	10	0	3	3	0
15	Інші	18	18	0	12	12	0
16	МВВР	8	5	3	1	0	1
	Разом	94	84	10	88	82	6
	Летальність післяопераційна	10,6%			6,8%		
	Загальна	6,4%			4,7%		

Показники летальності серед новонароджених з вадами розвитку зумовлена виключно некурабельними аномаліями та тяжкими патологічними станами.

У новонароджених та немовлят відмічається підвищений ризик післяопераційних ускладнень. Вважають, що саме передчасні пологи, малий постконцептуальний вік, доопераційне порушення життєвих функцій, ознаки неспецифічного ентероколіту (НЕК) є факторами ризику післяопераційних ускладнень[7]. Серед найпоширеніших ускладнень і патологічних станів у післяопераційному періоді слід визначити наступні (таблиця 6).

Таблиця 6

**Ускладнення і патологічні стани в післяопераційному періоді
(абс. ч./на100 прооперованих)**

Ускладнення і патологічні стани	2018 рік	2019 рік
Рання злукова непрохідність	2 (2,1)	3 (3,4)
Неспроможність анастомозу	3 (3,2)	1 (1,1)
Синдром короткої кишки (мальабсорбція)	6 (6,4)	6 (6,8)
Некротизуючий ентероколіт з перфорацією	3 (3,2)	5 (5,7)
Рецидивні діафрагмальні грижі	2 (2,1)	0

Бронхолегенева дисплазія	12 (12,8)	6 (6,8)
Поліорганна недостатність	12 (12,8)	4 (4,5)
Всього	40	20

Загальна кількість післяопераційних ускладнень, порівняно з минулими роками, тримається на одному рівні. У 2019 році, як і в попередні роки, не відмічені в післяопераційному періоді ускладнення, що достатньо часто трапляються в хірургії новонароджених: евагінація та евертерація кишок. Збільшилась кількість випадків ранньої злукової непрохідності та НЕК з перфорацією, поясненням чого може бути збільшення кількості операцій з приводу кишкової непрохідності внаслідок множинної атрезії та перфоративного НЕК.

Життєздатність дітей з комбінованими природженими вадами все частіше розглядається як головний критерій в оцінці стану здоров'я. Але, незважаючи на досягнутий прогрес у підвищенні якості сучасної хірургічної допомоги та інтенсивної терапії, результати лікування не завжди втішні. Значні витрати на лікування та реабілітацію не завжди виправдовуються якістю подальшого життя. По даним ВООЗ, убільшості країн природжені вади розвитку займають одне з провідних місць в структурі смертності новонароджених дітей та визначають показники інвалідності з дитинства. Тож медико-соціальна значимість проблеми природжених вад є очевидною [7]. Сучасна розробка та побудова індивідуальних програм медико-соціальної допомоги ідеально підходить до попереднього вирішення проблем та покращення якості життя дітей, які мають обмеження ентерального харчування, часткову або повну інвалідність.

У підсумку проведеного аналізу організації та якості медичної допомоги новонародженим з природженими вадами розвитку можна зробити наступні висновки:

1. У Дніпропетровському регіоні зберігається тенденція до стабільно високої частоти новонароджених з множинними природженими вадами розвитку. Крім того, відмічається щорічне збільшення загальної кількості новонароджених, які вимагають лікування за участю хірургів – неонатологів.

2. Серед новонароджених з природженими вадами розвитку зберігається висока питома вага недоношених дітей, особливо з масою тіла < 1500 г.

3. Необхідним є підвищення ефективності системи пренатальної діагностики, розробки єдиних стандартів постнатальної діагностики, інтенсивної терапії та оперативного втручання.

4. Для покращення якості життя дітей з тривалими післяопераційними ускладненнями необхідна розробка індивідуальних програм медико-соціальної допомоги.

Література

1. Моніторинг якості надання медичних послуг під час реформування акушерсько-педіатричної допомоги населенню України у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України/аналітично-статистичний довідник протягом 12 місяців 2015-2019 років. Київ 2020. 40 с.

2. Знаменська ТК, Нікуліна ЛІ, Руденко НГ, Воробйова ОВ. [Аналіз роботи перинатальних центрів у виходжуванні передчасно народжених дітей в Україні](#). Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2017;7(2):5-11.doi: [10.24061/2413-4260.VII.2.24.2017.1](#)

3. Знаменська ТК, Воробйова ОВ, Дубініна ТЮ. Стратегічні напрямки реконструкції системи охорони здоров'я новонароджених та дітей України. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2017;7(4):5-12. doi: [10.24061/2413-4260.VII.4.26.2017.1](#)

4. Горбатюк ОМ. Сучасний стан хірургії новонароджених в Україні та перспективи розвитку. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2011;1:17-20.

5. Корицький ГІ, Горбатюк ОМ. Сучасні реалії та перспективи неонатальної хірургічної служби на Тернопільщині. Современная педиатрия. 2014;3:44-7.

6. Hazebroek FW. Discontinuation of life support always the best option for neonates with congenital an atomical anomalies? J Pediatr Surg. 2006;41(1):18-24. doi:[10.1016/j.jpedsurg.2005.10.063](#).

7. Michelet D, Brasher C, Kaddour HB, Diallo T, Abdat R, Malbezin S, et al. Postoperative complications following neonatal and infant surgery: Common events and predictive factors. Anaesth Crit Care Pain Med. 2017;36(3):163-9. doi:[10.1016/j.accpm.2016.05.012](#)

РОЗДІЛ III. ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Про основні аспекти медичного забезпечення учасників антитерористичної операції із числа працівників правоохоронних органів Полтавської області

Глушко О.О.¹, Кривуля Ю.М.¹, Лисенко В.В., Марченко О.О.¹,
Тригуб І.М.¹, Гавловський О. Д.^{2,3}

¹ДУ «ТМО МВС України по Полтавській області», Полтава

²Українська медична стоматологічна академія, Полтава

³ПРАТ «Курортмиргород», Миргород

З моменту початку бойових дій на Сході України, з'явилася і невпинно зростає нова категорія осіб – учасники антитерористичної операції (далі – АТО), які потребують належного медичного забезпечення, поглибленого вивчення їх медичних і соціальних проблем та своєчасного, повноцінного і якісного їх вирішення.

Державна установа «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Полтавській області» (далі – ТМО) є самостійним багатопрофільним закладом охорони здоров'я, який об'єднує лікувально-профілактичні та інші заклади, що здійснюють на основі ліцензії медичне забезпечення осіб, які відповідно до законодавства мають право на медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) Міністерства внутрішніх справ (далі – МВС) України.

ТМО має у своєму складі лікарню (з поліклінікою), центр превентивної медицини, медичну (військово-лікарську) комісію, центр психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору.

Основні завдання ТМО: здійснення управління ЗОЗ, що входять до його складу, забезпечення належних умов для їх ефективного функціонування, з дотриманням санітарно-гігієнічних вимог; надання медичної допомоги особам, які відповідно до законодавства мають право на медичне обслуговування в ЗОЗ; здійснення державного санітарно-епідемічного нагляду на підпорядкованих територіях та у підрозділах; упровадження в практику роботи новітніх досягнень науки, техніки, передового досвіду; організація роботи із підвищення кваліфікації персоналу ТМО.

Однією із основних функцій ТМО є надання гарантованої безоплатної амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги

(екстреної, первинної, вторинної відповідно до медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги поліцейським, пенсіонерам МВС, членам їх сімей, державним службовцям та цивільним працівникам МВС, військовослужбовцям Національної гвардії України (далі – НГУ).

Цю функцію виконує лікарня МВС – багатoproфільний лікувально-профілактичний заклад, який включає в себе:

- 1) поліклінічне відділення: терапевтична служба: лікарі-терапевти (3 терапевтичні дільниці); лікар-невропатолог; лікар-дерматовенеролог; лікар-фізіотерапевт; хірургічна служба: лікар-хірург; лікар-гінеколог; лікар-окуліст; лікар-отоларинголог; стоматологічна служба: лікарі-стоматологи змішаного прийому; допоміжні служби: клінічна і біохімічна лабораторії; рентгенологічний кабінет; кабінети функціональної діагностики (спірографія, електрокардіографія, реоенцефалографія, , ультразвукове дослідження, фіброгастроскопія, зондування); маніпуляційний кабінет; центральне стерилізаційне відділення; амбулаторія м. Кременчук;
- 2) терапевтичне відділення стаціонару;
- 3) відділення відновного лікування: інгаляторій; кабінети мануального масажу; фізіотерапевтичний; водолікування; гідроколонотерапії; оксигенобаротерапії; зал механотерапії і лікувальної фізкультури;
- 4) господарчу службу.

Протягом останніх років значна увага в МВС України приділяється медичному забезпеченню учасників антитерористичної операції (АТО). Кількість учасників АТО серед правоохоронців Полтавської області на даний момент перевищує дві тисячі осіб, серед них – близько 10% становлять пенсіонери МВС (Рис. 1).



Рис. 1. Кількість учасників АТО в період 2015-2020 років.

Згідно із Порядком проходження комплексного медичного огляду (диспансеризації) поліцейськими, затвердженим наказом МВС України від 10.12.2015 № 1561 та з метою активного динамічного нагляду, збереження та зміцнення здоров'я поліцейських, у т.ч. учасників АТО, в містах і районах Полтавської області щорічно проводяться комплексні медичні огляди. Медичні огляди проводяться в територіальних лікувально-профілактичних закладах (у м. Полтава – в поліклініці лікарні МВС), а періодичні психіатричні та профілактичні наркологічні огляди – на базі Центру психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору ТМО (Рис. 2).

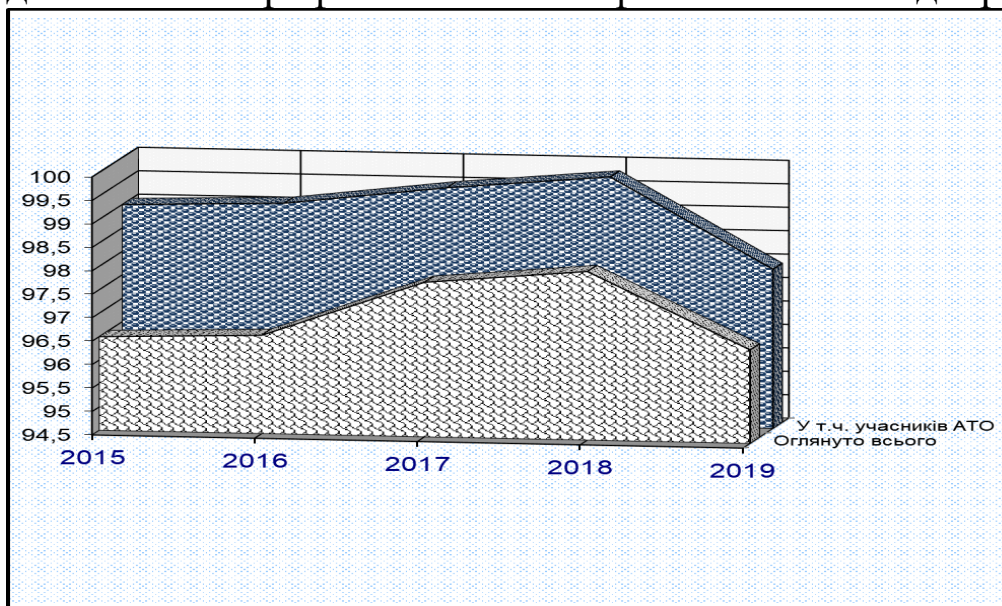


Рис. 2. Відсоток учасників АТО, які пройшли медичні огляди.

В ході медичних оглядів учасникам АТО проводяться клініко-діагностичні дослідження: аналіз крові (швидкість осідання еритроцитів, гемоглобін, лейкоцити), загальний аналіз сечі, аналіз крові на цукор, реакція мікропреципітації; флюорографічне обстеження органів грудної клітки; електрокардіографічне дослідження; чоловікам ультразвукове дослідження простати а також обстеження лікарями-спеціалістами: терапевтом, хірургом, стоматологом, невропатологом, отоларингологом, офтальмологом, дерматовенерологом, жінкам – гінекологом, за необхідності – проведення профілактичних щеплень.

Щорічні медичні огляди дають змогу виявити захворювання на більш ранніх стадіях, провести своєчасне лікування та раціональне оздоровлення, встановити динамічний нагляд за пацієнтами (Рис. 3, рис. 4).

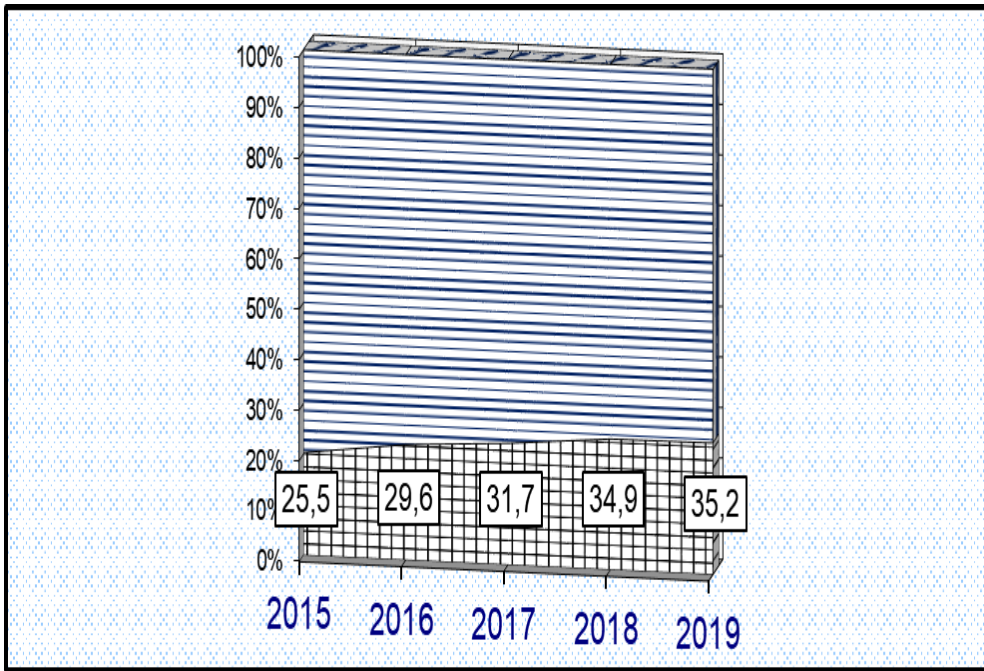


Рис. 3. Відсоток виявлення захворювань в учасників АТО.

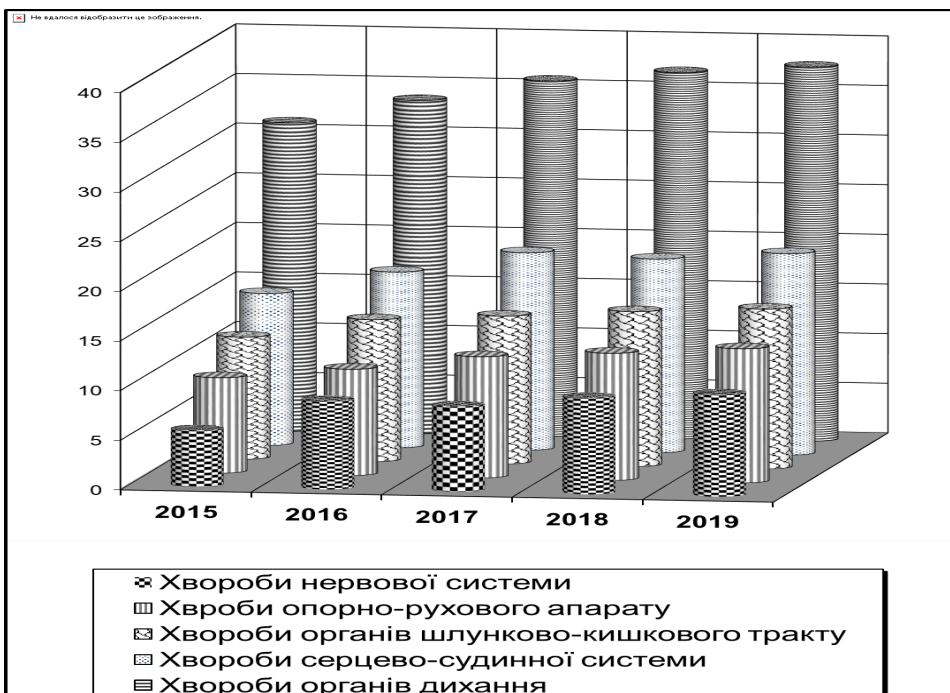


Рис. 4. Структура захворюваності учасників АТО.

В процесі стаціонарного лікування учасників АТО (рис. 5), окрім традиційної медикаментозної терапії, широко використовуються можливості відділення відновного лікування – масаж, фізіотерапія (індуктотермія, магнітотерапія, електрофорез, ультразвук, світлолікування) водолікування (ванни з бішофітом, хвойні, скипидарні, йодобромні, перлинні, підводний душ-масаж), гідроклонотерапія, оксигенобаротерапія, інгаляції, механотерапія, лікувальна фізкультура.

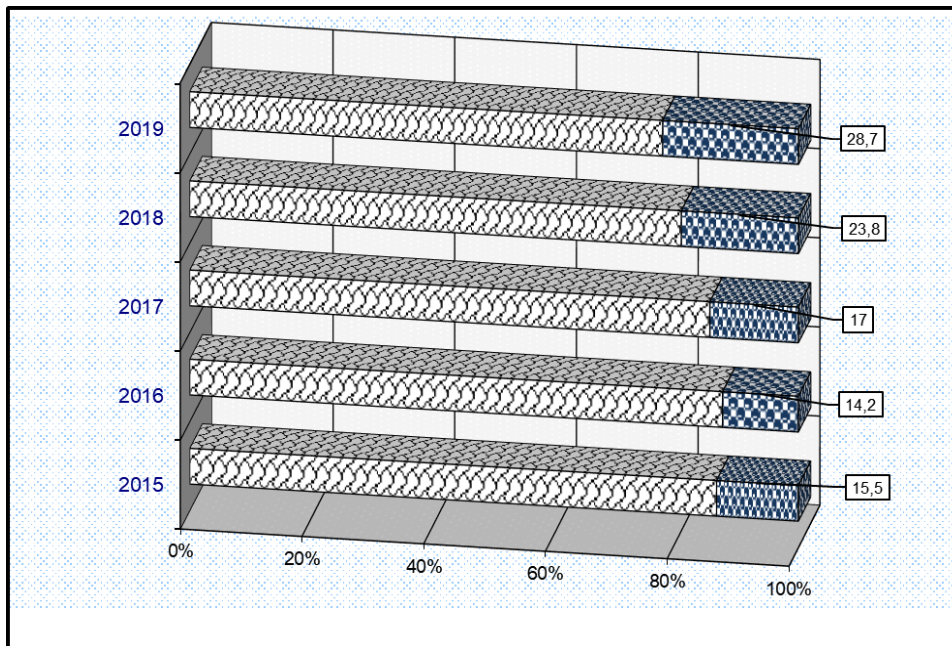


Рис. 5. Стационарне лікування учасників АТО (%).

Після проведеного стаціонарного лікування дільничні терапевти та лікарі-спеціалісти розглядають питання про можливість направлення учасників АТО на реабілітаційне та санаторно-курортне лікування.

Згідно із Положенням про ТМО, організацією відбору кандидатів на реабілітаційне та санаторно-курортне лікування до оздоровчих закладів МВС України займається медично-відбіркова комісія (далі – МК) ТМО, яка керується Порядком забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких інших категорій осіб і членів їх сімей, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 27.04.2011 № 446, Порядком пільгового реабілітаційного, санаторно-курортного лікування, оздоровлення та відпочинку в медичних реабілітаційних центрах, санаторіях, пансіонатах та оздоровчих закладах МВС України поліцейських, деяких інших категорій осіб та членів їх сімей, затвердженим наказом МВС України від 14.12.2015 № 1568 (із змінами згідно із наказом МВС від 20.05.2016 № 395), Порядком оплати санаторно-курортного лікування та відпочинку в МВС України, затвердженим наказом МВС України від 21.09.2005 № 803 (із змінами згідно з наказом МВС України від 15.08.2014 № 825) та рекомендаціями лікарів підрозділів ТМО і лікувально-профілактичних закладів МОЗ України. Учасники бойових дій користуються безоплатним реабілітаційним та санаторно-курортним лікуванням, а члени їх сімей оплачують лише 50% вартості путівки.

До системи оздоровчих закладів системи МВС входять медичні реабілітаційні центри (далі – МРЦ) (Таб. 1):

Таблиця 1

Медичні реабілітаційні центри системи МВС України

№	Назва оздоровниці	Адреса	Профіль
1	«Затока»	Одеська область, с. Затока.	Хвороби органів дихання.
2	«Кремінці»	Івано-Франківська область, с. Кремінці.	Хвороби органів дихання, носоглотки, алергози. Професійні хвороби легень. Хвороби серцево-судинної, нервової, ендокринної системи. Токсикози вагітності. Променева хвороба.
3	«Миргород»	Полтавська область, м. Миргород.	Хвороби шлунково-кишкового тракту, переважно зі зниженою секреторною функцією шлунку. Цукровий діабет.
4	«Перлина Прикарпаття»	Львівська область, м.Трускавець.	Хвороби шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи.
5	«Шаян»	Закарпатська область, с.Шаян.	Хвороби шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи.
6	«Південний Буг»	Вінницька область, м.Хмільник.	Хвороби опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної системи. Гінекологічні хвороби. Хвороби шкіри, ендокринної системи. Урологічні хвороби.
7	«Нові Санжари»	Полтавська область, смт. Нові Санжари.	Хвороби шлунково-кишкового тракту. Цукровий діабет. Хвороби опорно-рухового апарату.
8	«Синяк»	Закарпатська область, с. Синяк.	Хвороби опорно-рухового апарату, шкіри, нервової системи, серцево-судинної системи. Гінекологічні хвороби. Урологічні хвороби.
9	«Хутір Вільний»	м. Київ, с. Хутір Вільний.	Хвороби серцево-судинної, нервової системи. Хвороби опорно-рухового апарату.
10	«Пуща-Водиця»	м.Київ.	Хвороби серцево-судинної, нервової системи.

На медичну реабілітацію учасники АТО направляються безпосередньо після проведеного стаціонарного лікування, за висновком лікарсько-консультативної комісії та за рішенням

медично-відбіркової комісії Департаменту охорони здоров'я МВС України (Рис. 6). Медична реабілітація в середньому триває 14 днів, на цей час пацієнту надається довідка про тимчасову непрацездатність.

Особливо слід зазначити позитивний вплив медико-психологічної реабілітації на учасників АТО. Необхідні умови для цього створені в Пущі-Водиці та Нових Санжарах.

Медико-психологічна реабілітація включає індивідуальну та групову психотерапію, бодинаміку, аутогенне тренування, основи NLP-терапії, поведінкову терапію, ігрову терапію, аромотерапію, арттерапію, музичну терапію, бібліотерапію та інші методики.

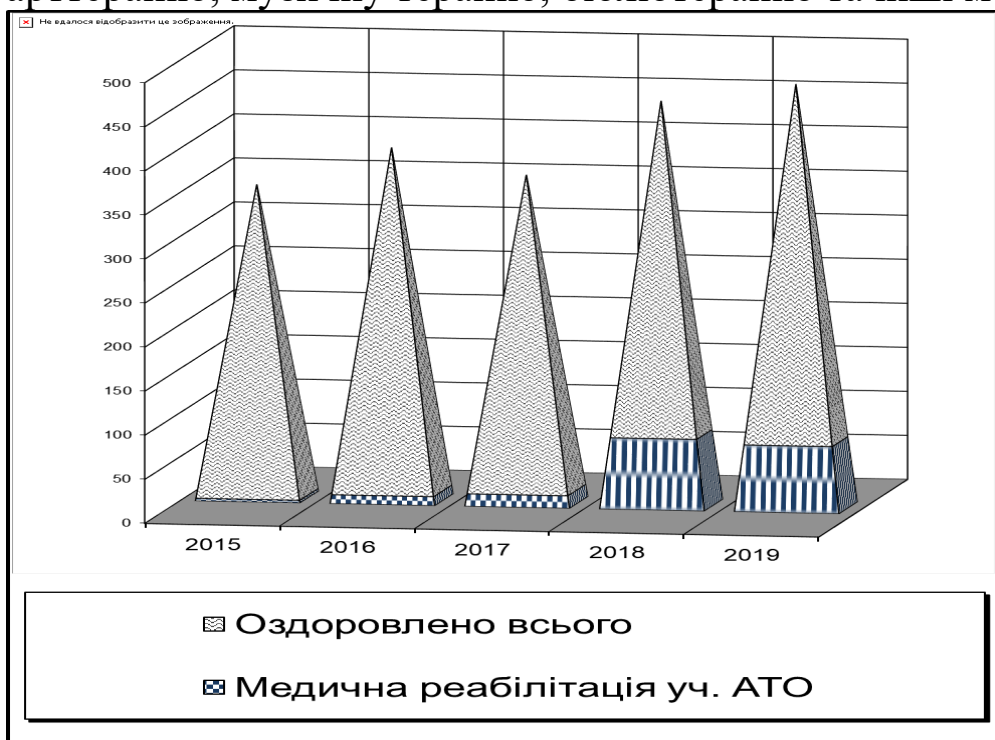


Рис. 6. Медична реабілітація учасників АТО.

Відбір кандидатів на санаторно-курортне лікування здійснює медично-відбіркова комісія ТМО. Путівки до оздоровниць МВС надходять до ТМО щоквартально. Тривалість путівки складає 21 день. Засідання комісії проводяться щомісяця, за необхідності – щотижня. Учасники АТО та члени їх сімей забезпечуються путівками в першу чергу (Рис. 7).



Рис. 7. Санаторно-курортне лікування учасників АТО.

В процесі санаторно-курортного лікування учасників АТО широко використовуються джерела мінеральних вод (Миргород, Трускавець, Шаян), грязелікування (Миргород, Нові Санжари, Хутір Вільний), радонові ванни (Хмільник), сірководневі ванни (Синяк) а також фізіотерапія, світлолікування, теплолікування, кріотерапія, оксигенобаротерапія, лазеротерапія, фітотерапія, ароматерапія, лікувальна фізкультура та інші процедури.

Загалом слід зазначити що медичному забезпеченню учасників АТО із числа працівників правоохоронних органів Полтавської області в лікарні МВС приділяється належна увага, особливо це стосується процесу їх оздоровлення та реабілітації, але в подальшому необхідно передбачити зростання чисельності учасників АТО та можливе погіршення їх стану здоров'я, і, відповідно, постійно розширювати об'єми надання медичної допомоги цій категорії прикріпленого контингенту, постійно покращувати якість та впроваджувати нові наукові досягнення у цій сфері.

Список літератури:

1. Закон України « Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». № 3551-XII. URL <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12> (дата доступу 28.04.2020)
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.04.2011 № 446 «Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких інших категорій осіб і членів їх сімей». URL

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/446-2011-%D0%BF> (дата доступу 28.04.2020)

3. Наказ МВС України від 21.09.2005 № 803 (із змінами згідно з наказом МВС України від 15.08.2014 № 825) «Про затвердження Порядку оплати санаторно-курортного лікування та відпочинку в Міністерстві внутрішніх справ України» URL <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1175-05> (дата доступу 28.04.2020).

4. Наказ МВС України від 10.12.2015 № 1561 «Про затвердження Порядку проходження комплексного медичного огляду (диспансеризації) поліцейськими». URL <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1663-15> (дата доступу 28.04.2020)

5. Про затвердження Порядку пільгового реабілітаційного, санаторно-курортного лікування, оздоровлення та відпочинку в медичних реабілітаційних центрах, санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах та оздоровчих закладах МВС України поліцейських, деяких інших категорій осіб та членів їх сімей. МВС України, наказ від 14.12.2015 № 1568 (у редакції наказу МВС України від 20.05.2016 № 395). URL <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0027-16> (дата доступу 28.04.2020)

6. Медичні реабілітаційні заклади МВС України. Департамент медичного забезпечення та реабілітації МВС України. Київ, 2002. 35 с.

7. Курортологія та курорти України: навчальний посібник. Уклад. С. М. Малахова, О. О. Черепок, Н. Г. Волох. Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. 105 с.

Модель механізму логістики як метод управління медичним закладом

Коломоєць А. В.^{1,2}, Михальчук В.М.¹, Толстанов О.К.¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти

імені П. Л. Шупика, Київ

²ТОВ «Медсервісгруп», Київ

Анотація. Галузь охорони здоров'я є одним із ключових показників рівня розвитку країни. Охорона здоров'я – це складна соціально-економічна система, в якій, як і в багатьох інших багаторівневих системах, логістичний підхід вкрай затребуваний. Актуальність застосування логістики в сучасній сфері охорони здоров'я обумовлена появою чисельної кількості бар'єрів, пов'язаних з діяльністю в ланцюгах поставок, що негативно відбивається на показниках ефективності функціонування.

Ключові слова: логістика, медичний заклад, медична допомога, державні замовлення

Постановка проблеми. На сучасному етапі розвитку велика кількість країн і їх регіонів відстають у розвитку галузі медичної логістики. Якість послуг підприємств з логістики у сфері медицини часто є незадовільною. При цьому спостерігається низька ефективність роботи внаслідок широкої операційної моделі, яка визначає способи і порядок реалізації корпоративної стратегії у повсякденній діяльності медичного закладу.

Своєчасне забезпечення безперебійних поставок сировини для виготовлення виробів медичного призначення призведе до зменшення простоїв на виробництві. Розвинена транспортно-логістична система гарантує своєчасне виконання замовлень як на регіональному, так і на муніципальному рівні. Застосування інновацій в такому випадку є необхідною умовою для поліпшення всієї системи в цілому. Отже, виникає нагальна потреба впровадження інноваційних логістичних моделей і адаптація вже існуючих різних зарубіжних концепцій інноваційного розвитку логістичних зв'язків.

Останні дослідження та публікації. Розвитком теоретичних та практичних підходів щодо застосування інструментарію логістики з метою підвищення ефективності діяльності медичних установ і покращення лікарського забезпечення населення в Україні займалися такі науковці, як: Барнатович С.В., Відяєва О.А., Воробйов П.А., Горбунова О.Ю., Каменський М.А., Дорохова Л.П., Куценко С.А., Сагайдак-Нікітюк Р.В., Тельнова Е.А. та інші. Фундаментальне поняття логістики – це визначення логістичної системи [1, 2, 3] як адаптованої реверсної системи, яка виконує певний набір логістичних функцій. Сюди входить декілька підсистем із розвинутою комунікацією із зовнішнім середовищем. Основним інструментом ресурсного забезпечення державних (комунальних) установ охорони здоров'я є розміщення державних замовлень на поставки товарів, виконання робіт, надання послуг і виконання контрактів, укладених за підсумками розміщення державного замовлення. Даний підхід до закупівель дозволяє впорядкувати планування, сформуванню якісний менеджмент ресурсів, оптимізувати державний контроль за витрачанням бюджетних коштів [4, 5].

За даними наукових джерел до теперішнього часу досить добре вивчені і широко висвітлені окремі питання, що стосуються лікарського забезпечення, є також наукові дослідження, які висвітлюють економічні аспекти ресурсного забезпечення в цілому,

реалізації закупівель державними установами [6, 7]. Проблеми ресурсного забезпечення лікувально-профілактичних закладів медичними виробами та їх діяльність по розділу організації технологічних процесів планування, закупівлі, витрачання та списання витратних матеріалів висвітлені недостатньо. Успішно реалізуються програми модернізації охорони здоров'я регіонів, які в цілому ведуть до зміцнення матеріально-технічної бази і підвищення технологічної оснащеності, що підвищує актуальність проблеми забезпечення діяльності ЛПЗ медичними виробами, багато з яких є витратними матеріалами при впровадженні медичних технологій.

Згідно з рішенням Міжнародного комітету Червоного Хреста під терміном «медична логістика» прийнято вважати планування, управління, контроль ефективності потоку, транспортування і зберігання фармацевтичних препаратів, медичного та хірургічного приладдя, медичних приладів та устаткування, необхідних для забезпечення роботи персоналу в медичних установах, а також санаторіях і аптеках. Кінцеві споживачі несуть відповідальність за життя і здоров'я своїх пацієнтів, тому медична логістика унікальна тим, що головним її пріоритетом є оптимізація ефективності лікування, його якості і тільки потім мінімізація витрат.

Формулювання цілей статті. Метою дослідження є аналіз та обґрунтування підходів до вдосконалення забезпечення діяльності лікувального закладу медичними виробами на основі побудови моделі механізму логістики як методу управління медичним закладом. Практично логістика у медичній сфері зводиться до менеджменту декількох компонентів – системи *logisticsmix*. Сюди входять: складські приміщення, що відносяться до закладів охорони здоров'я, ресурси, транспортне сполучення (кількість водіїв, терміни доставки, тара, транспорт), упаковка, комплектація, комунікації [8, 9].

Перевагою логістичних підходів в охороні здоров'я в цілому є можливість використання ринкових механізмів ефективного контролю за ресурсами, а також впливу на стратегію і тактику роботи лікувального закладу через створення нових конкурентних переваг для установ на ринку медичних послуг. Застосування логістики прискорює процес отримання та передачі інформації про необхідні ресурси і в результаті підвищує якість надання медичної допомоги. Логістика може використовуватися для координації діяльності по ресурсозабезпечення як на рівні окремої установи охорони здоров'я, так і системи медичного забезпечення населення в цілому. У медичній сфері логістика при плановому забезпеченні її готовності у

повсякденній життєдіяльності та організації швидкого постачання медичних товарів поділяється на: закупівельну, запасів (резервів), транспортну, складську, виробничу, інформаційну (комунікативну), митну. У транспортну логістичну систему медичних закладів входить організація доставки пацієнтів, клінічних зразків, медичного обладнання з одного пункту до іншого із врахуванням оптимального маршруту засобів та сил.

При виборі компанії, яка буде контролювати логістичний процес, слід врахувати специфіку даної сфери – медицини. За необхідності транспортування клінічних зразків, лікарських засобів, медичного обладнання логістичному підприємству повинні бути представлені вимоги, згідно з якими будуть здійснюватися процеси транспортування: транспортування повинне здійснюватися з використанням спеціального виду транспорту, призначеного для ліків і медичної техніки; необхідно забезпечення спеціалізованими упаковками в разі вимог дотримання певних температурних режимів; повинен проводитися моніторинг, оновлення статусу замовлення на кожному з етапів перевезення; безперервне відстеження вантажу - найважливіша складова процесу надійної доставки товару; потрібно повне дотримання вимог нормативних актів.

Менеджмент матеріальних потоків закладу охорони здоров'я – це опрацювання циркулюючої в системі логістики наявної інформації [1, 2]. Під інформаційним потоком слід розуміти це сукупність повідомлень, які циркулюють в логістиці медичного закладу та зовнішнім середовищем, які необхідні для управління і контролю логістичних систем (рис. 1).

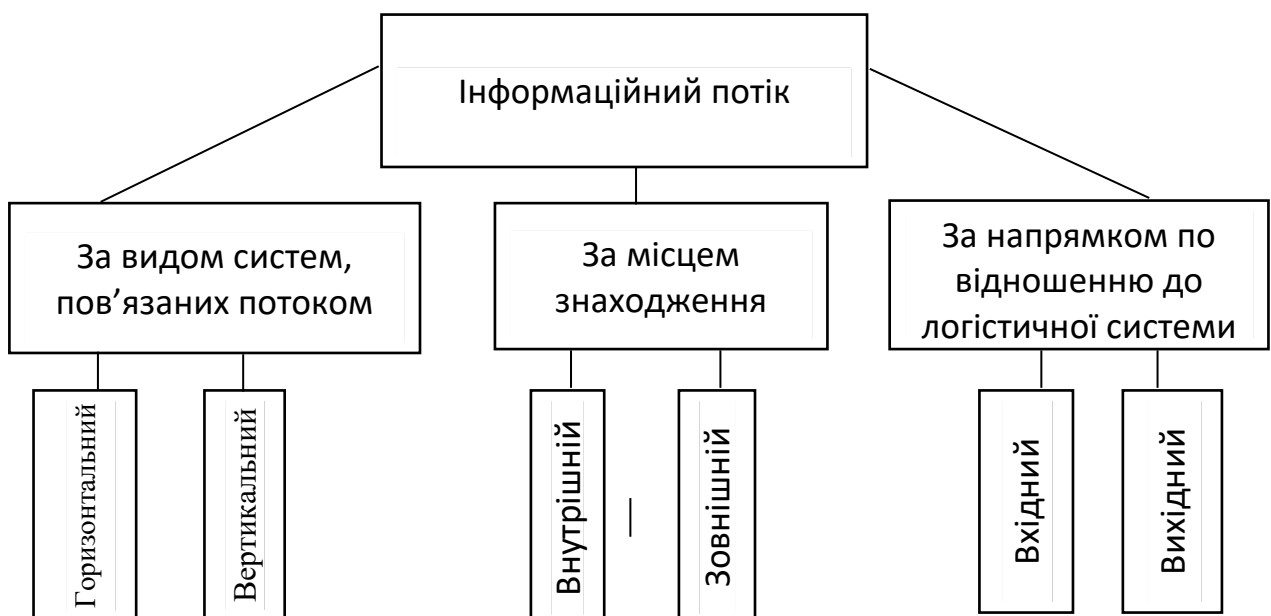


Рис. 1. Види інформаційних потоків

Джерело: сформовано автором на основі [2].

З точки зору процесів, сучасна логістика на 90% складається з інформаційних технологій. Лише 10% становить безпосередньо перевезення вантажів. Без застосування або постійної реновації інформаційних технологій в логістиці, сучасна медицина буде зазнавати великих змін в гіршу сторону, так як інформаційні технології використовуються в усіх сферах і на всіх етапах логістичного процесу [10].

Ключова особливість міжрегіональної логістичної системи – це різне адміністративно-територіальне розміщення постачальника та споживача, внаслідок чого підпорядкування є неоднаковим. Особливість митної логістики, застосування такої системи та її вдосконалення полягає в тому, що її слід застосовувати у випадку фіксації випадку необхідності застосування стаціонарної медичної допомоги для пацієнта з іншої держави. Особливе поєднання економічних, соціальних, природних факторів в окремому регіоні визначає своєрідне співвідношення попиту і пропозиції на продукцію, цінову політику, специфіку діяльності логістичних посередників і інші регіональні особливості. Великий вплив на синтез логістичних підрозділів надають регіональні транспортні комунікації, експлуатаційні підприємства транспорту, а також наявність логістичних посередників, стан інфраструктури та виробничо-технічної бази регіональних систем розподілу [12].

Медицина потребує постійного вдосконалення, як окремих її елементів, так і всієї системи в цілому. Логістика в медицині вимагає правильної організації всіх процесів і професійно виконаних логістичних операцій. Проблема застосування логістичної концепції в медичних установах тісно пов'язана з впровадженням і розвитком інноваційних технологій. Інновації в логістиці – найбільш актуальна складова логістичної діяльності, покликана вивчати необхідність і можливість впровадження прогресивних інновацій в організацію поточного та стратегічного управління потоковими процесами з метою виявлення і використання додаткових резервів шляхом раціоналізації (оптимізації) цього управління [13].

На даному етапі розвитку регіонів, важливим елементом діяльності інноваційних систем в логістиці стають управління нововведеннями і оцінка інвестицій, а також логістична координація у процесі вироблення рішень, що стосуються продуктових або процесних інновацій. Транспортні інновації використовуються в організації та управлінні, як сферою матеріального виробництва, так і

невиробничою сферою, до якої відноситься охорона здоров'я. При цьому, логістичні інновації, відчуваючи необхідність регулярної реновації технічних засобів, активно впливають на розвиток науково-технічного прогресу [14].

Особливістю інноваційної діяльності логістичних компаній в медицині є переважання технологічних інновацій, пов'язаних з впровадженням нового або значно поліпшеного методу організації доставки медичного обладнання. До таких відносять: значні зміни в технології перевізного процесу, транспортних засобах, об'єктах транспортної інфраструктури, інформаційних технологіях, зокрема в додатковому програмному забезпеченні. У разі необхідності своєчасного отримання всіх необхідних ліцензій для ввезення та вивезення, перекладу документів на українську мову і отримання консультацій з приводу регіональних законодавчих вимог, слід звертатися не просто до кваліфікованих фахівців, а досвідчених практиків, експертів, яким добре знайома логістика фармації, клінічних досліджень і медицини в цілому. Компетенціями експертів в сфері логістики охорони здоров'я є: визначення малоефективних місць і ризиків в ланцюзі постачань і розробка планів для їх усунення; оптимізація способів транспортування для економії коштів і часу, а також задоволення потреб клієнтів в поставках; забезпечення дотримання нормативної документації по всьому світу; розробка спеціальної упаковки для захисту чутливої медичної продукції під час її транспортування; впровадження інформаційних технологій з метою ефективного управління резервами, мінімізація кількості помилок та підвищення якості обслуговування пацієнтів; реалізація зручних рішень для дистрибуції та транспортування, які б задовольняли постійно мінливі умови ринку, включаючи піки попиту і повернення продукції [15].

Для реалізації логістичної стратегії в медицині необхідна грамотна система планування, гнучкість і, що найважливіше – інформація. Особливо перспективним є застосування логістичних підходів до ресурсного забезпечення лікувально-профілактичних закладів медичними виробами. Однією з найважливіших завдань макрологістичного підходу до управління забезпеченням лікувального закладу медичними виробами є координація та узгодження цілей виробників, постачальників, підрядників і споживачів витратного медичного майна. На макрорівні внутрішньовиробничі логістичні системи ЛПЗ виступають в якості окремих елементів, проте саме вони задають ритм роботи всієї галузі,

є джерелом матеріальних потоків. При цьому в більшості випадків ресурсне забезпечення медичних установ специфічно, здійснюється за допомогою системи державних закупівель, що може призвести до подовження циклу виконання медичної послуги і створює необхідність мати якийсь резерв ресурсів (рис. 2).



Рис. 2. Логістична система ресурсного забезпечення медичними виробами

Джерело: сформовано автором на основі [11].

Управління матеріальними потоками в медичному закладі є процес цілеспрямованого впливу на структурні підрозділи, які одночасно займаються просуванням, використанням матеріальних і інформаційних потоків і є пунктом реалізації готової продукції – надання медичної послуги. За результатами моніторингу задоволеності виробляються управлінські рішення, що направляються на усунення відхилень від графіка виконання медичних послуг. Для виконання цілей і завдань ресурсного забезпечення діяльності медичного закладу пропонуємо розроблену нами модель оптимальної внутрішньоустановчої логістичної системи (рис. 3).

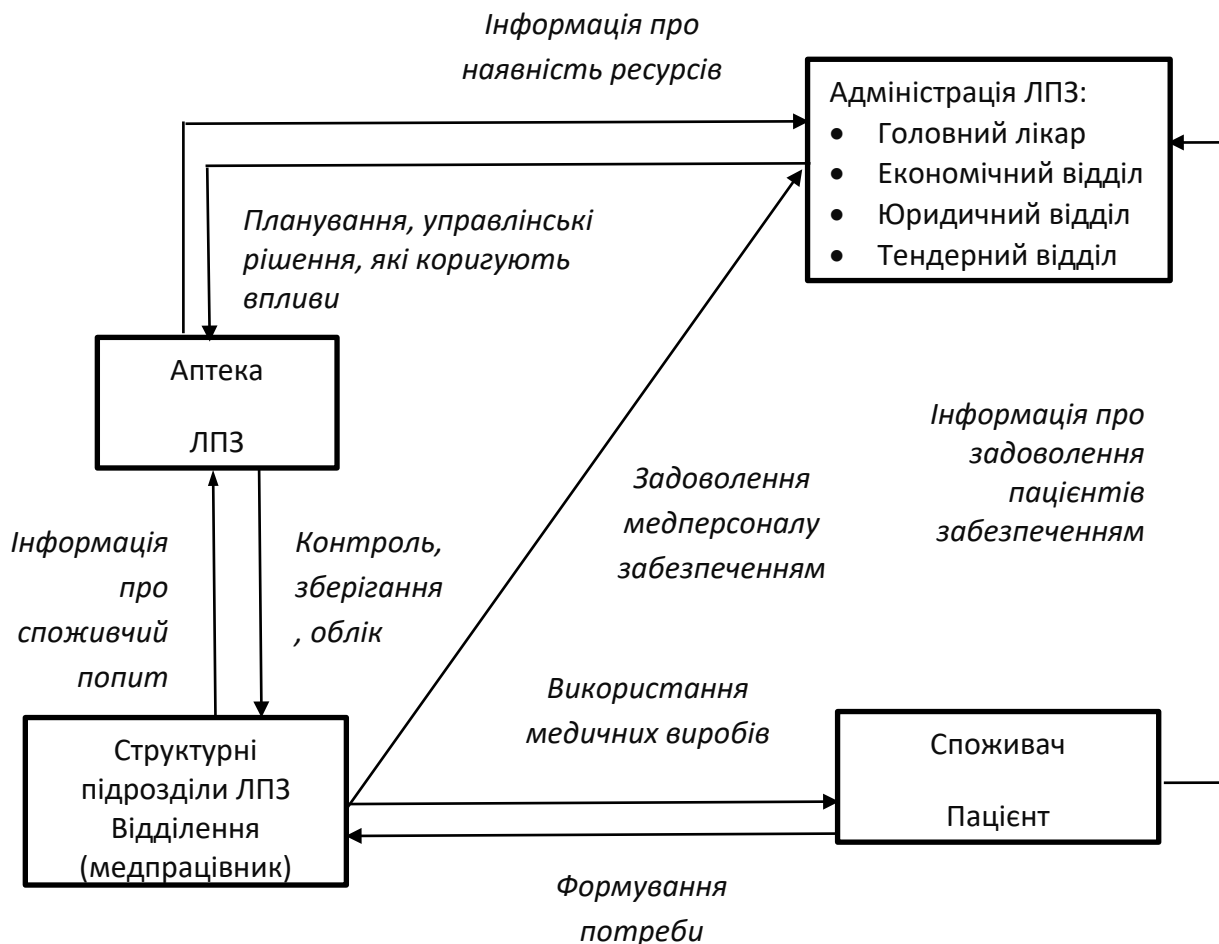


Рис. 3. Модель внутрішньоустановчої системи ресурсного забезпечення діяльності

Джерело: сформовано автором на основі [11].

Основними елементами (ланками) внутрішньовиробничої логістичної системи виступають підсистеми: підрозділи ЛПЗ, які здійснюють організацію закупівлі медичних виробів; аптека ЛПЗ, приймаюча, що розподіляє і списує витратне медичне майно; структурні підрозділи в яких безпосередньо в процесі надання медичних послуг пацієнтам використовуються медичні вироби і формується інформація про попит на витратні матеріали.

Всі підсистеми забезпечують входження ресурсного потоку в систему, проходження всередині її, вихід із системи і, в кінцевому підсумку, ставлення кінцевих споживачів – пацієнтів до одержуваної медичної послуги з певним ресурсним забезпеченням. Таким чином, вся діяльність в даному напрямку інтегрується в єдину логістичну систему медичного закладу. При організації та наданні медичних послуг логістичний підхід уособлює в собі розгалужену систему взаємодії різних служб, інтеграція результатів роботи яких дає оптимальну організацію та надання пацієнтам кваліфікованої

медичної допомоги. Завдяки розвитку інновацій та застосуванню інноваційного підходу до медичної логістики, вдасться створити контрольоване і регульоване середовище для ефективного виконання різних логістичних процесів у сфері охорони здоров'я і, як наслідок, підвищити окремі показники рівня розвитку регіонів. За допомогою логістики з'явилася можливість розробки обґрунтованої схеми оперативного реагування системи медичного закладу в організації та наданні кваліфікованої медичної допомоги на базі її системних перетворень. Основне завдання логістики як моделі функціонування медичного закладу – це створення інтегрованої системи з ефективним регулюванням та контролем ресурсів з метою надання оперативного та високої якості медичних послуг. Парадигми логістики дають можливість менеджерам медичних установ розробити унікальні науково-практичні вектори та впровадити дані розробки у навчальні програми профільних слухачів післядипломної освіти.

Список використаних джерел

1. Глогусь О. Логістика: навч. посіб. / О. Глогусь. — Тернопіль: Економічна думка, 1998. — 160 с.
2. Неруш Ю.М. Логистика: учебник для вузов / Ю.М. Неруш. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000. — 389 с.
3. Николайчук В.Е. Основы логистики: учеб. пособ. / В.Е. Николайчук. — Донецк: «Китис», 1999. — 160 с.
4. Каллагова Р.Э. Совершенствование методов оценки и инвестиционных проектов закупок продукции для государственных нужд: Автореф. дис. ... канд. экон. наук.- М., 2007. — 19 с.
5. Тухбатуллина Р.Г. Государственные закупки: проблемы и решения // Общественное здоровье и здравоохранение.- 2006.- № 1.- С. 71-74.
6. Иванов А.В. Организационное проектирование системы управления приобретением ресурсов для государственных нужд: Автореф. дис. канд. экон. наук. СПб., 2008. 19 с.
7. Немтин В.Г. Механизм принятия управленческих решений в экономических системах: на примере закупки продукции для силовых структур государства: Автореф. дис. канд. экон. наук. СПб., 2008. 19 с.
8. Гайволя О.О. Логістична концепція організації надання екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях в системі управління Державної служби медицини катастроф України / О.О. Гайволя, І.В. Кочін, Е.В. Хандога // Медичні та фармацевтичні науки: стратегічні пріоритети розвитку та інноваційні рішення: Збірник

матеріалів міжнар. наук.-практ. конференції (6–7 грудня 2013 р., Дніпропетровськ). — Дніпропетровськ: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2013. — С. 10-14.

9. Гайволя О.О. Парадигма логістики надання екстреної медичної допомоги в системі управління Державної служби медицини катастроф України / О.О. Гайволя, І.В. Кочін, Е.В. Хандога // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у XXI ст.: Матеріали міжнародної наук.-практ. конференції (м. Одеса, 24–25 січня 2014 р.). — Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2014. — С. 119-123.

10. Эддоус М. Методы принятия решений / М. Эддоус, Р. Стенфилд. — М.: Аудит, ЮНИТИ, 1997. — 590 с.

11. Информационные технологии составляют 90% логистики. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cnews.ru/reviews/free/transport2006/articles/inftechnology/>.

12. Фармацевтическая логистика. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://provizor24.ru/books/pharm_logistika.

13. Ельдештейн Ю. М. Логистика [Электронный ресурс] / Ю. М. Ельдештейн. — URL: <https://obuchalka.org/20190717111552/vvedenie-v-logistiku-uchebnoe-posobie-eldeshtein-u-m-2015.html>.

14. Кизим А. А. Инновации как ключевой вектор развития логистических процессов / А. А. Кизим, О. А. Сивушкина // Теория и практика общественного развития. — 2013. — № 1. — С. 312-318.

15. Планирование. Фармацевтика и биотехнологии. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.sap.com/cis/industries/life-sciences.html>.

Стан ресурсного забезпечення медичної допомоги на районному рівні

Кравченко Н.В.

КНП «Карлівська центральна районна лікарня», Карлівка,
Полтавська область

Здоров'я є найважливішим з прав людини та найвищою людською цінністю, від якої залежить економічний, фізичний та духовний потенціал суспільства. Це показник соціального і культурного прогресу, один із головних елементів національного багатства. Тому кожна держава розглядає охорону та зміцнення здоров'я як своє найголовніше завдання.

Показники здоров'я населення України сьогодні оцінюються як незадовільні, що пов'язано з високим рівнем загальної смертності (14,6 на 1 тис. населення), низьким рівнем тривалості здорового

життя (59,2), одним із найвищих у Європейському регіоні природним спадом населення (-3,9 на тис. населення), відсутністю ознак подолання епідемій туберкульозу та ВІЛ [3]. Пріоритетним напрямком державної політики України в сучасних умовах є побудова і вдосконалення національної системи охорони здоров'я. Увага до проблеми організації та функціонування охорони здоров'я пояснюється необхідністю збереження і відновлення здоров'я населення [9]. Поліпшення здоров'я населення і підвищення ефективності медичного обслуговування були і залишаються надзвичайно актуальними питаннями для України.

Одним із завдань реформи медичної галузі є підвищення доступності медичної допомоги сільському населенню яку надають центральні районні лікарні [6]. В сільських районах населення знаходиться в гірших умовах внаслідок нерозвиненої інфраструктури, лікувально-профілактичні заклади характеризуються недостатнім забезпеченням сучасним лікувально-діагностичним обладнанням та кваліфікованим медичним персоналом; недоступністю медичного лікування через нерівномірний характер розселення сільських жителів; низькою якістю медичних послуг, медична допомога там, як правило, надається фельдшером [5]. Основною причиною такого становища є недостатнє фінансування медичних закладів на селі. Різке скорочення бюджетного асигнування галузі, недостатня забезпеченість фінансовими ресурсами та криза агропромислового комплексу вкрай негативно позначилися на стані сільських лікувально-профілактичних установ, оскільки воно залежало від підтримки з боку сільськогосподарських установ [4].

На сьогодні в Україні зберігається успадкована від радянської системи охорони здоров'я трьох етапна система надання медичної допомоги, яка передбачає більш високий рівень спеціалізованої допомоги на кожному наступному етапі порівняно з попереднім [1]. Виділяють три етапи надання лікарської допомоги сільським жителям: первинну, вторинну і третинну. Первинну медико-санітарну допомогу, яка є найбільш близькою для сільських жителів, забезпечує лікарська дільниця, що об'єднує роботу всіх розміщених на її території закладів охорони здоров'я: дільничних лікарень та амбулаторій, самостійних лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів тощо. На першому етапі здійснюється комплекс лікувально-профілактичних, оздоровчих, протиепідемічних заходів; поточний санітарний нагляд, забезпечується раннє виявлення інфекційних захворювань і проведення протиепідемічних заходів;

здійснюються заходи з охорони здоров'я матері та дитини, зокрема патронаж вагітних, динамічне спостереження за дітьми та підлітками, прийняття пологів при нормальному перебігу вагітності; проводиться поточний санітарний нагляд за територією, об'єктами господарської діяльності, освітніми та виховними закладами; вивчається стан здоров'я населення. Вторинну спеціалізовану медичну допомогу сільське населення одержує, здебільшого, у центральних районних лікарнях, яких на сьогодні в Україні налічується 488 у яких зосереджено 25% усього ліжкового фонду держави [7].

В Полтавській області сільські поселення є досить невеликими за чисельністю населення, але за кількістю сільських населених пунктів Полтавська область займає 2 місце (після Львівської) – 1806 поселень [2].

В останні роки в Полтавській області проводиться активна робота по упорядкуванню мережі лікувально-профілактичних закладів, яка направлена, перш за все, на збільшення доступності медичної допомоги сільському населенню, розвиток та збільшення центрів первинної медико-санітарної допомоги сімейної медицини. Орієнтація системи охорони здоров'я на первинну медико-санітарну допомогу сприяє підвищенню задоволеності пацієнтів якістю допомоги, обумовлює зниження частоти госпіталізації, скорочення навантаження на центри спеціалізованої й екстреної допомоги [6].

Вторинну медичну допомогу сільське населення отримує в центральних районних лікарнях. Нині в Полтавській області налічується 24 центральні районні лікарні. Одним з таких закладів є комунальне некомерційне підприємство «Карлівська центральна районна лікарня ім. Л. В. Радевича».

Комунальне некомерційне підприємство «Карлівська районна лікарня ім. Л. В. Радевича» здійснює медичне обслуговування населення, що проживає на території Карлівського району та надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу мешканцям Карлівського району та м. Карлівки. Карлівська центральна районна лікарня обслуговує 33396 осіб населення, в т.ч.: населення району - 18870 чол., що становить 56,5% населення та м. Карлівки - 14526 чол., що становить 43,5% населення. Кількість штатних посад лікарні становить 333,75 одиниць, в т. ч.: лікарі - 61,5 од.; середній медичний персонал - 135,25 од.; молодший медичний персонал - 77,25 од.; спеціалісти (не медики) - 10,0 од.; інші - 49,75 од.; з них спеціальний фонд - 3,5 од. [8].

Аналізуючи показники здоров'я населення за 2019р., в порівнянні з аналогічним періодом минулого року, можна відмітити покращення більшості з них. Не реєструвалась материнська смертність. За звітній період не реєструвалось жодного випадку захворювань на черевний тиф, паратифи, шигельоз, лептоспіроз, правець, дифтерію, вірусний менінгіт, краснуху, епідермічний паротит (Таб. 1).

Таблиця 1

**Показники здоров'я населення Карлівського району
Полтавської області (2018-2019 рр.)**

№	Показники	2018р,	2019р,
1	Дитяча смертність на 1000 новонароджених живими	-	5,9
2	Материнська смертність на 100 т, народжених живими	-	-
3	Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності на 100 працюючих (ф.23-ТМ)	332,1	-
4	Первинний вихід на інвалідність на 100 тис. працюючого населення	71,1	77,2
5	Захворюваність на 100 тис. нас.		
5.1	Сифілісом	6,0	5,9
5.2	Гонореєю	12,1	10,2
5.3	Туберкульозом	36,3	42,8
5.4	Злоякісними новоутвореннями	359,9	370,0
5.5	Нервово-психічними захворюваннями	389,2	386,4
6	Розповсюдженість на 100 тис. нас.		
6.1	Хронічний алкоголізм	186,4	185,9
6.2	Алкогольні психози	3,6	3,6
7	Травматизм на 1000 нас.		
7.1	Дорослі.	37,1	-
7.2	Діти	48,6	-
8	Інфекційна захворюваність		
8.1	Гострі кишкові інфекції на 100т.	175,2	201,8
8.2	Гепатит А.	-	81,5
8.3	Сальмонельоз	8,7	3,1
8.4	Дифтерія	-	
9	Народжуваність	-7,5	5,1
9.1	Смертність	18,5	18,7
9.2	Природній приріст	-11,0	-13,6

Відмічається збільшення захворюваності на туберкульоз у 1,2 рази і складає 42,8 на 100 тис. нас. (проти 36,3 в 2018 р.). У 1,4 рази

збільшилась захворюваність туберкульозом серед сільських жителів і склало 51,9 на 100 тис. нас. проти 36,3 за аналогічний період 2018 року. Відмічається збільшення кількості хворих з бацилярними формами туберкульозу 78,6%; з деструктивними формами 57,1% (2018р.-47,1%), деструктивна форма – 50% [8].

Зменшилась кількість бацилярних форм і у сільських жителів і складає 70,1%; (2018р.- 80%), деструктивних форм 50% (2018-83,3%). За 2019 рік збільшився у 1,5 рази відсоток хворих, виявлених при профілактичних флюорографічних оглядах до 50% проти 71,4 за 2018 рік 33,3%.

У 2019 році відмічається значне поліпшення профілактичної роботи по туберкульозу: при бакс копії мокротиння виявлено 2,5% від обстеження (2018р.- 2,5%). Збільшився показник хворобливості у 1,8 рази в склала 55,1 проти 30,2 в 2018 році. Смертність за 2019 рік – 12,2 на 100000 нас. (2019р. – 3,0) збільшився у 4,1р.

Стосовно хірургічної допомоги за 2019 рік хірургами в поліклініці прийнято 19240 хворих, із них дітей 1575. В поліклініці проведено 383 оперативних втручань.

В стаціонарне відділення хірургії госпіталізовано 444 хворих переведено з інших відділень – 17. Померло у відділенні 18 хворих, в т.ч. після оперативних втручань 5 проти 13 випадків за 2018 рік. З відділення виписано 436 хворих, проведено ними 5442 ліжко-днів. За 2019 рік ліжко працювало 272,1 днів. План ліжко/днів виконано на 80%. Хворий лікувався на ліжку 12,0 днів. За 2019 рік обіг ліжка 22,7. Загальна летальність у відділенні 4,0 післяопераційна летальність 1,1%. За 2019 рік у відділенні проведено 244 операцій. Хірургічна активність становить 53,7% , проти 46,8% за 2017 рік.

Відносно стаціонарної допомоги, то станом на 1.01.2019 року 146 ліжок, з них реабілітаційних – 5 ліжок. Рівень забезпеченості по району склав 44,2 ліжок на 10 тис. н., в терапевтичному відділенні №2 с. Мартинівна - 6 ліжок. За 2019р. в центральній районній лікарні проліковано 4781 хворих при плані 5416. Робота ліжка склала 282,5 при плані 240,0. Середня тривалість лікування 8,6 при плані 9,1. Аналіз ліжкового фонду показує, що ліжка були не дозавантажені. Не виконали плановий показник по роботі ліжка травматологічні (264,3) та пологове (121,5) відділення.

Середня тривалість лікування хворих по лікарні на рівні планового показника, але не виконали плановий показник хірургічне (11,9) та травматологічне (11,0) відділення. Кількість звернень за стаціонарною допомогою зменшилась в 7,8 раз. За 2019 рік в

лікувальних закладах ЦРЛ померло 95 хворих, лікарняна летальність склала 2,0 на 100 вибулих.

Отже, основною метою діяльності комунального некомерційного підприємства «Карлівська центральна районна лікарня ім. Л. В. Радевича» є медична практика, спрямована на збереження, поліпшення та відновлення здоров'я населення, здійснення іншої діяльності в сфері охорони здоров'я, необхідної для належного забезпечення профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, іншої діяльності, розвиток медичної бази шляхом технічного забезпечення. Покращення якості медичної допомоги можливо лише при впровадженні нових інноваційних методів лікування, закупівлі сучасного медичного обладнання та матеріальній мотивації праці медичних працівників. Досягнення даної мети можливо лише за умови раціонального використання наявних фінансових та кадрових ресурсів, консолідації бюджетів різних рівнів для оплати послуг, які надаються комунальним некомерційним підприємством «Карлівська центральна районна лікарня». Для розвитку важливо оцінити кадровий потенціал лікарні, тому що кадри є найціннішим ресурсом для кожної лікарні, бо саме вони забезпечують належний рівень сервісу медичних послуг для пацієнтів. В свою чергу, наявність обладнання та медичних приладів у лікарні дає змогу надавати медичні послуги широкого спектру та високого рівня, а продумана інфраструктура сприяє операційній ефективності, що призводить до економії коштів закладу.

Список літератури:

1. Булах Т. М. Сфера охорони здоров'я на селі: стан, проблеми, перспективи розвитку // Міжнародний науковий економічний журнал «Бізнес Інформ»– Харків: Вид. дім «ІНЖЕК», 2013. – №3. – С. 235-238.
2. Демографія [Електронний ресурс] / Стратегії розвитку Полтавської області на період до 2020 року. – Режим доступу : <http://www.adm-pl.gov.ua>.
3. Демографічна та соціальна статистика / Охорона здоров'я [Електронний ресурс]/ Державна служба статистики України. – URL: <http://ukrstat.org>
4. Заяць Т.А., Краєвська Г.О. Сільська інфраструктура охорони здоров'я України: проблеми та перспективи розвитку /Т.А. Заяць, Г.О. Краєвська // Економіка і регіон № 3 (46). – 2014. – с.57-61

5. Одринський В.А. Переваги реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (огляд літератури) /В.А. Одринський // Сімейна медицина. – 2007. - №3. – С.4-6.
6. Краснова О. І. Стан та проблеми розвитку фінансування охорони здоров'я на селі / О. І. Краснова // Інтернаука. Серія : Економічні науки. – 2018. – № 1. – С. 39–45.
7. Лузан Ю. Я. Комплексний розвиток сільських територій і соціальної інфраструктури на селі – одна із основних передумов конкурентного розвитку агропромислового виробництва / Ю. Я. Лузан // Продуктивність агропромислового виробництва : наук.-практ. збірник ; УНДІ продуктивності АПК. – 2009. – № 13. – С. 7-15.
8. Полтавський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики [Електронний ресурс] / Довідник показників діяльності лікувально-профілактичних закладів області. – URL : <http://oiacms.poltava.ua>.
9. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення [монографія]. К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 211 с.

**Основні зміни в роботі закладів охорони здоров'я
у зв'язку з утворенням госпітальних округів**

Стовбан М.П.^{1,2}, Толстанов О.К.¹, Васильєв А.Г.¹

¹*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, Київ*

²*Комунальне некомерційне підприємство "Івано-Франківська обласна
клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської Обласної Ради",
Івано-Франківськ*

Анотація. У статті висвітлено сутність поняття «госпітальний округ» та наведено його структуру. Виокремлено особливості функціонування закладів охорони здоров'я в умовах госпітальних округів. Відмічено, що важливим є врахування потреб населення в медичній допомозі, створення відповідних умов для надання якісної допомоги, а також оптимальності використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів області. З'ясовано етапи та принципи утворення госпітальних округів. Наведено функції закладів охорони здоров'я у складі госпітального округу. Зображено основні види медичної допомоги, що надають багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого та другого рівнів. Визначено

проблеми роботи закладів охорони здоров'я у зв'язку з утворенням госпітальних округів. Запропоновано заходи щодо вирішення проблем роботи закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: здоров'я, заклад, охорона здоров'я, медична допомога, лікарня, госпітальний округ.

Постановка проблеми. Одним з пріоритетних напрямків розвитку будь-якої країни світу є підтримання належного рівня здоров'я її громадян. Підтримувати, покращувати загальний стан здоров'я населення можливо тільки при ефективно функціонуючій системі охорони здоров'я, а також її налагодженій структурі і оптимальності розміщення медичних установ. Тому завданням держави є оптимізація мережі медичних установ другого рівня шляхом утворення госпітальних округів. Виходячи з цього, виникає проблема виявлення оптимального місця розташування для даних установ та виявлення зон обслуговування ними, тобто знаходження оптимальних зон округів. Причому важливим є задоволення потреб населення в усіх видах медичної допомоги, врахування відстані до лікарень і їх потужностей.

Аналіз останніх досліджень чи публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор. Основні питання реформування сфери охорони здоров'я розкрито такими вченими, як І.С. Кармазіна, В.М. Лехан, Н.С. Михайловська, М.Ю. Неффа, О. Осадчий, В.Р. Поттер, Г.А. Слабий, І.А.Чернякова. Проблема утворення госпітальних округів присвячено праці О.О. Дорошенка, А.І. Зозулі, Л.А. Карамзіної, О.М. Лейберюк, О.А. Мендрік, О. Устінова, М.В. Шевченка. Беручи до уваги існуючі напрацювання вказаних вище дослідників за даною темою, слід акцентувати увагу на питаннях, котрі залишаються недостатньо розробленими і невирішеними як у теоретичному, так і в практичному аспектах. До таких слід віднести питання роботи закладів охорони здоров'я в умовах формування госпітальних округів.

Метою статті є розкриття особливостей роботи закладів охорони здоров'я у зв'язку з утворенням госпітальних округів.

Виклад основного матеріалу дослідження. Охорона здоров'я - це складна система із специфічною галуззю народного господарства, яка здатна реалізувати значний для держави соціальний принцип, що полягає у збереженні та поліпшенні здоров'я громадянина, наданні якісної медичної допомоги. Якість надання медичних послуг визначається не тільки організацією і станом матеріально-технічної

бази, а й в значній мірі наявністю кваліфікованого медичного персоналу, який володіє сучасними спеціалізованими знаннями і відпрацьованими навичками. Доведено, що поліпшення якості надання медичної послуги безпосередньо пов'язані з удосконаленням професійних знань і умінь медичних кадрів. Саме тому система професійного розвитку медичних кадрів повинна носити регулярний характер, будучи запорукою стабільності і успішного розвитку.

На даний момент в умовах реформування заклади охорони здоров'я становляться самостійними та особливе значення набуває аналіз ефективності функціонування медичних установ з точки зору надання медичної допомоги та реалізації позитивного соціального та економічного ефекту. Логічним продовженням реформування сфери охорони здоров'я є перехід до госпітального округу. Вказаний перехід означає модернізацію медичної інфраструктури, а також утворення оптимальної моделі надання медичних послуг у державі, створення єдиного медичного простору, де пацієнт зможе отримати якісну послугу в будь-якому місці країни.

В Україні розпочалося утворення госпітальних округів. У них будуть створені лікарні, до яких можна доїхати протягом години. У кожній області буде від 3 до 6 госпітальних округів. Процес створення госпітальних округів почався ще в кінці 2016 року. У пакеті документів засідання Кабміну від 30 листопада 2016 року було прийнято постанову про формування госпітальних округів [9].

Основним завданням прийняття постанови являється формування відповідної нормативної бази з метою оптимізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на основі утворення госпітальних округів. Це забезпечить своєчасність доступу населення до послуг вторинної медичної допомоги відповідної якості, оптимізацію ресурсів закладів охорони здоров'я, підвищення ефективності використання бюджетних коштів, які спрямовуються на забезпечення фінансування вторинної медичної допомоги. Також створюватимуться умови для підготовки закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, до роботи в умовах управлінської та фінансової автономії.

Вчені В.М. Лехан та Г.А. Слабий зазначають, що державою проводиться ряд заходів з реорганізації сфери охорони здоров'я на первинному рівні, в рамках яких поліклініки перепрофілюються в амбулаторії сімейного типу, територіально наближені до місць проживання населення, яке вони будуть обслуговувати. З метою поліпшення якості надання спеціалізованих медичних послуг,

проводилися заходи щодо формування вторинного рівня медичної допомоги та створення госпітальних округів, які передбачають об'єднання мережі закладів охорони здоров'я, що будуть надавати медичну допомогу при виникненні потреб в спеціалізованих методах лікування, діагностики, реабілітації та використання складних новітніх медичних технологій. Значне місце вторинної ланки повинні займати багатопрофільні лікарні, які надають інтенсивну медичну допомогу (в першу чергу екстрену медичну допомогу), так як саме від їх діяльності залежить життя і здоров'я пацієнтів. У розвинених країнах світу багатопрофільні лікарні складають приблизно 90% всіх стаціонарів [5, с. 11].

Зауважимо, що госпітальний округ - це об'єднання закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, яке створюється на основі певних критеріїв і функціонує відповідно до положення, що розробляється і затверджується Міністерством охорони здоров'я (МОЗ). Госпітальні округи можуть об'єднувати медичні установи кількох сільських районів або міст і районів, що залежить від щільності та характеру розселення населення, з огляду на стан транспортних комунікацій, матеріально-технічного і кадрового потенціалу стаціонарів, їх профілів і структури медичних послуг [5, с. 74]. При цьому, на наш погляд, важливим є врахування потреб населення в медичній допомозі, створення відповідних умов для надання якісної допомоги, а також оптимальності використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів області. Госпітальні округи формуються в межах області. Структуру госпітального округу зображено на рис.1.

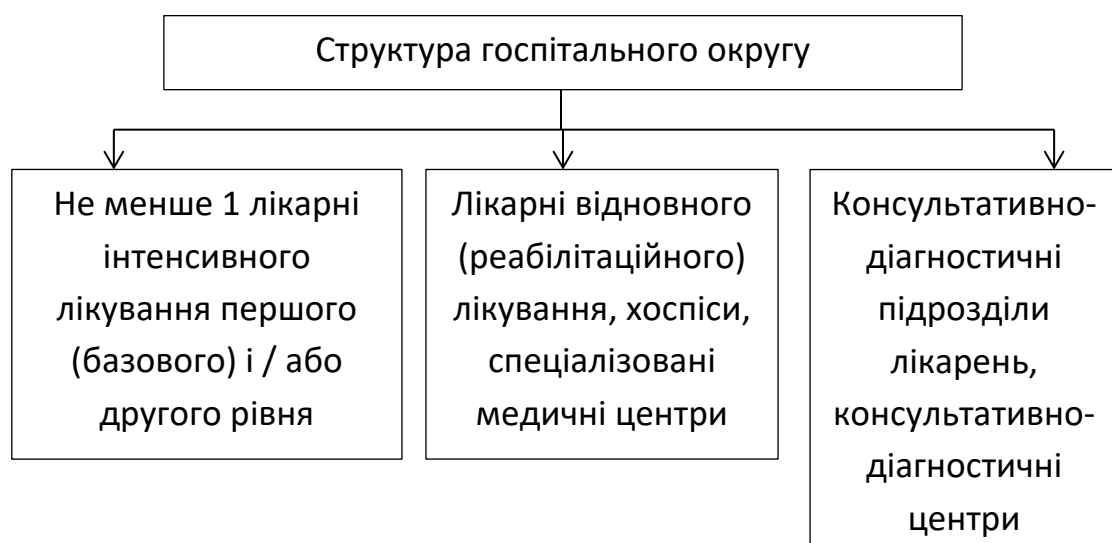


Рис. 1 – Структура госпітального округу
Джерело: складено автором на основі [9; 10]

Лікарнею інтенсивного лікування першого (базового) рівня повинно забезпечуватися надання медичної допомоги не менше ніж 120 000 чоловік, а лікарнею інтенсивного лікування другого рівня - не менше ніж 200 000 чоловік [8].

Межі і склад госпітальних округів повинні бути визначені таким чином, щоб мешканці, які проживають в їх межах, мали доступ до вторинної медичної допомоги в рамках свого госпітального округу. Адміністративним центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило місто з населенням понад 40 тис. чоловік, в якому розміщена лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Адміністративним центром може бути населений пункт, найближчий за географічним розташуванням до лікарні інтенсивного лікування [2]. Критерієм визначення зони обслуговування госпітального округу виступає своєчасність проїзду до медичного закладу інтенсивного лікування – максимальний час 60 хв. – в радіусі зони обслуговування 60 км за умови наявності доріг, які мають тверде покриття. Зона обслуговування може бути визначена меншою у разі відсутності шляху сполучення або при особливостях рельєфу, які суттєво ускладнюють комунікації (річки без мостів, гори) [4, с. 65].

У кожному госпітальному окрузі буде як мінімум одна багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування (БЛІЛ) першого або другого рівня. Так, в лікарні першого рівня лікарі будуть надавати хірургічну і реанімаційну допомогу. Зараз же кожна лікарня має свій профіль. Якщо у людини перелом, «швидка» везе його в медичний заклад, який спеціалізується на травмах, якщо швидка привезе пацієнта з інсультом - доводиться їхати в іншу. Ідея багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування в тому, щоб екстрену допомогу надавали в одному медичному закладу [6].

У лікарнях другого рівня лікарями буде здійснюватись планове лікування пацієнтів, які мають хронічні хвороби або долікування пацієнтів після лікарні першого рівня. У лікарнях другого рівня також буде відділення екстреної допомоги. Такий поділ відбувається згідно міжнародних стандартів. Інші лікарні перепрофілюють виходячи з потреб жителів. Вони стануть лікарнями планового лікування, реабілітаційними центрами або хоспісами [1].

Відмітимо, що утворення госпітальних округів відбувається у три етапи (рис.2).

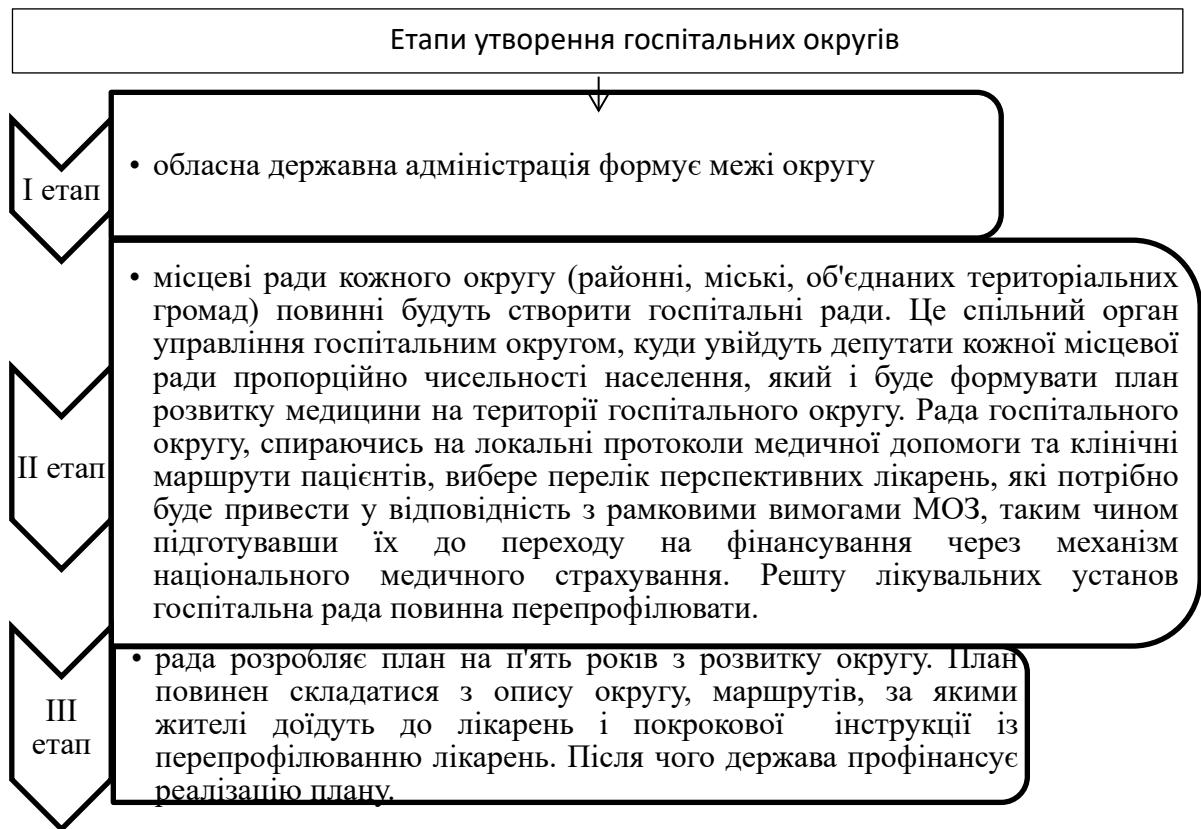


Рис.2 – Етапи утворення госпітальних округів

Джерело: складено автором на основі [1; 5; 8]

У 2017 році плани з 14 областей України було передано на погодження у центральні органи виконавчої влади, після чого їх затвердив уряд. МОЗ України отримано плани госпітальних округів ще із 4 регіонів (станом на 27.01.2017 рік 12 областей України та м. Київ подали на погодження перелік госпітальних округів) [11, с. 35]. Утворення госпітальних округів здійснюється на основі поєднання таких принципів: безпечність та якість медичної допомоги на основі доказової медицини; своєчасність доступу до медичної допомоги; економічна ефективність – забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання бюджетних коштів [11, с. 34].

За умови упорядкування мережі закладів охорони здоров'я, яке відбудеться в процесі розвитку госпітальних округів, можна буде спостерігати значне підвищення доступності якісного лікування для громадян. На сьогодні у нашій країні функціонують десятки лікарень, де лікарями здійснюються менш ніж 500 операцій на рік. У той же час для Фінляндії, Німеччини, Великобританії показник становить не менше 4 000. Лікуватися в лікарнях з низьким рівнем навантаження небезпечно. Лікар, який не має належної практики, втрачає кваліфікацію і не може надати якісну допомогу пацієнтові. Наприклад, за стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я,

лікар повинен приймати не менше 400 пологів на рік, в такому випадку він здатний забезпечити якість своїх послуг. Для порівняння - в одній з районних лікарень Полтавської області приймають 89 пологів на рік. Тому завдяки упорядкування мережі закладів у кожному госпітальному окрузі буде одна потужна лікарня інтенсивного лікування, яка буде працювати 24 години на добу 7 днів на тиждень. Вона буде забезпечена сучасним обладнанням, там працюватимуть висококваліфіковані лікарі з належною практикою. Якість лікування в такому медичному закладі буде значно вище [5, с. 17].

Функції закладів охорони здоров'я у складі госпітального округу визначаються на основі видів медичної допомоги, яка надається в кожному закладі, а також функціональних потужностей таких закладів. Виконання функцій багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування (БЛІЛ) першого або другого рівня згідно пропозицій Госпітальної ради та рішення відповідного органу місцевого самоврядування, на території якого розміщується заклад охорони здоров'я, покладається на заклади охорони здоров'я у складі госпітального округу, функціональні потужності яких відповідають рівню БЛІЛ першого або другого рівня. Функціональні потужності БЛІЛ першого або другого рівня мають відповідати рівню спеціалізації медичних послуг, що надаються в закладі охорони здоров'я і забезпечувати можливості діагностики, догляду та лікування невідкладних станів у цілодобовому режимі та надання реабілітаційної допомоги у гострому періоді. У разі наявності обґрунтованих потреб, може бути організоване функціонування окремих таких лікарень для дорослого та дитячого населення [8; 9].

У закладах охорони здоров'я, які входять до складу госпітального округу, забезпечується дотримання медичних стандартів, які розроблені відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я від 28.09.2012 р. №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» [7].

Основними видами медичної допомоги, що надають БЛІЛ першого та другого рівнів, є екстрена та вторинна (спеціалізована) медична допомога, зокрема (рис. 3):

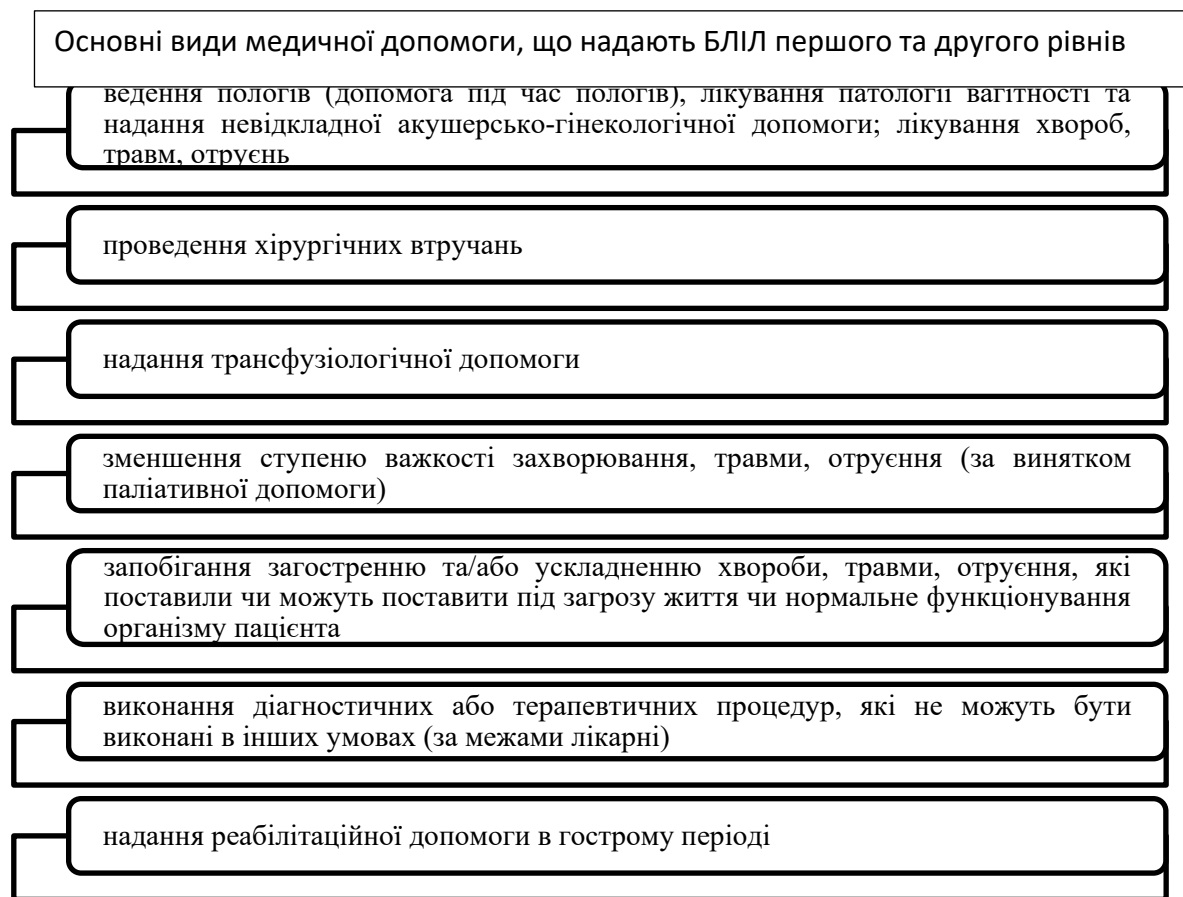


Рис.3 - Основні види медичної допомоги, що надають БЛІЛ першого та другого рівнів

Джерело: складено автором на основі [5; 6; 10]

З точки зору Г.О. Слабкого, М.В. Шевченка, А.І. Зозулі, з метою оптимізації мережі закладів вторинної медичної допомоги з диференціацією лікарень враховуючи інтенсивність медичної допомоги основним є: надання пропозицій, які стосуються структурної реорганізації мережі районних, міських і дільничних лікарень, їх спеціалізації та перепрофілювання виходячи із потреб населення у медичній допомозі та прийняття на місцевому і обласному рівнях рішення щодо оптимізації мережі закладів охорони здоров'я вторинного рівня та утворення госпітальних округів; концентрація видатків на надання вторинної медичної допомоги на рівні обласного бюджету; передача майнових комплексів закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, у володіння територіальних громад відповідної області; планування та виконання видатків за відповідними видами медичної допомоги використовуючи елементи програмно-цільового методу в бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів, що вимагає внесення певних змін до нормативно-правових документів (переліку

бюджетних програм і результативних показників їх виконання за видами надання медичної допомоги із прив'язкою до місцевих бюджетів; форм паспортів бюджетних програм; укладання договорів про медичне обслуговування населення між відповідними головними розпорядниками бюджетних коштів обласних бюджетів і бюджету міста Києва та закладами охорони здоров'я, що здійснюють вторинну медичну допомогу; інструкції про статус та особливості участі у бюджетному процесі відповідальних виконавців бюджетних програм), а також проведення відповідного навчання, що стосується впровадження програмно-цільового методу бюджетування [10, с. 262].

Від старої системи фінансування даний метод відрізняється тим, що дозволяє використовувати кошти не в рамках десяти - п'ятнадцяти статей видатків, від яких суворо не можна відступити. [10, с. 263].

Варто відмітити, що у зв'язку із утворенням нових типів лікувальних закладів, що мають обслуговувати населення госпітального округу, аналіз основних засобів допомагає виявити напрямки, необхідні для оснащення та вдосконалення реорганізованих закладів охорони здоров'я. Так, згідно досліджень О.О. Дорошенка, М.В. Шевченка, Л.А. Карамзіної, О.А. Мендріка, ця потреба становить 753,3 млн. грн., у т.ч. для вдосконалення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів (за умови їх створення на базі існуючих центральних районних і центральних міських лікарень) – понад 200 млн грн., для лікарень відновного лікування – 238,7 млн грн., для клініко-діагностичних центрів – 310,7 млн грн. [3, с. 114].

Як бачимо, найбільше потребують інвестицій клініко-діагностичні центри – 310,7 млн грн. Це можна пояснити тим, що сучасні заклади охорони здоров'я (особливо в районних центрах і невеличких містах) зазвичай не мають запропонованої високовартісної техніки або вона застаріла і не відповідає табелям оснащення медичною технікою закладів такого типу. Отже, утворення таких закладів на основі районних/міських лікарень вимагає значних інвестицій.

В результаті, проведений нами аналіз дав змогу визначити основні проблеми роботи закладів охорони здоров'я у зв'язку з утворенням госпітальних округів: системи первинної та екстреної медичної допомоги не готові до виконання покладених на них функцій (проведення профілактичної роботи і надання медичної допомоги населенню на догоспітальному етапі); заклади охорони

здоров'я, які надають медичну допомогу вторинного рівня, позбавлені додаткових джерел фінансування із місцевих бюджетів (при значній необхідності обсягів фінансування на їх переоснащення та впровадження сучасних медичних технологій, перепідготовку медичних кадрів); всі необхідні структури лікарень інтенсивної допомоги та консультативно-діагностичних центрів не можливо розмістити в існуючих будівлях і спорудах; населення і медичні працівники, особливо головні лікарі, не сприймають змін (при відсутності ефективної системи інформування та комунікацій); значний супротив здійснюється місцевою владою, опозицією, громадськими активістами, журналістами, частиною науковців; достатня кількість організаторів охорони здоров'я (підготовлених до управління закладами охорони здоров'я в нових умовах фінансування та структурних змін), а також нормативна база, згідно якої визначаються їхні компетенції відсутні; дієва система акредитації закладів охорони здоров'я відсутня (коли обласними управліннями охорони здоров'я акредитуються підпорядковані їм заклади охорони здоров'я).

З метою подолання вказаних проблем, з нашої точки зору, необхідно:

- здійснити підготовку системи первинної та екстреної медичної допомоги до виконання покладених на них функцій (проведення профілактичної роботи і надання медичної допомоги населенню на догоспітальному етапі);

- провести комплексну підготовчу роботу до реформування вторинної медичної допомоги зі створенням госпітальних округів на державному, регіональному і місцевому рівнях;

- оптимізувати ліжковий фонд, вдосконалити матеріально-технічну базу закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги.

Висновки та пропозиції. Таким чином, у сучасних умовах головним завданням реформування системи охорони здоров'я залишається підвищення доступності та якості надання медичної допомоги населенню. Для повноцінного розвитку закладів охорони здоров'я в цьому процесі головним залишається утворення госпітальних округів та підготовка висококваліфікованих медичних кадрів. Робота закладів охорони здоров'я може бути результативною та ефективною тільки в тому випадку, якщо вона враховує потреби кожної із зацікавлених сторін і більше того, постійно відстежує рівень їх задоволеності.

Зміни в роботі закладів охорони здоров'я повинні передбачати ряд послідовних заходів, які включають визначення проблеми з аналізом результатів виконання попередніх програм розвитку, пошук шляхів вирішення, визначення пріоритетів і нової програми по визначенню індикаторів її виконання. Реформу має супроводжувати відповідне законодавче, нормативно-правове і ресурсне забезпечення, суворий контроль за виконанням запланованих реформ. У той же час утворення госпітальних округів повинно враховувати особливості забезпечення прав медичних працівників усіх рівнів надання медичної допомоги.

Тому виявлені проблеми роботи закладів охорони здоров'я і розроблені заходи щодо їх подолання дозволять оптимально розмістити медичні установи другого рівня з огляду на існуючі обмеження на відстань до найвіддаленішої точки території, що обслуговується, потужності медичних установ, зміни попиту на послуги в часі, невизначеність в необхідності надання медичної допомоги і транспортних витрат на виклик.

Список літератури:

1. В Україні створюють госпітальні округи: що буде з лікарнями і пацієнтами. URL: https://www.segodnya.ua/ua/lifestyle/food_wellness/v-ukraine-sozdayut-gospitalnye-okruga-kak-budut-lechit-ukraincev-i-chto-budet-s-bolnicami-793570.html (дата звернення: 24.02.2020).
2. В ході створення госпітальних округів медичні заклади в районах не ліквідуватимуть. URL: <http://www.medcv.gov.ua/archives/2855> (дата звернення: 28.02.2020).
3. Дорошенко О.О., Шевченко М.В., Карамзіна Л.А., Мендрік О.А. Розрахунки потреби в інвестиціях для дооснащення високовартісним обладнанням закладів охорони здоров'я госпітальних округів. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. №1(21). С.101-115.
4. Лейберюк О.М. Транспортна доступність населення до центрів госпітальних округів (конкретний аналіз на прикладі Чернівецької обл.). *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2017. №7. С.62-68.
5. Лехан В.М., Слабий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. №1. С. 5–23.

6. Медична реформа в Україні. URL: <https://medstar.ua/medichna-reforma-v-ukrayini/> (дата звернення: 24.02.2020).

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» №751 від 28.09.2012.

8. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» № 1074 від 27.11.2019.

9. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» №932 від 30.11.2016.

10. Слабкий Г.О., Шевченко М.В., Зозуля А.І. Госпітальні округи: реальність і ризики їх створення. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. №3 (23). С.261-265.

11. Устінов О. Формування госпітальних округів: вранці стільці — ввечері гроші. *Український медичний часопис*. 2017. № 1. С. 32-35.

Концептуальна модель університетської стоматологічної клініки на принципах державно-приватного партнерства

Чопчик В.Д.¹, Канюра О.А.¹, Орлова Н.М.²

¹*Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ*

²*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ*

Актуальною проблемою вітчизняної системи охорони здоров'я та медичної освіти є загроза ліквідації освітньо-науково-лікувального комплексу клінічних баз кафедр, яка виникла внаслідок відсутності у медичних університетів коштів на оренду приміщень у закладах охорони здоров'я та механізму реєстрації лікарів-освітян на платформі HELSI.

Шляхом до вирішення даної проблеми є створення університетських клінік. У провідних країнах світу університетські клініки є флагманами охорони здоров'я, які забезпечують триєдність науки, освіти і клінічної практики [1]. У їх розвитку важливу роль відіграє державно-приватне партнерство (ДПП), інтерес до якого пояснюється тим, що воно дозволяє ефективно вирішувати вагомі соціальні та економічні проблеми шляхом об'єднання ресурсів державного та приватного секторів [6].

В Україні існує законодавча база для реалізації проектів ДПП [2,3], але практично відсутня практика використання механізмів ДПП

в охороні здоров'я і освіті, не проводились комплексні наукові дослідження спрямовані на обґрунтування концептуальних та методичних засад створення університетських стоматологічних клінік (УСК) на принципах державно-приватного партнерства.

Мета: здійснити аналіз діяльності Стоматологічного медичного центру (СМЦ) Національного медичного університету (НМУ) імені О.О. Богомольця та обґрунтувати концептуальну модель університетської стоматологічної клініки на принципах ДПП.

Матеріали і методи дослідження. Комплексний аналіз діяльності СМЦ НМУ імені О.О. Богомольця здійснений із використанням медико-статистичного та соціологічного методів і методу експертної оцінки. На підставі матеріалів форм статистичної звітності №20 проаналізована діяльність СМЦ за 2013-2017 рр. Соціологічне дослідження проведене за спеціально розробленою програмою та охопило 101 лікаря-стоматолога та 401 інтерна-стоматолога СМЦ [4,5].

За допомогою методу концептуального моделювання розроблено інноваційну модель УСК на принципах ДПП.

Метод експертної оцінки використано для одержання експертної оцінки стану, проблем та шляхів модернізації існуючого СМЦ та оцінки потенційної ефективності розробленої моделі стоматологічної університетської клініки на принципах ДПП. До експертної оцінки було залучено 30 висококваліфікованих експертів. Усі експерти мали вищу кваліфікаційну категорію за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» та науковий ступінь.

Результати дослідження. Стоматологічний медичний центр (СМЦ) НМУ був створений у 2004 році, коли Стоматологічна поліклініка МОЗ України була передана НМУ імені О.О. Богомольця (наказ МОЗ України від 16 червня 2004 року №307).

На сьогодні СМЦ - це унікальна за своєю організацією та призначенням навчально-лікувальна установа, метою якої є надання високоспеціалізованої та спеціалізованої стоматологічної допомоги, забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників за стандартами вищої освіти, проведення науково-дослідної роботи, розробки, апробації та впровадження нових медичних технологій.

До складу центру входять наступні відділення: терапевтичне, пародонтології та захворювань слизової оболонки порожнини рота, дитячої терапевтичної стоматології, хірургічне, ортопедичне, ортодонтичне, рентгенологічне, анестезіологічне, фізіотерапевтичне,

а також клініко-діагностична та зуботехнічна лабораторії, лабораторія комп'ютерного моделювання та цифрової стоматології.

Аналіз фінансового забезпечення та матеріально-технічного стану СМЦ засвідчив, що фінансування загального фонду бюджету СМЦ складає 50-60% від потреби. Нагальною проблемою для СМЦ є заміна і оновлення існуючого морально застарілого та фізично зношеного обладнання з 100% вичерпаним експлуатаційним ресурсом. Так, СМЦ оснащений 123 стоматологічними установками, серед яких 58% (71 шт) знаходяться у експлуатації менше 10 років, а 42% (52 шт.) понад 10 років. Крім того на кафедрах стоматологічного факультету, розміщених на базі СМЦ використовується 175 стоматологічних установок, у т. ч. 26% (46 шт.) із терміном експлуатації менше 10 років та 74% (129 шт.) – більше 10 років.

Аналіз кадрових ресурсів СМЦ показав, що у закладі станом на 31.12.2017 р. було передбачено 107 лікарських посад, у т. ч. 94,0 посади лікарів-стоматологів. Штатні посади лікарів-стоматологів були укомплектовані на 95,5%, у т.ч. лікарями фізичними особами основними працівниками – на 92,5%. Коефіцієнт сумісництва становив 1,03. Особи пенсійного віку склали 9,2% серед лікарів-стоматологів. Слід відмітити високий кваліфікаційний рівень кадрового потенціалу СМЦ. 87,4% (76 осіб) лікарів-стоматологів СМЦ мають атестаційні категорії, у т.ч. 78,2% (68 осіб) - вищу категорію, 4,6% (4 лікаря) - першу категорію і 4,6% (4 лікаря) - другу категорію.

Аналіз лікувальної роботи СМЦ засвідчив вагомий внесок даного закладу у надання стоматологічної допомоги населенню м. Києва. Встановлено, що у 2017 р. СМЦ забезпечив 9,4% відвідувань киян до лікарів-стоматологів. У даному закладі було здійснено 12,7% випадків стоматологічної санації жителів столиці, проведено 6,9% курсів лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота, 5,7% лікувань зубів з приводу карієсу, виконано 21,2% операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині. У СМЦ завершили ортодонічне лікування 7,7% та отримали зубні протези 8,8% від усіх осіб, які одержали дані види стоматологічної допомоги у комунальних/державних медичних закладах м. Києва у 2017 р.

У той же час встановлено, що впродовж 2008-2017 рр. суттєво скоротились обсяги усіх видів стоматологічної допомоги, наданої у СМЦ: у т.ч. кількість відвідувань до лікарів-стоматологів - на 36,7%, кількість оглянутих у порядку планової санації на 51,9%, кількість санованих у порядку планової санації та за зверненнями на 28,5%,

кількість пролікованих зубів з приводу карієсу на 47,1%, кількість проведених курсів лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота - на 42,6%, кількість операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротової порожнини - на 41,1%, видалених зубів та коренів – на 54,1%; кількість осіб, які отримали зубні протези, апарати - на 87,1%, кількість осіб які завершили ортодонтичне лікування - на 56,3%. Дані зміни обумовлені скороченням обсягів бюджетного фінансування СМЦ.

Крім надання стоматологічної допомоги населенню СМЦ є навчальною базою стоматологічного факультету НМУ імені О.О. Богомольця. Робота центру організована у дві зміни відповідно до розкладу навчальних планів студентів стоматологічного та медичних факультетів. На базі СМЦ навчається до 2500 студентів та інтернів, 86 аспірантів та клінічних ординаторів. Наразі для цього використовується понад 300 робочих місць, що дає змогу забезпечити індивідуальну практичну діяльність кожного студента. Студенти проходять теоретичну та лікувальну підготовку в 68 навчально-лікувальних кабінетах де встановлено 271 стоматологічна установка, в 12 навчальних класах: в трьох з них встановлено 36 фантомів, а також мають три комп'ютерні класи та 2 лекційні аудиторії.

Аналіз результатів соціологічного опитування лікарів-інтернів, які на додипломному та післядипломному рівні навчалися на базі СМЦ НМУ імені О.О. Богомольця, показав, що 67,1±2,3% інтернів у цілому задоволені системою підготовки лікарів – стоматологів, 97,0±0,9% - задоволені отриманими під час навчання теоретичними знаннями за окремим стоматологічними спеціальностями, 81,0±2,0% - одержаними у СМЦ практичними навичками, 64,1±2,4% - організацією самостійної роботи на практичних заняттях. У той же час, на думку інтернів, у навчальному процесі недостатньо використовуються сучасні інформаційні технології, високотехнологічне симуляційне обладнання, методи дистанційного навчання. У контексті сучасної стратегії розвитку медичної освіти в Україні, переважна більшість інтернів підтримує ідею міжнародного обміну українських студентів-медиків (99,0 ± 0,5%), запрошення іноземних професорів до викладання в українських медичних університетах (94,0±1,2%), перехід медичних університетів та університетських клінік на автономні умови, як організаційно, так фінансово і академічно (76,1 ± 2,1%).

Результати соціологічного опитування лікарів - стоматологів СМЦ НМУ імені О.О. Богомольця засвідчили, що серйозними

проблемами, які заважають роботі СМЦ, є незадовільна система фінансування закладу ($78,2 \pm 4,1\%$), застаріла матеріально - технічна база ($68,8 \pm 2,1\%$), низький рівень оплати праці персоналу ($88,1 \pm 1,2\%$), відсутність у персоналу економічної мотивації до праці ($92,1 \pm 2,7\%$), незадовільний стан забезпечення робочого місця медичною технікою, устаткуванням, сучасними стоматологічними матеріалами ($79,2 \pm 4,0\%$), незадовільна організація роботи у СМЦ в цілому ($29,7 \pm 4,5\%$). А шляхи до позитивних організаційних змін лікарі-стоматологи СМЦ бачать у запровадженні механізмів економічної мотивації персоналу ($71,3 \pm 4,5\%$); сучасних лікувально-діагностичних методів ($82,2 \pm 3,8\%$); оснащенні центру сучасним лікувально-діагностичним обладнанням ($88,1 \pm 3,2\%$); підвищенні якості післядипломної підготовки лікарів-стоматологів ($96,0 \pm 1,9\%$); запровадженні системи моніторингу якості медичної допомоги ($58,4 \pm 4,9\%$); підвищенні ефективності та якості стоматологічних послуг через програмні ініціативи відділень СМЦ ($52,5 \pm 4,9\%$); збільшенні господарчої та юридичної самостійності стоматологічного центру ($76,2 \pm 4,2\%$); переведенні університетських клінік, як організаційно, так академічно і фінансово на автономні умови ($88,1 \pm 3,2\%$); запровадженні механізмів державно-приватного партнерства у СМЦ ($75,2 \pm 4,3\%$).

Експертна оцінка структурно-організаційних складових діяльності СМЦ засвідчила, що найнижчу оцінку отримали: фінансування закладу ($6,9 \pm 0,17$ балу), бізнес план роботи закладу ($6,3 \pm 0,19$ балу), економічна ефективність закладу ($7,1 \pm 0,16$ балу). Групова думка експертів підтвердила, що для розвитку СМЦ необхідна нормативно - законодавча база, яка забезпечить юридичну самостійність, достатнє фінансування, ринкову стратегію в управлінні, бізнес план роботи.

Виявлені проблеми та недоліки в організації роботи СМЦ підтвердили необхідність медико-соціального обґрунтування та розробки сучасної концептуальної функціонально - організаційної моделі університетської стоматологічної клініки на принципах ДПП.

Концептуальна функціонально - організаційна модель УСК на принципах ДПП спроектована із восьми функціональних модулів (підрозділів).

Модульна структура, представлена на рис. 1, забезпечує ефективне функціонування виробничої інфраструктури моделі УСК. Модулі моделі УСК є наступними: **Лікувально-діагностичний модуль моделі УСК** складається із комерційного та громадського лікувально-діагностичного відділення і кабінету профілактики.

Комерційне відділення функціонує на основі платної стоматологічної допомоги. Обсяг медичної діяльності у відділенні формується шляхом саморегулювання платоспроможного попиту і пропозиції за договорами з пацієнтами на основі договірних цін на платні послуги.

До складу відділення входять кабінети: хірургічної стоматології, терапевтичної стоматології, пародонтозу і захворювань слизової оболонки рота, ортопедичної стоматології, дитячої стоматології та ортодонтії.

Соціальне відділення надає гарантовані державою обсяги соціальних стоматологічних послуг пільговим верствам населення (дітям, пенсіонерам і т.д.). Таким чином, у соціальному відділенні діє принцип суспільної солідарності і оплата послуг здійснюється не пацієнтом, а замовником (державою).

Надання гарантованих державою соціальних послуг оформляється за договорами - замовленнями між УСК та Національною службою здоров'я України (НСЗУ), яка укладає договори із установами охорони здоров'я і закуповує у них послуги з медичного обслуговування населення.

До складу соціального відділення входять кабінети: хірургічної стоматології, терапевтичної стоматології, пародонтозу і захворювань слизової оболонки рота, ортопедичної стоматології, дитячої стоматології та ортодонтії.



Рис. 1. Функціонально - організаційна модель УСК на принципах ДПП

Поєднання в УСК представлених відділень дозволяє забезпечити дотримання ключових прав людини на здоров'я, принцип доступності медичних послуг для усіх верств населення, їх достатності, об'єктивності, а також гнучкості регулювання соціально-економічних відносин.

Трирівневий модуль управління. Перший рівень - спостережна координаційна рада. Її склад: проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи, проректор з наукової роботи та інновацій, представники МОЗ та МОН України, місцевих органів влади (департаменту охорони здоров'я), представники громадськості, приватний інвестор або його представник. Очолює раду перший проректор з науково-педагогічної роботи Університету. Спостережно-координаційна рада затверджує склад контролюючого підрозділу – відділу внутрішнього аудиту, призначає його керівника. Управління на даному рівні включає: моніторинг ресурсів УСК і результатів її діяльності.

Другий рівень - виконавчий орган, який здійснює оперативне управління УСК. До його складу входять виконавчий директор УСК, його заступники, бухгалтерія, відділ кадрів, АГЧ. Керує УСК - директор. Директор УСК у своїй роботі спирається на медичну раду, яка створюється при клініці. На даному рівні забезпечується виконання планової діяльності УСК.

Третій рівень - робочі групи, якими керує заступник директора клініки з лікувальної роботи. До третього рівня колективного керівництва і відповідальності входять керівники служб, структурних підрозділів та окремі фахівці.

Запровадження у моделі трирівневої системи управління дозволить створити клініку європейського типу.

Модуль форсайта та логістичної служби - здійснює оформлення договорів зі споживачами послуг, планування інноваційного та організаційного зростання, аналіз реалізації стратегії маркетингу, надає довідкову інформацію та здійснює маршрутизацію пацієнтів.

Модуль навчання студентів і перепідготовки кадрів - це навчальний комплекс, який містить клінічні кабінети для стоматологічного обстеження та лікування, операційні зали з відеосупроводом і лекційні аудиторії. Дана навчальна база дає можливість здобувати теоретичні знання та практичні навички, працювати із пацієнтами, спостерігати складні клінічні випадки, брати активну участь у лікувальному процесі.

Модуль наукових досліджень та інноваційних технологій - даний підрозділ є академічною базою для наукової роботи, проведення фундаментальних і клінічних досліджень за пріоритетними науковими напрямками стоматології у практичних умовах. Основні напрямки роботи підрозділу - участь у дослідницьких проектах, наукові публікації, вдосконалення дослідницьких навичок, залучення професорсько-викладацького складу кафедр і клініцистів до досліджень.

Модуль міжнародного співробітництва та обміну медичними технологіями. Підрозділ зосередиться на реалізації інноваційних освітніх і наукових проектів у рамках міжнародного співробітництва, створенні спільних проектів, участі у міжнародних програмах, активному залученні студентів і молодих вчених до реалізації міжнародних проектів, вивченні елементів зарубіжних освітніх програм.

Модуль допоміжних служб включає: рентгенологічне та фізіотерапевтичне відділення, клінічну лабораторію і лабораторію цифрової діагностики. Модуль обслуговує обидва клінічних відділення.

Модуль внутрішнього аудиту - це система моніторингу, оцінки ефективності та регулювання діяльності УСК. Має сформовану автоматизовану систему управління і бази даних.

Прогностична медична, соціальна та економічна ефективність запропонованої концептуальної функціонально-організаційної моделі УСК на принципах ДПП підтверджена результатами експертної оцінки та наявністю механізмів ДПП, що забезпечить інвестиційну та інноваційну складову розвитку УСК та сприятиме реалізації довгострокового проекту, спрямованого на удосконалення вищої медичної освіти та зміцнення здоров'я населення.

Як вагомі переваги моделі УСК експертами відмічені: об'єднання у моделі УСК державних і приватних ресурсів (у т. ч. фінансових) при збереженні клініки у власності держави ($9,63 \pm 0,09$); запровадження у практику діяльності УСК сучасного обладнання, технологій, стандартів якості, добір високопрофесійного персоналу ($9,67 \pm 0,09$).

Висновки

У дослідженні розроблена концептуальна функціонально - організаційна модель УСК, яка має юридичну і фінансову самостійність; визначає функції та складові ДПП як основи належного фінансування, матеріально-технічного забезпечення і

економічної стійкості моделі; яка інтегрує у собі передові форми лікувального, наукового і освітнього процесів, що сприяє ефективному функціонуванню виробничої інфраструктури моделі в цілому. Експертна оцінка розробленої моделі підтвердила її прогнозну ефективність.

Література

1. Оганезова А. В. Університетська клініка як інноваційна форма розвитку охорони здоров'я *Бізнес Інформ*. 2017. №11. С. 146–152.
2. Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні: Закон України від 24.11.2015 р. № 817–VIII. Дата оновлення: 01.02.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/817-19> (дата звернення: 07.04.2020).
3. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010. №2404-VI. Дата оновлення: 20.10.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17> (дата звернення: 07.04.2020).
4. Чопчик В.Д. Проблеми та шляхи удосконалення організації роботи університетського стоматологічного центру за матеріалами соціологічного опитування лікарів *Медичні перспективи*. 2019.- Том XXIV, №3. С.122-129.
5. Чопчик В.Д, Канюра О. А. Соціологічна оцінка організації професійної підготовки інтернів-стоматологів *Вісник морської медицини*. 2019. № 4 (85). С.12-18
6. Łakomy-Zinowik M. Public-private partnerships as a way of financing in the healthcare system (Based on the examples of Poland and the United Kingdom) *J. Int. Stud.* 2016. Vol. 9, N 3. P. 150–158.

Впровадження інформаційної системи на рівні комунального підприємства в сфері охорони здоров'я Шевченко Ю. Й.

КП "4-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради", Полтава

Стрімкий розвиток інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ), зокрема в сфері великих даних, штучного інтелекту, розглядається більшістю країн, як основна відповідь на зазначені виклики. В розвинутих країнах цифрова трансформація вже змінила ряд індустрій та організацій, приносячи істотну вигоду як громадській охороні здоров'я, так й індивідуальному медичному

обслуговуванню та адаптуючи способи надання медичних послуг і характер управління системами охорони здоров'я на всіх рівнях [2]. За роки незалежності в державі проведена значна робота з формування теоретичних основ та практичного застосування в охороні здоров'я новітніх комп'ютерних технологій.

В Україні розпочалась реформа системи охорони здоров'я, що полягає в зміні системи фінансування та запровадженні принципу «гроші ходять за пацієнтом». Важливим інструментом впровадження реформи є створення сучасної електронної системи, що дозволить значно підвищити ефективність та прозорість охорони здоров'я. Медична галузь тісно пов'язана з накопиченням і обробленням значних обсягів інформації. З метою забезпечення належної якості медичної допомоги існує потреба в накопиченні й аналізі даних впродовж тривалого періоду, застосуванні електронних систем [1]. Неможливо забезпечити реформування системи, домогтися високої якості надання медичної допомоги, прозорості й оперативності управління без впровадження сучасних методів зберігання, оброблення та передавання інформації.

Державною політикою інформатизації охорони здоров'я передбачено заходи, спрямовані на ліквідацію відставання у цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняти на сучасний рівень системи практичної медицини, медичної освіти, науки.

Реалізація цієї політики здійснюється в декількох основних напрямках: розроблення нормативно-правової бази інформатизації охорони здоров'я; удосконалення її організаційного та кадрового забезпечення; формування відповідної технічної бази та засобів інформатизації; залучення громадських організацій до інформатизації галузі [5].

Інформаційна система (ІС) – сукупність методологічного, організаційного, нормативно-правового забезпечення, а також персоналу та програмно-технічних засобів для забезпечення інформаційних потреб користувачів (визначення авторів).

Медична інформаційна система – різновид інформаційної системи (ІС), що відрізняється комплексом методологічних прийомів, технічних засобів та алгоритмів управління, призначених для збору, збереження, оброблення та передавання інформації в закладах охорони здоров'я [3, 4].

Задачею інформатизації охорони здоров'я є вирішення проблем через створення середовища Е-здоров'я для:

- забезпечення інструментів для реалізації реформи фінансування охорони здоров'я та функціонування НСЗУ як єдиного національного замовника та платника за медичні послуги;
- надання достовірної інформації в необхідному обсязі, в потрібному місці, в потрібний час для учасників системи охорони здоров'я;
- використання переваг обробки «великих даних» та інтелектуальних систем для прогнозування потреб охорони здоров'я, планування ресурсів в галузі, підтримки клінічних рішень та підвищення якості медичних послуг;
- залучення пацієнта до піклування про власне здоров'я, контролю якості отриманих послуг за рахунок надання доступу до власних медичних даних та розпорядження ними.

Мета та головні завдання інформатизації охорони здоров'я є забезпечення валідною, релевантною, пертинентною, своєчасною інформацією всіх закладів системи охорони здоров'я, а також громадян України в рамках процесів управління здоров'ям населення для якісного надання медичної допомоги.

Основні завдання інформатизації охорони здоров'я:

- на державному та регіональному рівнях – забезпечити оперативний і довгостроковий контроль зусиль Уряду щодо поліпшення здоров'я населення України, що допоможе переорієнтувати державну політику на нові підходи забезпечення здоров'я населення;
- на відомчому рівні – здійснювати якісний контроль управлінських рішень за рахунок оперативної та надійної статистики показників здоров'я, створити базис для впровадження на принципово новому рівні страхової та сімейної медицини, нових технологій діагностики та лікування;
- на рівні кожного громадянина України – забезпечити послідовність лікарських дій, моніторинг особистого здоров'я та захист пацієнта від можливих непрофесійних дій медичних працівників.

Одним з важливих чинників впровадження медичної реформи є електронна система охорони здоров'я (Е-Health). Для того щоб підписати договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), заклад охорони здоров'я має бути зареєстрований у цій системі. А для того, щоб виконувати договір з НСЗУ, головні лікарі та медичні працівники мають мати власні кваліфіковані електронні підписи (КЕП) [2].

Е-Health складається з двох взаємопов'язаних частин, одну з яких – центральну базу даних - контролюватиме держава. Заклади отримують доступ до неї через другу частину – медичні інформаційні системи (МІС), розроблені приватно.

Медичні заклади можуть обирати будь-яку МІС з-поміж тих, які пройшли перевірку і підключилися до центрального компонента електронної системи охорони здоров'я. Від розробників МІС вимагається суворе дотримання вимог щодо надійності, безпеки та конфіденційності даних, якими їхні системи обмінюватимуться з центральною базою даних (ЦБД).

НСЗУ забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я та веб-сайту, на якому розміщується інформація про електронну систему охорони здоров'я (далі – веб-сайт системи).

Власником центральної бази даних, у тому числі майнових прав на програмне забезпечення центральної бази даних, є держава у особі НСЗУ.

Розпорядником Реєстру медичних спеціалістів та Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я та володільцем їх відомостей є Міністерство охорони здоров'я. Розпорядником інших реєстрів та володільцем їх відомостей та іншої інформації у центральній базі даних є НСЗУ, якщо інше не визначено законодавством.

В місті Полтава в комунальному підприємстві «4-а міська клінічна лікарня ПМР» інформаційні системи впроваджувалися з початку існування у вигляді окремих програмних комплексів (лікарняні листи, реєстратура, статистичний облік).

З 2007 року в лікарні було розпочато впровадження медичної інформаційної системи – МІС «Каштан». Впровадження інформаційної системи – по-перше, дає більший об'єм інформації лікарю про хворого, а по-друге – для хворих менша затрата часу на прийом до лікаря.

За допомогою цієї системи в електронному режимі здійснюється:

- формування амбулаторної картки хворого;
- картка призначених ліків;
- запис на прийом до лікарів;
- графік роботи кабінету лікаря;
- лист непрацездатності;
- відстежується проходження хворих по фахівцям;

- в автоматичному режимі розподіл хворих по дільницям;
- створюється статистична звітність;
- виписка рецептурних бланків.

Створена корпоративна комп'ютерна медична мережа забезпечує автоматизацію процесу організації надання медичної допомоги мешканцям міста.

Відділення КП «4-а МКЛ ПМР» були об'єднані в єдину мережу з використанням неекранованої виті пари 5 категорії (UTP cat5). Було придбано і встановлено сервер баз даних. Створено реєстр всього населення міста. З 2010 року всі будівлі лікарні були об'єднані в єдину мережу за допомогою оптоволоконного кабелю.

Також до мережі та МІС була під'єднана 3-я міська клінічна поліклініка м. Полтави – розпочалася розбудова міської медичної корпоративної мережі. В 2018 році до мережі було під'єднано Комунальний заклад «3-я міська клінічна лікарня м. Полтави» Полтавської міської ради (нині КП «3-я міська клінічна лікарня Полтавської міської ради») також за допомогою оптоволоконного кабелю.

На даний момент в єдину мережу об'єднано три медичних заклади міста Полтави. В будівлях КП «4-а МКЛ ПМР» прокладено не менше п'яти кілометрів неекранованої виті пари. Обладнано 131 автоматизоване робоче місце лікаря. Зв'язок між будівлями закладів забезпечується двома операторами кабельного інтернету за технологією «vlan».

В КП «4-а МКЛ ПМР» обладнана серверна, в якій встановлено: сервер баз даних, сервер терміналів, шлюз для інтернету, файловий сервер, внутрішній web-сервер. В 2019 році на кошти міської ради був придбаний потужний сервер, на який перенесено базу даних. Старий сервер баз даних лікарня планує використати як сервер PACS. В даний час заклад замовив проект модернізації мережі та планує перейти з некерованого мережевого обладнання на кероване третього рівня.

До переваг створення єдиного інформаційного простору відноситься:

- запровадження електронного документообігу та системи відкритих ключів;
- дворівневий захист від втрати (знищення) інформації та забезпечення автономності роботи всіх користувачів на всіх рівнях;

- широкі можливості для обміну даними між регіонами в режимі реального часу, а також зберігання даних практично без обмеження за обсягом і тривалістю;
- відсутність витрат на придбання прикладного програмного забезпечення для закладів охорони здоров'я внаслідок використання хмарних технологій з можливістю оновлення одночасно у всій системі;
- відсутність витрат на постійне утримання технічних спеціалістів (системних адміністраторів, програмістів) не передбачених штатним розписом;
- низька вартість розгортання в масштабах країни і регіонів;
- імплементація в найкоротші терміни (до п'яти років);
- можливість ведення будь-яких реєстрів в системі охорони здоров'я з підтримкою їх актуальності в режимі реального часу;
- можливість негайного доступу до медичних даних пацієнта незалежно від місця реєстрації та місця звернення за медичною допомогою;
- широкі можливості для популяційних і наукових досліджень в області медицини, шляхом отриманої інформації;
- комфортний доступ лікарів до медичних баз знань, сформованих на основі використання пропонованої системи.

Інформатизація охорони здоров'я сьогодні – невід'ємний, можливо, головний компонент будь-якого реформування галузі охорони здоров'я в сучасних умовах.

Список літератури:

1. Качмар В. О. Медичні інформаційні системи – стан розвитку в Україні. *Український журнал телемедицини та медичної телематики*. 2010. Т. 8., №1. С.12-17.
2. Чурпій І.К. Сучасний стан інформатизації в медицині. *Буковинський медичний вісник*. 2011. Т. 15, N 1. С. 171-173.
3. Застосування МІС «Доктор Елекс» для автоматизації та управління діяльністю медичної установи: Методичні рекомендації 2008 / МОЗ України, Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. К., 2008.
4. ЕМСМЕД. Медична інформаційна система [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://mamed.ua/>. Заголовок з екрану.
5. Олексієнко М.М. Інформаційна система прогнозування захворювання населення під впливом шкідливих домішок оточуючого середовища. *Управління розвитком складних систем*. Зб. наук. праць. 2011. Вип. 7. С. 106-112.

РОЗДІЛ IV. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА УКРАЇНИ

Правові аспекти медичної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок бойових дій на Сході України

Ждан В. М.,¹ Гавловський О.Д.^{1,2}

¹Українська медична стоматологічна академія, Полтава

²ПРАТ "Миргородкурорт"

Незважаючи на всі заходи, які були вжиті і продовжують вживатись урядом країни та світовою спільнотою, ситуація у східних регіонах України лишається вкрай напруженою і постійно вимагає від держави заохочення матеріальних і людських ресурсів [1, 2]. Збройний конфлікт триває і постійно призводить до людських жертв серед українських цивільних та військових [3]. Важливо пам'ятати, що крім незворотних людських втрат, наявна велика кількість фінансової, соціальної та психологічної шкоди військовослужбовцям, які беруть участь в обороні держави [4, 5]. Важливим напрямком системи медичної служби є відновлення та збереження здоров'я, а також працездатності осіб, які стикалися з військовими діями в Україні [6, 7, 8].

Основні підходи до реабілітації, розроблені експертами ВООЗ, зосереджені на системі заходів, спрямованих на найшвидше і найповніше відновлення фізичного, психологічного та соціального стану пацієнта з метою активної інтеграції пацієнта в суспільство. За рахунок того, що постійно збільшується кількість учасників бойових дій проведення комплексу заходів щодо реабілітаційного лікування та подальшої соціальної інтеграції ветеранів антитерористичної операції в суспільстві є одним із пріоритетних напрямів соціальної політики держави [9, 10].

Мета дослідження. Метою даного дослідження було визначити існуючі нормативно-правові механізми надання реабілітаційної допомоги, в першу чергу медичної реабілітації, для контингенту учасників збройного конфлікту у східних регіонах України (учасників антитерористичної операції / операції об'єднаних сил).

Матеріали та методи. Для виконання цих завдань використовувались стандартні методи наукового дослідження – бібліосемантичний, для аналізу наявних у літературних джерелах даних, та контент-аналіз – для дослідження існуючої нормативно-правової бази (закони, постанови, тощо).

Результати. Одним із основних обов'язків держави, який вона безумовно виконує, є забезпечення соціального захисту учасників антитерористичної операції. Перш за все, важливим моментом для дослідження виступало питання щодо віднесення осіб до категорії учасників антитерористичної операції / операції об'єднаних сил.

Згідно з 6 статтею Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» учасниками бойових дій визнаються військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) і працівники військових формувань України, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в АТО, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах проведення АТО, а також працівники підприємств, установ та організацій, які залучалися і брали безпосередню участь в АТО в районах її проведення [9]. Постановою Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2014 р. № 413 затверджено Порядок надання та позбавлення статусу учасника бойових дій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення. Змінами від 15 лютого 2020 р. до цієї Постанови внесено порядок отримання даного статусу добровольцями, які брали безпосередню участь в АТО [10].

Постановою Кабінету Міністрів України від 5 грудня 2018 р. №1021 затверджено Державну цільову програму з медичної, фізичної реабілітації та психосоціальної реадaptaції постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2023 року [11].

Загальний алгоритм визначення потреби та надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям, що повертаються із зони конфлікту передбачає наступний механізм: після повернення із зони ООС на рівні районних військових комісаріатів визначається необхідна консультативна допомога – військового спеціаліста, експерта соціальної сфери або медичних спеціалістів.

На рівні військового спеціаліста стоїть завдання виявити військовослужбовців, які мають проблеми із станом здоров'я та

направити їх до закладів охорони здоров'я. Особлива увага приділяється діагностиці гострих реакцій на стрес, виявленню ознак фізичної та психічної втоми, сильної астенизації, психічної дезадаптації тощо. Обов'язковим є проведення спеціалізованих індивідуальних психологічних консультацій з проблем алкоголізму та наркоманії, асоціальної поведінки, проблем у гострих психологічних кризах тощо [12].

Говорячи про причини, що призводять до втрати здоров'я та необхідність реабілітаційних заходів, можна сказати, що основна частина складається з різних посттравматичних станів і розладів: травм, а також психологічних розладів (посттравматичний стресовий розлад, психологічні розлади тощо). Слід також зазначити, що крім посттравматичних втрат здоров'я, часто стійкі втрати здоров'я (втрата працездатності) спричиняються різними інфекційними та паразитарними захворюваннями, а також різними умовами терапевтичного профілю: патологією крові та кровотворних органів, ендокринними розладами, захворюваннями нервової системи, ока та його відростка, вушного та соскоподібного відростка, кровоносної системи, дихальної системи, травної системи, сечостатевої системи.

Важливість медичної реабілітації для учасників збройного конфлікту була підкреслена Указом Президента №150 від 18 березня 2015 року, який наполягав на необхідності вжити заходів щодо запровадження обов'язкового медичного обстеження стану здоров'я демобілізованих учасників антитерористичної операції [13]. Кабінет Міністрів видав Розпорядження "Про затвердження Плану заходів з медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції" № 359-р від 31.03.15 р., який передбачає обов'язковість медичної реабілітації військовослужбовцям після участі в АТО [14]. Відповідно до статті 35-5 законодавства України про охорону здоров'я визначено, що медична реабілітаційна допомога надається лише після визнання особи з інвалідністю відповідно до встановленого законодавства та здійснюється за медичними показаннями у певному порядку та забезпечує формування державної охорони здоров'я [15].

Для вдосконалення механізму медичної реабілітації та підвищення її ефективності в Україні розроблено та впроваджено план заходів щодо впровадження Міжнародної класифікації функціонування, а також кваліфікаційні характеристики більшості фахівців реабілітації: лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, помічника фізичного терапевта.

Міністерство охорони здоров'я України розробило Концепцію реформи медико-соціальної експертизи, яка змінює підхід до інвалідності - послуги з медичної реабілітації повинні починатися з моменту виникнення проблеми зі здоров'ям, а не лише після встановлення статусу інвалідності. Такий підхід повинен підвищити рівень відновлення функцій організму до максимально можливого рівня відновлення. Медична реабілітація включена до програми медичних гарантій відповідно до Закону України "Про державні фінансові гарантії охорони здоров'я" [16].

Як правило, схема медичної реабілітації демобілізованих військовослужбовців, які повертаються з зони АТО/ООС, передбачає проведення комплексного медичного обстеження з подальшим встановленням діагнозу, наступним наданням відповідної медичної допомоги та визначенням механізму подальшої реабілітації (рис. 1). Основними завданнями медичної реабілітації є відновлення здоров'я, усунення патологічного процесу, попередження виникнення ускладнень та рецидивів, відновлення або часткова чи повна компенсація втрачених функцій, підготовка до побутових та виробничих навантажень, запобігання стійкої втрати працездатності (інвалідності).

Засоби, що використовуються в медичній реабілітації різноманітні і нерівноцінні на різних етапах реабілітації. Медична реабілітація найчастіше починається з активного лікування, де переважає патогенетична медикаментозна терапія чи хірургічне лікування, спрямовані на ліквідацію чи зменшення активності патологічного процесу. Лікування поступово замінюється підтримуючою фармакотерапією та різними засобами немедикаментозної терапії. Роль немедикаментозних засобів реабілітації поступово зростає на наступних етапах реабілітації і призначається з метою прискорення видужання, досягнення тривалої ремісії, відновлення працездатності, попередження інвалідності, повернення хворого в суспільство.

Департаментами охорони здоров'я обласних адміністрацій розроблено та впроваджено «дорожню карту» медичної реабілітації військовослужбовців медичної реабілітації військовослужбовців, працівників Збройних Сил України, Національної гвардії, інших силових структур, що брали участь у антитерористичній операції (Рис. 2).



Рис. 1. Схема вибору програми реабілітації.

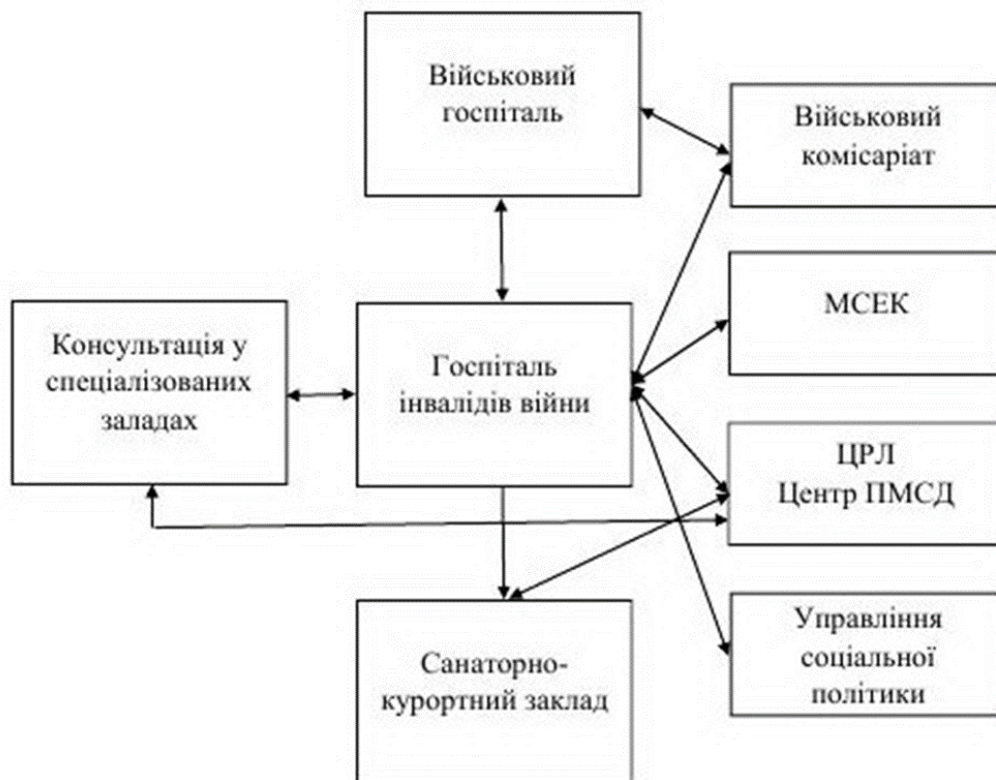


Рис. 2. Схема надання медичної допомоги, відновного лікування та реабілітаційних заходів для учасників АТО, в т.ч. демобілізованих, в лікувально-профілактичних закладах

Висновки. Як видно з проведених досліджень, в Україні існує правове регулювання процесу надання реабілітаційної допомоги (соціальної, психологічної, медичної) для учасників збройного конфлікту у східних регіонах України (АТО/ООС). Окремо слід зазначити, що організаційні механізми забезпечення реабілітації постійно вдосконалюються: запроваджено Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життя та здоров'я дітей і підлітків, розроблено кваліфікаційні характеристики реабілітологів, спеціалістів з реабілітації, фізіотерапевта, ерготерапевта, асистента лікувальної фізкультури, асистента ерготерапевта.

Також було визначено, що незважаючи на постійне вдосконалення організаційної та нормативно-правової бази надання реабілітації, існує проблема відсутності уніфікованих протоколів надання медичної реабілітації - існує лише протокол заходів щодо посттравматичного стресу розлад.

Доступна та застосована "дорожня карта" надання медичної допомоги, репаративного лікування та реабілітаційних заходів у закладах охорони здоров'я для учасників АТО.

Список літератури.

1. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки, 2015, 124: 230-233.
2. Коцюруба Р. М. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. Актуальні проблеми проектування, виготовлення і експлуатації озброєння та військової техніки: матеріали Всеукраїнської науково-технічної конференції, Вінниця, 17–19 травня 2017 р.: 183-187., 2017.
3. Wittke C. The Minsk Agreements—more than “scraps of paper”? East European Politics. 2019; Vol.35. №3: 264-290.
4. Высочина И.Л., Мороз С.М., Василевская И.В. Особенности медицинского сопровождения участников АТО на первичном уровне оказания медицинской помощи. Медичні перспективи, 2016. Т. XXI. №2,ч.1: 35-39.
5. Мойса Б. Реабілітація жертв конфлікту. Чи пропонує держава щось, крім встановлення інвалідності та милиць? /за ред.: О.Павліченко, О. Мартиненка/ Українська Гельсінська спілка з прав людини. К., 2018. 64 с.
6. Агаєв Н.А., Скрипкін О.Г., Дейко А.Б. та ін. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації). Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
7. Розпорядження Кабінет міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р “Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров’я”.URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>
8. Дидач В., Василленко Л., Лавренюк В. та ін. Виконання Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції: аналітичний звіт.Громадська організація «Всеукраїнська правозахисна організація «Юридична сотня». 44 с.
9. Закон України № 3551-ХІІ від 22.10.1993. “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12>
10. Постанова Кабінет міністрів України № 413 від 20.08.2014 р. «Про затвердження Порядку надання та позбавлення статусу учасника бойових дій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та

територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення». – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/413-2014-%D0%BF>

11. Постанова Кабінет міністрів України № 1021 від 5 грудня 2018 р. «Про затвердження Державної цільової програми з медичної, фізичної реабілітації та психосоціальної реадaptaції постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2023 року». – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2018-%D0%BF>

12. Наказ Міністерства оборони України № 702 від 09.12.2015 “Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16>

13. Указ Президента України № 150 від 18 березня 2015 “Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції” URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/150/2015>

14. Розпорядження Кабінет міністрів України № 359-р від 31 березня 2015 р. “Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції” URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80>

15. Закон України №2801-XII від 19.11.1992 “Основи законодавства України про охорону здоров'я” URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

16. Закон України №2168-VIII від 30.01.2018 “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

17. Наказ Міністерство оборони України № 703 від 09.12.2015 “Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України”
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1681-15>

Конституційні основи забезпечення права людини на здоров'я: порівняльно-правовий аспект

Муляр Г.В.

Академія праці, соціальних відносин і туризму, Київ

Істотне погіршення екологічної ситуації, стану навколишнього природного середовища в Україні в останній чверті ХХ – на початку ХХІ ст., пов'язані із цілим комплексом проблем. Серед них аварії техногенного характеру (наприклад, аварія на Чорнобильській АЕС у квітні 1986 р.), забруднення атмосферного повітря через викидання промислових відходів й збільшення кількості використання автотранспортних засобів, погіршення екологічного стану водних ресурсів тощо. Все це у сукупності із погіршенням якості продуктів харчування, веденням нездорового способу життя (особливо серед молоді), незадовільною ситуацією у сфері медичного забезпечення охорони здоров'я – спричинило зростання кількості хворих громадян (у першу чергу – на онкологічні захворювання, туберкульоз тощо) і зменшення тривалості життя серед українців. Станом на травень 2018 р. вона є найнижчою в Європі: середній вік жінок становить 77 років, а чоловіків – 67 років [1].

У проекті Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України зазначається, що Україна має один із найгірших показників серед систем охорони здоров'я в європейському регіоні та знаходиться на другому місці за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення), яка збільшилась на 12,7% за останні 20 років. При цьому, у Європейському Союзі (далі – ЄС) цей показник знизився на 6,7%. Крім того, в Україні одну чверть від загальної кількості смертності складає смертність серед працездатного населення (а для чоловіків це третина всіх смертей) [2].

Загалом на даний час слід констатувати погіршення в Україні демографічної ситуації. Тому, з метою збереження генофонду нації необхідно терміново впровадити низку заходів для покращення цієї ситуації, оскільки це впливає на національну безпеку України.

«Створення дієвого механізму захисту прав людини є запорукою мінімізації загроз для національної безпеки України, що особливо актуально в умовах викликів сьогодення» [3, с. 346].

Зазначене вказує на необхідність термінового вирішення проблеми забезпечення права людини на здоров'я (насамперед – на конституційному рівні), а також створення дієвого механізму реалізації цього права. У розділі II Основного закону України закріплені природні, політичні, соціальні, економічні, культурні, сімейні, екологічні, інформаційні та інші права й свободи людини і громадянина в Україні [4, с. 536].

Підписання Угоди про асоціацію між Україною та ЄС від 21 березня та 27 червня 2014 р., в якій зазначено, що «співробітництво у сфері юстиції, свободи та безпеки буде відбуватися на основі принципу поваги до прав людини та основоположних свобод» (ст. 14) [5], підштовхує нашу державу використати досвід держав ЄС, щодо закріплення конституційних засад забезпечення права людини на здоров'я з урахуванням вказаних принципів.

У цьому контексті доцільно здійснити компаративний аналіз конституційних засад забезпечення права людини на здоров'я в Україні, Чеській та Польській Республіках. Підставою вибору конституцій вказаних країн є те, що вони:

– як і Україна, певний час перебували у радянській політико-правовій системі;

– не лише приєдналися до умов Маастрихтського договору про створення ЄС 1992 р., але є одними з послідовних прихильників вступу України до ЄС.

Крім того, ці країни об'єднують давні історичні стосунки дружби й співробітництва, а у правовій сфері – взаємні рецепції норм законодавства, їх адаптації до місцевих умов.

У статті 3 Конституції України 1996 р. визначено: «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава звітує перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави» [6]. З цього засадничого принципу закономірно випливає й логіка побудови пріоритетних функцій держави, стратегічних і тактичних цілей її діяльності. Зокрема, права, свободи та обов'язки людини і громадянина, у тому числі й на охорону здоров'я, закріплено у розділі II Основного закону України.

Це свідчить про відповідність даного закону міжнародним нормам права та є підтвердженням однієї з важливих ознак існування України, як демократичної держави [7, с. 25].

Оскільки право на здоров'я належить до групи невід'ємних прав людини, то природньо, що законодавець приділив увагу його конституційному забезпеченню вже у перших статтях розділу II Основного Закону. Так, в ч. 3 ст. 27 Конституції України зазначається: «Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань». Стаття 28 безпосередньо не розкриває зміст права на здоров'я, але юридичний аналіз її тексту свідчить про прагнення держави забезпечити це право: «Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідженням» (ч. ч. 2 і 3) [6].

Із правом на здоров'я тісно пов'язані й інші права (точніше, вони логічно доповнюють або розкривають зміст права на здоров'я). Зокрема, у чч. 1-3 ст. 49 Конституції України зазначено: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [6].

Зміст останньої частини вказаної статті було розтлумачено у Рішенні Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року № 10-рп/2002 у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення ч. 3 ст. 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу). Зокрема, у рішенні було зазначено, що положення ч. 3 ст. 49 Конституції України слід розуміти так, що «у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги» [8]. Це рішення є важливим, адже визначає обов'язок

державних і комунальних (муніципальних) закладів охорони здоров'я безумовно надавати медичну допомогу на безоплатній основі.

Із правом на здоров'я також пов'язане право кожного на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Це положення закріплене у ст. 50 Конституції України, у частині другій якої зазначено: «кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена» [6].

Право людини на здоров'я закріплене також і в інших нормативно-правових актах, які за своїм характером є конституційними, оскільки деталізують відповідні статті Конституції. Такими нормативно-правовими актами є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [9], Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» [10] тощо.

На перший погляд конституційне забезпечення права людини на здоров'я в Україні є достатнім. Так, у вітчизняній юридичній науковій літературі визначаються (виходячи зі змісту відповідних законів) наступні права громадян у сфері охорони здоров'я: на профілактичні заходи, на доступність, на інформацію, на згоду, на свободу вибору, на приватність і конфіденційність, на безпеку, на індивідуальний підхід до лікування, на подання скарги, на відшкодування шкоди тощо [11].

Деякі українські вчені та юристи-практики небезпідставно звертають увагу на суттєві прогалини законодавства, щодо чіткості визначення окремих понять і термінів, які містяться в ньому (включаючи і Конституцію України), та які повинні розкривати суть конституційних засад забезпечення права людини на здоров'я, а також на необхідність оновлення чинного конституційного законодавства під час проведення в Україні медичної реформи, розпочатої у 2017 році. Це, в свою чергу, впливає як на автентичне тлумачення органами державної влади, місцевого самоврядування, судовими установами відповідних нормативних приписів, так і на безперешкодну реалізацію громадянами України своїх законних прав.

Такими прогалинами є:

– відсутність чіткого розмежування змісту права на охорону здоров'я і на медичну допомогу [12, с. 91];

– недостатня визначеність різниці у поняттях «медична допомога» і «медична послуга», а також відсутність врегулювання

питань надання безоплатної чи платної медичної допомоги таким групам суб'єктів як іноземці [13, 14, с. 136];

– нечіткість дефініції «державне управління охороною здоров'я» та «громадське здоров'я», а також відсутність у конституційно-правовому законодавстві деяких важливих понять (наприклад, «єдиний медичний простір») [15, с. 112];

– недосконалість і невідповідність новим реаліям життя конституційно-правового закріплення гарантій реалізації права людини на здоров'я [16, с. 412];

– повільність удосконалення нормативно-правового закріплення етапів проведення медичної реформи в Україні [17];

– недосконалість дефініцій «активна евтаназія» і «пасивна добровільна евтаназія» [18, с. 228–229];

– невідповідність конституційного права на охорону здоров'я і медичну допомогу в Україні основним міжнародно-правовим стандартам, оскільки в міжнародних договорах, учасником яких є Україна, це право розглядається набагато ширше, і включає в себе соціальне благополуччя людини [19, с. 530].

У вітчизняній науковій літературі зазначені проблеми пропонується вирішити шляхом формулювання авторських дефініцій таких понять як «право на охорону здоров'я», «право на медичну допомогу», «медична послуга», «єдиний медичний простір», а також удосконалення конституційно-правового закріплення гарантій реалізації права людини на здоров'я. Позитивним є той факт, що учені обґрунтовують свою позицію необхідністю звернення уваги до міжнародного й європейського досвіду конституційного закріплення права людини на здоров'я.

Закономірно, що на необхідності враховувати досвід країн ЄС ґрунтуються і основні положення різних проектів органів державної влади і управління, незалежних громадських організацій та нормативно-правових документів, які мають визначати фундаментальні принципи побудови охорони здоров'я людини в Україні. Це, зокрема, проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України, який представлений МОЗ України 07.08.2014 року, Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025 років, Постанова Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні» від 21.04.2016 року, Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України, анонсована Незалежною

експертною платформою «ПРО S VITA» 08.11.2017 року та інші [2; 20; 21; 22].

При побудові нової національної системи охорони здоров'я України використовується досвід Польщі та Чехії. Зокрема, в Конституції Польщі стверджується принцип турботи держави за непорушність прав і свобод громадян. Це впливає зі ст. 5 даного нормативного акту, яка вказує: «Польська Республіка стоїть на сторожі незалежності і недоторканості своєї території, забезпечує свободи і права людини і громадянина, безпеку громадян, стоїть на сторожі національної спадщини, а також забезпечує охорону довкілля, керуючись принципом збалансованого розвитку» [23]. Цей же принцип зазначено і в II розділі Конституції України.

Цікаво, що в Конституції Польщі право на здоров'я чітко не визначається, але з юридичного аналізу її тексту впливає намагання держави забезпечити це право. Так, у ст. 39 зазначається: «ніхто не може бути підданий науковим дослідям, включаючи медичні, без вільно вираженої згоди», а у ст. 40: «ніхто не може бути підданий катуванню або жорстокому, нелюдському чи принизливому поводженню і покаранню. Забороняється застосування тілесних покарань» [23]. Такі ж нормативи зазначені у ст. 28 Конституції України.

Водночас особливістю Конституції Польщі є те, що у ній проглядається позиція держави щодо закріплення типологізації прав і свобод людини і громадянина. Так, право на здоров'я віднесено до підрозділу «Особисті свободи і права», натомість право на охорону здоров'я уміщено до підрозділу «Економічні, соціальні і культурні свободи і права». Вбачається, що в Конституції Польщі норма про право на охорону здоров'я сформульована більш чітко, особливо в частині обов'язків держави дбати про забезпечення цього права та зобов'язання держави опікуватись здоров'ям малозахисених верств населення. Зокрема, у ст. 68 Конституції зазначено: «1. Кожний має право на охорону здоров'я. 2. Громадянам незалежно від їх матеріального стану публічна влада забезпечує рівний доступ до медичної допомоги, що фінансується за рахунок публічних коштів. Умови і обсяг надання медичної допомоги визначаються законом. 3. Публічна влада зобов'язана особливо піклуватися про здоров'я дітей, вагітних жінок, осіб з фізичними і розумовими вадами та осіб похилого віку. 4. Публічна влада зобов'язана боротися з епідемічними захворюваннями і попереджати негативні для здоров'я

наслідки погіршення стану довкілля. 5. Публічна влада підтримує розвиток фізичної культури, особливо серед дітей і молоді» [23].

Крім того, у тексті Конституції Польщі більш детально прописані обов'язки держави стосовно забезпечення охорони навколишнього природного середовища. Зокрема, у ст. 74 цієї Конституції зазначається: «1. Публічна влада здійснює політику, що забезпечує нинішньому і майбутнім поколінням екологічну безпеку. 2. Охорона довкілля є обов'язком публічної влади. 3. Кожний має право на інформацію про стан довкілля і про його охорону. 4. Публічна влада підтримує дії громадян, спрямовані на охорону довкілля і покращення його стану» [23].

Конституція Чехії від 16 грудня 1992 р. є специфічною у тому сенсі, що у ній відсутній, як у «традиційних» конституціях держав світу, розділ про права, свободи і обов'язки людини і громадянина. Це можна пояснити тим, що Конституція фактично складається з двох конституційних актів: власне Конституції і Хартії основних прав і свобод від 9 січня 1991 р., яка є складовою частиною Конституції відповідно до ст. 3 цього Закону [24].

Структура зазначеної Хартії є подібною до розділу про свободи, права і обов'язки людини і громадянина Конституції Польщі. Вона теж побудована за принципом типологізації прав і свобод. Формальна невизначеність поняття «право на здоров'я», яка викладена у Хартії, об'єднує її із Конституціями Польщі та України. Більш того, як і у двох означених Конституціях, в Хартії закріплено намагання держави забезпечити це право. Так, у п. 2 ст. 7 (розділ I «Основні права і свободи людини» глави II «Права людини і основні свободи») зазначається: «Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує, поводженню чи покаранню» [24].

Подібно до Конституції Польщі, у Хартії уміщено право на охорону здоров'я до глави II «Економічні, соціальні і культурні права», а також чітко прописані права незахищених з різних причин верств населення. Зокрема, у ст. 31 Хартії зазначено: «Кожен має право на охорону здоров'я. На основі соціального страхування громадяни мають право на безкоштовне медичне обслуговування і на медичну допомогу на умовах, встановлених законом». Пунктами 1 і 2 ст. 29 передбачено: «Жінки, молодь і особи з вадами здоров'я мають право на підвищену охорону здоров'я в процесі праці і особливі умови праці»; «Молодь і особи з вадами здоров'я мають право на

особливий захист у трудових відносинах і на допомогу в оволодінні професією» [24].

В Хартії, як і в Конституціях України і Польщі, зафіксовано прагнення держави забезпечити право людини і громадянина на безпечне навколишнє природне середовище. Зокрема, в пунктах 1 і 2 зазначено, що «кожен має право на сприятливе навколишнє середовище» і «кожен має право на своєчасну і повну інформацію про стан навколишнього середовища і природних ресурсів» [24].

Стан охорони здоров'я в Польській і Чеській Республіках. Крах у кінці 80-х років ХХ ст. «соціалістичного табору», прийняття Конституції Польщі і Чехії започаткували ряд істотних змін у сфері охорони здоров'я громадян цих держав. Насамперед це пов'язано із низкою проведених реформ у медичній галузі. Такий досвід є корисний і для України, в якій відхід від «моделі Семашка» (фінансування лише за рахунок оподаткування, жорстка централізація, повне безкоштовне медичне обслуговування), на відміну від наших сусідів, відбувається лише з 2017 р.

Досвід Польської Республіки. Реформу у сфері охорони здоров'я людини і громадянина у цій державі було проведено протягом 1997 – 2003 рр. Так, у 1997 р. було прийнято Закон «Про загальне медичне страхування», а разом із тим створено Систему соціального медичного страхування та 17 фондів медичного страхування. У 2003 р. ці фонди були замінені Народним фондом охорони здоров'я, який фінансується за рахунок державного бюджету (система Беверіджа). «Нині майже 98% населення охоплено системою соціального медичного страхування, яке є обов'язковою для більшості громадян» [25, с. 14].

Науковці зазначають, що «Польща побудувала фінансування медицини за принципом солідарного обов'язкового медичного страхування. Платником за медичні послуги і ліки виступає Національний фонд охорони здоров'я, наповнення якого відбувається через індивідуальні податкові відрахування. Передусім їх здійснюють працівники та підприємці. Але навіть особи, які отримують допомогу з безробіття, зобов'язані робити такі відрахування» [26]. Відрахування зазначених суб'єктів за своєю грошовою масою є різними, але відповідно до Конституції Польщі доступ до медичних послуг, які надаються державними медичними закладами, є рівний для усіх (у Польщі всі медичні заклади поділені на три типи: державні (як правило, великі і середні), приватні і ті, що належать органам місцевого самоврядування).

Важливою проблемою, вирішення якої є актуальним і для України, є дилема: подальша централізація (радянська модель) чи децентралізація усієї системи охорони здоров'я. У Польщі державне управління системи охорони здоров'я відповідає загальноприйнятим нормам ЄС про бажану децентралізацію такого управління. Тому «управління системою охорони здоров'я розділене між Міністерством охорони здоров'я, Народним фондом здоров'я та органами місцевого самоврядування. Міністерство охорони здоров'я встановлює національну політику і надає фінансування довгострокових цілей у сфері охорони здоров'я. Народний Фонд Здоров'я має справу з розподілом фінансування між застрахованим населенням. Місцеві органи влади несуть відповідальність за надання місцевих послуг у сфері охорони здоров'я, лікарні та оплату послуг та організацію лікарів» [25, с. 19].

Як відомо, будь-яка реформа проводиться не задля самої реформи, а з метою покращення життя громадян. Досвід Польщі (попри існуючі проблеми) щодо реформ у сфері охорони здоров'я є достатньо показовий: наприклад, у 2009 р. загальна тривалість життя жінок становила 80%, а чоловіків – 71,6% (в Україні ж – відповідно 77 і 67%).

Досвід Чеської Республіки. Система охорони здоров'я у Чехії подібна до тієї, що створена у Польщі і ґрунтується на принципі децентралізації системи охорони здоров'я, а також обов'язкового медичного страхування (модель Бісмарка) (це відбулось у 1991 р. на основі прийнятого Закону про всезагальне медичне страхування і Закону про фонд всезагального медичного страхування). Як і у Польщі, у кінці 80-х – на початку 90-х років ХХ ст., відбувалась приватизація багатьох закладів надання медичних послуг населенню. Однак це не означає скасування безоплатної медичної допомоги, адже ст. 31 Хартії основних прав і свобод від 9 січня 1991 р. визначає, що така допомога здійснюється за рахунок коштів громадського страхування.

Як і у Польщі, фінансування медичної сфери здійснюється за принципом солідарного обов'язкового медичного страхування. Система охорони здоров'я «фінансується шляхом здійснення внесків фізичними особами та роботодавцями. На кінець 2011 р. налічується 8 фондів громадського медичного страхування, які є своєрідними юридичними утвореннями зі статусом громадської, неприбуткової особи, але такі організації незалежні від держави і мають власні бюджети. Ставки обов'язкових внесків на громадське медичне

страхування визначені у законодавстві. Держава платить внески за всіх економічно неактивних громадян, включаючи безробітних, пенсіонерів, дітей, студентів та жінок у декретній відпустці, що разом становлять більше половини всього населення. Будь-яка особа з постійним місцем проживання у Чехії має право на медичне страхування» [27].

Організація управління системою охорони здоров'я також є подібною до тієї, що створена у Польщі. Так, «централізоване управління галуззю проводить міністерство охорони здоров'я, яке забезпечує єдине керування державною системою охорони здоров'я та видає регулюючі нормативно-правові акти, які є обов'язковими для виконання. Іншим учасником процесу надання медичної допомоги у Чехії є фонди медичного страхування. Найбільший серед них – Фонд всезагального медичного страхування, засновником і гарантом діяльності якого є держава» [28]. Ще одним учасником вказаного процесу є «широка мережа закладів охорони здоров'я, що мають декілька форм власності: приватна (амбулаторна медична допомога – самостійно практикуючі лікарі та їх об'єднання – поліклініки, центри первинної допомоги); державна – стаціонарна медична допомога (лікарні, університетські клініки)» [28].

Як висновок, слід зазначити, що конституційне забезпечення права на здоров'я людини в Україні міститься не лише в Основному законі, але й низці нормативно-правових актів. Проведений аналіз відповідних норм свідчить про недосконалість понятійно-категоріального апарату, що відображає вказане право. Низка прогалин міститься як у Конституції, так і у Законах України (зокрема, «Основи законодавства України про охорону здоров'я» і «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення»).

Іншими проблемами є відсутність сталої Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України, повільність проведення медичної реформи, започаткованої лише у 2017 році, та відхід від радянської централізованої системи управління охороною здоров'я населення тощо.

Конституція України, Конституції Польщі та Чехії мають спільні риси щодо формулювання конституційних засад забезпечення права людини на здоров'я: принцип турботи держави за непорушність прав і свобод громадян, намагання держави у тому чи іншому вигляді сформулювати право людини на здоров'я та пов'язане з ним право на охорону здоров'я, єдність термінології («право на охорону здоров'я»,

«медична допомога», «охорона довкілля», «безпечне для здоров'я довкілля», «фінансування за рахунок публічних коштів», «безкоштовне медичне обслуговування», «громадське страхування», «медичне страхування» тощо).

Водночас у Конституціях Польщі та Чехії відображене прагнення типологізувати права і свобод людини і громадянина (а у Конституції Чехії – виділити права і свободи людини в окремий конституційно-правовий документ), закріпити обов'язок держави дбати про охорону здоров'я людини і громадянина (можна порівняти: в Конституції України зазначається «держава створює умови», «держава сприяє», у Конституції Польщі – «обов'язок публічної влади», «публічна влада забезпечує», «публічна влада зобов'язана» тощо). Не менш важливим є і прагнення держави узяти на себе обов'язок опікуватись здоров'ям незахищених чи мало захищених з тих чи інших причин верств населення (жінки (у тому числі й вагітні), діти, молодь, особи похилого віку, особи з порушенням здоров'я (або особи з фізичними і розумовими вадами).

Досвід Польщі та Чехії у сфері охорони здоров'я свідчить про необхідність:

– здійснити на конституційному рівні типологізацію прав і свобод людини та громадянина, а також виділити блок, який стосується права на здоров'я людини (або у Конституції, або через прийняття окремого акту, наприклад, Основного Закону про права і свободи людини і громадянина в Україні, попередньо провівши всеукраїнський референдум з цього питання);

– закріпити у Конституції України обов'язок держави дбати про охорону здоров'я людини і громадянина із відповідною термінологією (вживати такі терміни як «обов'язок», «зобов'язана», а не «сприяє» і «створює»);

– внести зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у частині детального визначення понять і термінів, які відображають всі аспекти права на здоров'я людини;

– прийняти Закон України «Про децентралізацію системи охорони здоров'я в Україні», в якому чітко прописати принципові положення про *обов'язкове громадське медичне страхування* (у перспективі – ввести спеціальний «медичний податок»). Водночас непорушною нормою має бути надання безоплатних медичних послуг у державних і комунальних (муніципальних) закладах охорони здоров'я на засадах рівності усім громадянам України, іноземцям,

апатридам чи біпатридам, біженцям, особам, які звернулись з проханням про надання політичного притулку, переміщеним особам тощо.

Необхідно констатувати, що результатом започаткованих реформ у сфері охорони здоров'я має стати збільшення загальної тривалості життя українців, а також постійне зростання кількості населення в Україні як за рахунок підвищення народжуваності з одночасним зниженням смертності, так і завдяки позитивним міграційним процесам.

Література:

1. Тривалість життя українців все ще найнижча в Європі – соціолог. Радіо Свобода. 29.05.2018. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/29256907.html>
2. Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України від 07.08.2014 року. URL: <http://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php/gromadska-rada/obgovorennya/6220-kontsepsiya-pobudovi-novoji-natsionalnoji-sistemi-okhoroni-zdorov-ya-ukrajini>
3. Шевченко А.Є., Кудін С.В. Розвиток прав людини в Україні та їх захист державою. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Права людини і національна безпека: роль органу конституційної юрисдикції» (м. Київ, 27 червня 2019 р.). Київ: КНУ імені Тараса Шевченка. С. 346–353.
4. Anatolii Shevchenko, Olena Kalhanova, Serhii Kudin & Olena Kravchenko. Guarantees of realization of the rights and freedoms of the person in the national legal system: teaching technique. *Asia Life Sciences. The Asian International Journal of Life Sciences. Supplement 21(2) 2019.* S. 535–548.
5. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 27 червня 2014 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011
6. Конституція України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр/>
7. Руснак Л.М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: дис... канд. юрид. наук. Київ, 2016. 207 с.
8. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони

- здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 № 10-рп/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#n54>
9. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
10. Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 № 4004-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
11. Права людини в сфері охорони здоров'я та форми їх захисту. Офіційний сайт м. Коростень. URL: <http://korosten-rada.gov.ua/sotsialniy-rozvitok/ohorona-zdorovya/tsentralna-miskalikarnya/prava-lyudini-v-sferi-ohoroni-zdorovya/>
12. Скалецька З.С. Співвідношення права на охорону здоров'я та права на медичну допомогу. *Наукові записки НаУКМА. Юридичні науки*. 2009. Том. 90. С. 91–93.
13. Барышников М. Конституційне закріплення права на охорону здоров'я. Порівняльний аналіз конституційної практики. ВКВ ATTORNEYS AT LAB. 01.12.2011. URL: http://bkb-law.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=86%3A2011-12-01-10-48-52&catid=34%3A2011-10-13-20-35-14&Itemid=101&lang=ru
14. Швець Ю. Зміст конституційного права особи на охорону здоров'я. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. № 8. С. 135–138.
15. Лещенко В.В., Радиш Я.Ф. Права людини на життя та охорону здоров'я – методологічна основа державного управління здоровоохоронною сферою: вступ до проблеми. *Державне управління: теорія та практика*. 2014. № 1. С. 104–113.
16. Назарко Ю.В. Гарантії реалізації права на охорону здоров'я в Україні та країнах Європейського Союзу. *Юридичний часопис Національної академії внутрішніх справ*. 2018. № 1 (15). С. 405–418.
17. Роханський А. Права людини в галузі охорони здоров'я. Українська Гельсінська спілка з прав людини. 07.03.2017. URL: <https://helsinki.org.ua/prava-lyudyny-v-haluzi-ohorony-zdorov-ya-a-rohanskyj/>
18. Шамич О.М. Співвідношення права людини на охорону здоров'я і права на життя в Україні. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2015. № 12. С. 219–233.

19. Шекера О.Г. Конституційні основи охорони здоров'я громадян в Україні. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика*. 2013. № 22 (4). С. 526–533.
20. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 років, розроблена Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. Київ. 2014. URL: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf
21. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»: Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016 № 1338-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-19>
22. Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України, анонсована Незалежною експертною платформою «ПРО S VITA». Укрінформ. 08.11.2017 року. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-presshall/2335458-nova-nacionalna-sistema-ohoroni-zdorova-ukraini-koncepcia-vid-pro-s-vita.html>
23. Конституція Польської Республіки (з передмовою Володимира Шаповала). Київ: Москаленко О.М., 2018. 84 с.
24. Конституция Чехии (Чешской Республики) от 16 декабря 1992 года. URL: <https://czholding.ru/about-cz/konstitucija-chehii/>
25. Чмель О., Пустовойт Д., Шмігель А. Аналіз системи охорони здоров'я в Польщі. *Сучасні економічні дослідження*. 2018. № 1. Вип. 1. С. 13–20.
26. Даневич Б. Медицинская реформа: полезный опыт Польши для Украины. *Українська правда*. 17.10.2017. URL: <https://www.pravda.com.ua/rus/columns/2017/10/17/7158694/>
27. Достал О. Міжнародний досвід реформування первинної медичної допомоги у Чехії. *Український медичний часопис*. 15.12.2011. URL: <https://www.umj.com.ua/article/22698/mizhnarodnij-dosvid-reformuvannya-pervinnoi-medichnoi-dopomogi-chexiya>
28. Бодян М.В. Система охорони здоров'я в Чеській Республіці. URL: <https://www.mif-ua.com/archive/article/38604>

**Актуальні питання правового забезпечення
діяльності системи охорони здоров'я України
в умовах пандемії коронавірусної інфекції (COVID-19)**
Терзі О. О.¹, Гладчук І. З.¹, Ляхова Н.О.², Плужнікова Т. В.²
¹*Одеський національний медичний університет, Одеса*
²*Українська медична стоматологічна академія, Полтава*

Увесь світ зіткнувся з наймасштабнішою загрозою у ХХІ столітті поширенням коронавірусу. Наприкінці 2019 року світова спільнота несерйозно поставилася до «дзвіночків» з Китаю, а вже у 2020 році увесь світ шукає вирішення найглобальнішої проблеми сучасності. Всесвітня організація охорони здоров'я визнала COVID-19 як пандемію. Визнання ВООЗ COVID-19 як пандемія вимагає від держав прийняття низки заходів у боротьбі з розповсюдженням інфекційних захворювань та зміцненням систем охорони здоров'я. Тобто пандемія привела до посилення прикордонного контролю, введення карантинних заходів, створення санітарних комісій і конгресів, укладання міжнародних угод в санітарно-епідеміологічній сфері. Тобто боротьба з пандемією не можлива без прийняття відповідного правового регулювання.

Коронавірус не оминув і Україну. Система охорони здоров'я України не була готова до виклику поширення COVID-19. Як вказує І. С. Демченко, національне законодавство України містить досить серйозну інституційну проблему щодо повноважень центральних органів виконавчої влади у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення та щодо захисту населення від інфекційних хвороб [1, с. 197]. Проте, Міністерство охорони здоров'я оперативно реагувало на загрозу COVID-19 у регуляторній площині. Також Верховною Радою України були внесені зміни у закони України у зв'язку з поширенням COVID-19, зокрема, Законами України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» від 30 березня 2020 р. [2] та «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з метою підвищення спроможності системи охорони здоров'я України протидіяти поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)» від 7 травня 2020 р. [3].

Якщо розглядати правову основу боротьби з COVID-19 в Україні, то необхідно розпочати з положень Конституції України. Щодо боротьби з поширенням COVID-19 має значення положення статті 49 Конституції України, а саме, по-перше, охорона здоров'я

забезпечується державним фінансуванням відповідних медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм та, по-друге, держава забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя [4]. Саме на державу покладений обов'язок створити таку систему охорони здоров'я, яка б забезпечувала санітарно-епідемічне благополуччя. Держава відповідає за інституційну спроможність протистояти поширенню COVID-19 та відповідне правове регулювання.

Положення щодо запобігання інфекційним захворюванням встановлені Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», зокрема в статті 30. У статті 30 зазначається, що саме держава забезпечує планомірне науково обґрунтоване попередження, лікування, локалізацію та ліквідацію масових інфекційних захворювань. Особи, які є носіями збудників інфекційних захворювань, небезпечних для населення, усуваються від роботи та іншої діяльності, яка може сприяти поширенню інфекційних хвороб, і підлягають медичному нагляду і лікуванню за рахунок держави з виплатою в разі потреби допомоги по соціальному страхуванню. Щодо окремих особливо небезпечних інфекційних захворювань можуть здійснюватися обов'язкові медичні огляди, профілактичні щеплення, лікувальні та карантинні заходи в порядку, встановленому законами України (частина 2 статті 30). У разі загрози виникнення або поширення епідемічних захворювань Кабінетом Міністрів України у порядку, встановленому законом можуть запроваджуватися особливі умови і режими праці, навчання, пересування і перевезення на всій території України або в окремих її місцевостях, спрямовані на запобігання поширенню та ліквідацію цих захворювань (частина 3 статті 30). Саме такі дії і здійснила Україна, впровадивши карантин. Тобто алгоритм дій влади України відповідає приписам законодавства України. Щодо обов'язків місцевих влад, то місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування зобов'язані активно сприяти здійсненню протиепідемічних заходів (частина 4 статті 30).

Щодо спеціальних законів у сфері боротьби з поширенням COVID-19 необхідно вказати Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», його остання редакція набере чинності 16 жовтня 2020 р. відповідно Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України "Про стандартизацію"» від 20 вересня 2019 р. [5]. Законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» регулюються питання

госпіталізації та лікування інфекційних хворих і носіїв збудників інфекційних хвороб (стаття 28), санітарної охорони території України від занесення інфекційних хвороб (стаття 29), запобігання особливо небезпечним, небезпечним інфекційним хворобам, масовим неінфекційним захворюванням (отруєнням) та радіаційним ураженням (стаття 30), повноважень головного державного санітарного лікаря України (стаття 40), повноважень головних державних санітарних лікарів та інших посадових осіб, які здійснюють державний санітарно-епідеміологічний нагляд (стаття 41). Розділом IV Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» регламентується компетенція та напрями діяльності Державної санітарно-епідеміологічної служби України (статті 31-38).

Наступним спеціальним законом у сфері боротьби з інфекційними захворюваннями є Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб». У Законі визначається державне регулювання діяльності у сфері захисту населення від інфекційних хвороб, зокрема, повноваження Кабінету Міністрів України у сфері захисту населення від інфекційних хвороб (стаття 3), повноваження Ради міністрів Автономної Республіки Крим і місцевих органів виконавчої влади у сфері захисту населення від інфекційних хвороб (стаття 4), повноваження органів місцевого самоврядування у сфері захисту населення від інфекційних хвороб (стаття 5), повноваження центральних органів виконавчої влади щодо захисту населення від інфекційних хвороб (стаття 6). Питання лікування і профілактики інфекційних захворювань та їхнє фінансування регламентуються статтями 7-11, питанням профілактичних щеплень присвячені статті 12-13 Закону. Права та обов'язки громадян і юридичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб визначені у статтях 17-23 Закону. Санітарна охорона території України, карантин, обмежувальні протиепідемічні заходи регулюються статтями 28-32 Закону. Так, наприклад, статтею 29 Закону встановлено, по-перше, карантин встановлюється та відміняється Кабінетом Міністрів України; по-друге, питання про встановлення карантину порушує перед Кабінетом Міністрів України центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за поданням головного державного санітарного лікаря України; по-третє, рішення про встановлення карантину, а також про його відміну негайно доводиться до відома населення через засоби масової інформації; по-четверте, карантин

встановлюється на період, необхідний для ліквідації епідемії чи спалаху особливо небезпечної інфекційної хвороби; по-п'яте, організація та контроль за дотриманням встановленого на території карантину правового режиму, своєчасним і повним проведенням профілактичних і протиепідемічних заходів покладаються на місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. Дезінфекційні заходи встановлені у статтях 33-34, облік та реєстрація інфекційних хвороб, епідеміологічне обстеження розкриті у статтях 35-37 Закону [6].

Враховуючи велику статистику заражень коронавірусом серед медичних працівників, важливим є не лише закріплення прав та обов'язків медичних працівників у статтях 38-41 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», а й також їх реалізація на практиці. Зокрема, медичним працівникам гарантовано обов'язкове державне страхування на випадок захворювання на інфекційну хворобу, окремо регулюються питання оплати праці медичних та інших працівників, зайнятих у сфері захисту населення від інфекційних хвороб. На виконання даних положень Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» був прийнятий Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 2 квітня 2020 «Про затвердження Переліку посад медичних та інших працівників, що безпосередньо зайняті у ліквідації епідемії та здійсненні заходів з запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 та лікуванням пацієнтів із випадками гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, яким здійснюється доплата в розмірі трьох окладів (тарифних ставок) за березень 2020 року».

Кабінет Міністрів України наділений повноваженнями приймати відповідні нормативно-правові акти у сфері боротьби з інфекційними захворюваннями, включаючи коронавірус. 24 квітня 2020 р. Кабінет Міністрів України прийняв постанову № 331 «Про невідкладні заходи щодо забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та належної оплати праці медичних та інших працівників, які надають медичну допомогу таким пацієнтам». Постановою № 331 встановлений розподіл коштів, передбачених для закупівлі медичних послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом

SARS-CoV-2, за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, зокрема, за такими напрямками: (1) здійснення додаткових доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я у розмірі до 300 відсотків заробітної плати (посадового окладу (з підвищеннями) з урахуванням обов'язкових доплат, надбавок) відповідно до законодавства; (2) забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами, необхідними для надання медичних послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, крім лікарських засобів та медичних виробів, постачання яких здійснюється шляхом централізованих закупівель Міністерством охорони здоров'я [7].

Постановою Кабінету Міністрів України № 331 встановлюються гарантії надання медичної допомоги у зв'язку з коронавірусом, насамперед, стаціонарної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2; екстреної медичної допомоги пацієнтам з підозрою або встановленим захворюванням на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2; медичної допомоги, яка надається мобільними медичними бригадами, що утворені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2; стаціонарної медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, яка надається окремими закладами охорони здоров'я – у рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

У Постанові Кабінету Міністрів України № 331 регламентовані обов'язки Міністерства охорони здоров'я України щодо боротьби з коронавірусом, наприклад, надавати інформацію щодо кількості пацієнтів, яким надавалася відповідна допомога з 1 квітня 2020 р. у кожному закладі охорони здоров'я; забезпечити подання щомісяця до 1 числа Національній службі здоров'я інформації щодо кількості виявлених за попередній календарний місяць випадків гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, в Автономній Республіці Крим, областях, м. Києві та Севастополі за формою, визначеною Національною службою здоров'я; забезпечити подання щомісяця до 1 числа Національній службі здоров'я інформації щодо кількості відібраних за попередній календарний місяць зразків біологічних матеріалів для тестування на

SARS-CoV-2 методом полімеразної ланцюгової реакції та кількості проведених лабораторних тестувань на SARS-CoV-2 методом полімеразної ланцюгової реакції в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі за формою, визначеною Національною службою здоров'я; забезпечити фіксування лабораторними центрами Міністерства охорони здоров'я та іншими лабораторіями, які проводять тестування на SARS-CoV-2 методом полімеразної ланцюгової реакції, в Автономній Республіці Крим, областях, мм. Києві та Севастополі інформації про установу, що передає запит на лабораторне дослідження та від якої отримано зразки біологічних матеріалів для тестування на SARS-CoV-2 методом полімеразної ланцюгової реакції [7].

Міністерство охорони здоров'я України підготувало стандарти медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», які були утверджені наказом № 1109.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 2 квітня 2020 р. № 762 був затверджений протокол «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)». Державному підприємству «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» повинно було забезпечити внесення протоколу до реєстру медико-технологічних документів.

Задля лікування та стримування поширення коронавірусу Міністерство охорони здоров'я України прийняло 4 травня 2020 р. Наказ про розподіл медичних виробів для запобігання занесенню і поширенню на території України гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом Covid-19, доповнений Наказом від 13 травня 2020 р. про розподіл медичних виробів для запобігання занесенню і поширенню на території України гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом Covid-19, закуплених за кошти Державного бюджету України на 2019 рік та Наказом від 15 травня 2020 р. про розподіл медичних виробів для запобігання занесенню і поширенню на території України гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом Covid-19, закуплених за кошти Державного бюджету України на 2019 рік.

Україна не залишилася сам на сам з пандемією, що охопила весь світ. Саме усвідомлення неможливості впоратися з цією загрозою в самотужки і спонукає до активізації міжнародного співробітництва як з державами так і з міжнародними організаціями. Саме для можливості отримання допомоги у боротьбі з поширенням коронавірусу був прийнятий Наказ Міністерства охорони здоров'я

України № 937 від 17 квітня 2020 р. «Деякі питання отримання гуманітарної та благодійної допомоги для протидії поширенню на території України коронавірусної хвороби (COVID-19)».

Окремим питанням правового регулювання боротьби з поширенням коронавірусу є доступ до лікарських засобів. Задля забезпечення доступу до лікарських засобів та медичної продукції у зв'язку з поширенням коронавірусу був прийнятий Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 6 травня 2020 р. № 778 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів (медичних імунологічних препаратів) для лікування COVID-19 та внесення змін до реєстраційних матеріалів». Наказом № 778 були внесені зміни до Державного реєстру лікарських засобів України у зв'язку з поширенням коронавірусу.

Крім доступу до лікарських засобів Міністерство охорони здоров'я України регулює діяльність фармацевтичних працівників в умовах недопущення занесення і поширення на території України випадків захворювань, спричинених коронавірусом COVID-19. Так, 24 лютого 2020 р. був прийнятий Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Рекомендацій щодо дій фармацевтичних працівників в умовах недопущення занесення і поширення на території України випадків захворювань, спричинених коронавірусом COVID-19, виявленим у місті Ухань (провінція Хубей, Китай)», яким були затверджені відповідні рекомендації для фармацевтичних працівників, а Фармацевтичний директорат повинен був забезпечити його оприлюднення.

Отже, проаналізувавши законодавство України у сфері боротьби з корона вірусом, можна прийти до висновку, що Україна оперативно внесла зміни в організаційно-правовий механізм боротьби з пандемією. Відповідні зміни були внесені в спеціальні закони України, були прийняті постанови Кабінету Міністрів України та накази Міністерства охорони здоров'я. Проте, є і прогалини, потребуючі негайного вирішення, наприклад щодо реалізації фінансування оплати праці медичних працівників.

Список літератури:

1. Демченко І.С. Інституційна спроможність захисту від інфекційних захворювань в Україні / І. С. Демченко // Часопис Київського університету права, 2020/1. – С. 196-205.
2. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» //

Відомості Верховної Ради України від 24.04.2020. – 2020 р., № 17, стор. 15, стаття 107.

3. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з метою підвищення спроможності системи охорони здоров'я України протидіяти поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)» // Голос України від 19.05.2020. – № 81.

4. Конституція України від 01.10.2010 / № 72/1 Спеціальний випуск /, стор. 15, стаття 2598.

5. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» // Відомості Верховної Ради України від 05.07.1994. — 1994 р., № 27, стаття 218.

6. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 29, ст. 228.

7. Постанова Кабінету Міністрів України № 331 «Про невідкладні заходи щодо забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та належної оплати праці медичних та інших працівників, які надають медичну допомогу таким пацієнтам» від 24 квітня 2020 р. / Урядовий кур'єр. – № 84.

РОЗДІЛ V. ПИТАННЯ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ: ВИДИ ОСВІТИ, МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ, ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА, ПЕРЕПІДГОТОВКА ТА ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ

Підготовка фахівців з лабораторної гігієнічної діагностики в умовах перебудови системи громадського здоров'я України

Гринзовський А.М.^{1,2}, Черненко Л.М.^{1,2,3}, Гринзовська В.О.³

¹*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Київ*

²*Національне агентство забезпечення якості вищої освіти, Київ*

³*Державна установа "Центр громадського здоров'я МОЗ
України", Київ*

В умовах кризи системи лабораторної діагностики інфекційних захворювань, яку виявила пандемія COVID-19, ховається чергова загроза системі громадського здоров'я, пов'язана з відсутністю повноцінної лабораторної бази для проведення гігієнічної діагностики фізико-хімічних чинників сфери життєдіяльності людини.

У той же час, відповідно до всіх відомих 10 оперативних функцій громадського здоров'я, які визначені Всесвітньою організацією охорони здоров'я, передбачено наявність системи контролю небезпек для здоров'я, пов'язаних із навколишнім середовищем, яка повинна базуватись на міжсекторальній взаємодії систем з потенціалом, засобами і методами для оцінки фактичних або очікуваних наслідків для здоров'я населення в результаті впливу факторів довкілля; механізми та дії щодо виявлення можливого небезпечного впливу; система і процедури оцінки і контролю в галузі гігієни праці; система і процедури оцінки якості повітря і надійності відповідних стандартів; система і процедури оцінки якості води та надійності відповідних стандартів; система і процедури виявлення хімічних або фізичних небезпек для здоров'я за допомогою аналізу даних нагляду або епідеміологічних досліджень; система і процедури оцінки, управління і комунікації ризиків які є в сфері життєдіяльності людини [4].

Сучасний стан лабораторного забезпечення потреб громадського здоров'я України потребує формування дієвої системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу, задіяного в проведенні лабораторних досліджень [2].

Одним із шляхів рішення даного кадрового питання є залучення до роботи в сфері громадського здоров'я випускників, які навчались за спеціальністю 224 «Технології медичної діагностики та лікування», що відноситься до галузі знань 22 «Медицина», яка затверджена постановою Кабінету Міністрів України № 266 від 29 квітня 2015 р. [5].

Підготовка магістрів за даною спеціальністю передбачає опанування навчальної дисципліни «Санітарно-гігієнічна експертиза» та виробничу практику в санітарно-гігієнічній лабораторії відповідно до «СТАНДАРТУ ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ РІВЕНЬ ВИЩОЇ ОСВІТИ, Другий (магістерський) рівень, СТУПІНЬ ВИЩОЇ ОСВІТИ, Магістр, ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ 22 – Охорона здоров'я, СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 224 – Технології медичної діагностики та лікування» [3].

Випускник, який пройшов підготовку за даною освітньою програмою, має право займати посади, зазначені в ДК 003-2010, а саме: 2229.1 Молодший науковий співробітник (галузь медицини, крім сестринської справи та акушерства); 2229.2 Лікар-лаборант; 2310.2 Викладач закладу вищої освіти. Може займати відповідні первинні посади: лікар-лаборант; лікар-лаборант з клінічної біохімії; лікар-лаборант-генетик; лікар-лаборант-гігієніст; лікар-лаборант-гігієніст з дослідження фізичних факторів навколишнього середовища; лікар-лаборант-гігієніст з дослідження хімічних факторів навколишнього середовища; лікар-лаборант-імунолог; лікар судово-медичний експерт-гістолог; лікар судово-медичний експерт-імунолог; лікар судово-медичний експерт-цитолог; молодший науковий співробітник (галузь медицини, крім сестринської справи та акушерства); викладач вищого навчального закладу [3].

Враховуючи можливість виконання функцій лікаря-лаборанта-гігієніста; лікаря-лаборанта-гігієніста з дослідження фізичних факторів навколишнього середовища; лікаря-лаборанта-гігієніста з дослідження хімічних факторів навколишнього середовища магістром - за спеціальністю 224 Технології медичної діагностики та лікування - постає потреба функціонування системи післядипломного удосконалення в царині гігієнічної лабораторної діагностики у вигляді спеціалізації та тематичного удосконалення.

Перед системою спеціалізації та тематичного удосконалення стоїть завдання поглибити рівень підготовки з наступних питань:

Організаційні основи, роль і значення інструментальних лабораторних досліджень в забезпеченні санітарно-епідемічного благополуччя населення України.

Нормативно-правові та організаційні основи проведення санітарно-гігієнічних лабораторних досліджень, чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, санітарне законодавство, основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність лікаря-лаборанта-гігієніста.

Організаційні основи, роль і значення забезпечення метрологічної єдності вимірювань при проведенні випробувань, досліджень, аналізів та оцінки їх результатів.

Значення об'єктивних даних, отриманих з використанням інструментальних лабораторних досліджень чинників середовища існування людини, досліджень, аналізів при вирішенні проблеми забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення. Розвиток якісного аналізу і кількісного вимірювання небезпечних і потенційно небезпечних для людини хімічних, фізичних і біологічних чинників, направлених на забезпечення безпеки для здоров'я людини.

Вимоги до засобів вимірювань, правила їх перевірки, контроль за станом і застосуванням. Вимоги до методик виконання вимірювань, правила їх атестації, верифікації та валідації. Розробка методик виконання вимірювань, основні вимоги до змісту і оформлення, порядок атестації і стандартизації. Стандартизація методик виконання вимірювань. Оцінка похибки вимірювань, типові причини похибки при вимірюваннях. Характеристики похибки результатів кількісного хімічного аналізу, алгоритми оцінки похибки, контроль якості результатів кількісного хімічного аналізу.

Калібрування випробувального устаткування як базова умова ДСТУ ISO 17025:2017 «Загальні вимоги до компетентності випробувальних та калібрувальних лабораторій» проведення випробувань і встановлення придатності використання випробувального устаткування відповідно до його призначення.

Державний метрологічний контроль і нагляд, зміст робіт при його проведенні, порядок проведення, права і обов'язки посадових осіб.

Забезпечення і оцінка компетентності лабораторій, акредитованих на проведення досліджень для потреб гігієнічної діагностики.

Вимоги до організаційної структури, кваліфікації персоналу гігієнічних лабораторій; їх оснащення випробувальним устаткуванням і засобами вимірювань, нормативними документами (включаючи атестовані методики виконання вимірювань),

стандартними зразками речовини і атестованими сумішами, контрольними сироватками і штамами музейних культур; достатньої кількості приміщень, необхідних умов праці персоналу та умов для проведення випробувань, інших вимог, що забезпечують стабільну якість проведення випробувань відповідно до вимог нормативних документів.

Вимоги до системи якості лабораторних підрозділів і керівництва якістю, визначені вітчизняними нормативними документами, гармонізованими з міжнародними стандартами ISO по управлінню якістю серії 9000 і 17000.

Правила (процедури) оцінки відповідності лабораторних підрозділів вимогам нормативних документів, що встановлюють критерії компетентності. Використання цих правил в діяльності самих лабораторних підрозділів з метою забезпечення підтримки своєї компетентності, якості проведення випробувань, управління якістю проведення випробувань, з одного боку, і в діяльності по зовнішній оцінці компетентності лабораторних підрозділів, з іншого.

Акредитація лабораторних підрозділів системи громадського здоров'я України як загально визнана процедура оцінки і визнання компетентності лабораторних підрозділів і засноване на цій оцінці визнання результатів випробувань, вимірювань, досліджень, аналізів, отриманих акредитованою лабораторією. Впровадження в діяльність лабораторних підрозділів вітчизняних і міжнародних правил і рекомендацій по акредитації випробувальних лабораторій.

Внутрішньолабораторний контроль якості результатів, аналітичні алгоритми і нормативи контролю. Роль внутрішньолабораторного контролю у забезпеченні достовірності результатів аналізу. Види внутрішньолабораторного контролю. Роль стандартних зразків у проведенні внутрішньолабораторного контролю. Розрахунок похибки приготування атестованих розчинів і атестованих сумішей.

Методологія проведення міжлабораторних порівняльних випробувань. Роль міжлабораторних порівняльних випробувань у забезпеченні єдності вимірювань. Вимоги до контрольних зразків для міжлабораторних випробувань. Використання державних стандартних зразків складу розчинів елементів, речовин і матеріалів.

Робота лабораторій по проведенню міжлабораторних випробувань за визначенням токсичних елементів. Складання звіту за результатами міжлабораторного експерименту, аналіз причин отримання помилкових результатів.

Методологічні основи інструментальних фізико-хімічних методів у санітарно-гігієнічних дослідженнях. Класифікація і суть інструментальних фізико-хімічних методів які використовуються в гігієнічній діагностиці природних і виробничих середовищ (вода, ґрунт, повітря) з використанням сучасних фізико-хімічних методів досліджень (хроматографія, хроматомаспектрометрія, атомна абсорбція), токсиколого-гігієнічних методів, вимірювань фізичних чинників, іонізуючих і неіонізуючих випромінювань. Представлення та обробка результатів аналізу. Розрахунок невизначеності (точність, правильність, збіжність, відтворюваність).

Хроматографічні методи в санітарно-гігієнічних дослідженнях. Хроматографічні методи. Характеристика основних хроматографічних методів. Завдання, що вирішуються із застосуванням хроматографічних методів. Тонкошарова хроматографія (ТШХ). Переваги і недоліки методу ТШХ. Газова хроматографія. Відбір проб і підготовка проб для аналізу. Формування загальної проби, усередненої проби, складання усередненого зразка, виділення аліквоти для аналізу, підготовка проб для дослідження, вимоги до чистоти реактивів і посуду.

Високоєфективна рідинна хроматографія (ВЕРХ). Переваги методу ВЕРХ в порівнянні з широко поширеним методом тонкошарової хроматографії (ТШХ). Недоліки методу ВЕРХ. Техніка хроматографічного аналізу. Способи обробки хроматограмм. Вимірювання площі піку: метод внутрішнього стандарту, метод абсолютного калібрування.

Використання оптикоспектральних та електрохімічних методів в санітарно-гігієнічних дослідженнях. Основи фотометричних методів аналізу (колориметрія, спектрометрія). Дослідження фотометричної реакції. Атомно-абсорбційна спектрометрія (ААС). Прилади для атомно-абсорбційного аналізу, їх переваги і недоліки. Методичне забезпечення атомно-абсорбційного аналізу. Полум'яно-фотометричний метод та атомно-емісійна спектрометрія з індуктивно-зв'язаною плазмою.

Застосування потенціометричного та іонометричного методів дослідження, основні характеристики полярографічного методу, особливості застосування інверсійно-вольтамперометричного (ІВА) методу. Прилади для ІВА аналізу, сучасне методичне забезпечення ІВА аналізу об'єктів навколишнього середовища.

Гігієнічна діагностика хімічних чинників середовища існування людини, їх стан і перспективи рішення проблеми хімічної безпеки.

Визначення пріоритетних забруднювачів, визначення їх в атмосферному повітрі, воді і ґрунті. Встановлення ступеню токсичності, канцерогенності. Значення стійких органічних забруднювачів у забрудненні довкілля та формуванні ризику для здоров'я людини.

Вибір хімічних речовин для оцінки ризику для здоров'я населення, визначення можливості комбінованої, поєднаної та комплексної дії, розрахунки коефіцієнту небезпеки. Види токсикологічних досліджень (гострий, субхронічний і хронічний експерименти на тваринах). Методи токсикологічних досліджень, які використовуються для оцінки токсичної дії речовин на організм. Нові методи і моделі в токсикології, які використовуються для токсиколого-гігієнічної оцінки матеріалів, виробів і об'єктів навколишнього середовища. Вибір тест-об'єктів і відповідних для них критеріїв оцінки загальної токсичності матеріалів, виробів і об'єктів навколишнього середовища.

Методи відбору проб і підготовки проб для лабораторних фізико-хімічних досліджень, зберігання і транспортування проб. Методи відбору проб повітря, води, ґрунту, продуктів харчування. Відбір проб повітря, вибір місця відбору проб, оптимальний об'єм проби повітря для визначення забруднюючої речовини із заданою точністю, вибір апаратури для відбору проб, відбір проб на рідкі середовища – в поглинаючи прилади; на фільтри; на твердий сорбент, сорбційні трубки; плівкові сорбенти та інші. Пристрої для відбору проб повітря.

Відбір проб води. Основні принципи, яких необхідно дотримувати при відборі проб води. Правила відбору проби. Вибір локальних точок для відбору проб. Інструменти для відбору проб. Техніка доставки проб в лабораторію, супровідні документи.

Техніка відбору проб рідких продуктів, напівтвердих, твердих і сипких продуктів. Способи отримання усередненої проби. Методи підготовки проб до досліджень. Сучасні експресні методи підготовки проб для хроматографічних і оптикоспектральних досліджень (твердофазна екстракція, автоклавна техніка, тощо). Твердофазна екстракція, етапи пробопідготовки методом твердофазної екстракції. Оцінка хімічних показників на підставі лабораторного дослідження усередненого зразка. Вимоги щодо зберігання і транспортування проб для фізико-хімічних досліджень.

Гігієнічна діагностика фізичних чинників середовища існування людини. Методичне забезпечення, характеристика основних засобів

вимірювань об'єктів дослідження. Принципи гігієнічного нормування акустичних і механічних коливань, електромагнітних полів різних діапазонів частот. Проведення якісного та кількісного аналізу оптичного і суміжних діапазонів електромагнітного випромінювання, вимірювання і дослідження іонізуючих випромінювань та радіонуклідів на підприємстві, в побуті. Аналіз отриманих результатів, робота з нормативною документацією, гігієнічними нормативами та регламентами. Гігієнічна оцінка отриманих результатів, оформлення медичної документації [1].

Таким чином, лише комплексний підхід в формуванні фахівця для гігієнічної лабораторної діагностики, який буде охоплювати всі рівні підготовки (бакалавр, магістр, доктор філософії) та систему безперервного професійного росту у вигляді вузьких спеціалізацій та тематичних удосконалень, дозволить динамічно наростити фаховий потенціал системи громадського здоров'я України та утримувати його на найвищому світовому рівні.

Література

1. Бардов В.Г., Степаненко Г.П., Гринзовський А.М. та інші. «Гігієнічна лабораторна діагностика» / типова програма навчальної дисципліни (курс за вибором) для студентів вищих медичних закладів освіти України III-IV рівня акредитації, спеціальність 7.110105 – «медико-профілактична справа» Київ, 2012. – с.24 .

2. Москаленко В.Ф., Яворовський О.П., Омельчук С.Т., Гринзовський А.М. Удосконалення системи підготовки фахівців для установ і закладів санітарно-епідеміологічної служби України в умовах її оптимізації // СЕС, профілактична медицина. 2012. №5. вересень-жовтень. – С. 32-36.

3. Стандарт вищої освіти України: другий (магістерський) рівень, галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 224 «Технології медичної діагностики та лікування». - <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/06/25/224-tekhnologii-medichnoi-diagnostiki-ta-likuvannya-magistr.pdf>.

4. ВОЗ Е. Р. Б. Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе: рамочная основа действий: EUR/RC61/10., Scherfigsvej 8, DK-2100. – Copenhagen, Denmark, 2011. – 37 с.

Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе: рамочная основа / Европейское региональное бюро ВОЗ, Scherfigsvej 8, DK-2100. – Copenhagen, Denmark, 2011. – 37 с.

5. Про вищу освіту: Постанова Кабінету Міністрів України № 266 від 29 квітня 2015 р. «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» -<https://www.kmu.gov.ua/npas/248149695>.

Питання безперервної освіти лікарів: види освіти, методичні аспекти, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації

Мунтян Т. В.

*КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3
Полтавської міської ради», Полтава*

Відповідно до Закону України «Про вищу освіту» редакція від 02.04.2020р «Безперервний професійний розвиток - це безперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття вищої та/або післядипломної освіти, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності і триває впродовж усього періоду його професійної діяльності» [1]. Наказ МОЗ України від 29 березня 2002р. №117 «серед ключових характеристик професії лікаря обумовлює безперервний професійний розвиток (БПР) як пріоритет післядипломної освіти (ПО)» [1].

Всесвітня федерація медичної освіти (WFME) наголошує на пріоритетності безперервної освіти (БО) як професійного обов'язку лікаря, а також як умову для підвищення якості медичної допомоги. У стандартах WFME зазначається, що безперервна освіта повинна бути спрямована на збільшення значущості як клінічного, так і теоретичного досвіду лікаря, навчання організаційним навичкам, розвиток навичок спілкування, проведення досліджень та адміністративної роботи, освоєння положень медичної етики [11].

Післядипломна освіта як система навчання та розвитку фахівців з вищою освітою:

- спрямована на приведення професійного рівня у відповідність до світових стандартів, вимог часу, індивідуально-особистісних та виробничих потреб;
- потенціалу особистості, яка реалізується у діяльності спеціалізованих навчальних закладів та засобами самоосвіти;

- керується державними стандартами щодо фаху певних рівнів кваліфікації відповідно вимог суспільно-економічного та науково-технічного прогресу [10].

Післядипломна освіта – найважливіша передумова якісного БПР лікарів, яка повинна володіти ознаками доступності, безперервності, сучасності, якості, різнобічності, активності та відповідати потребам практичної охорони здоров'я. Вона здійснюється протягом їх професійного життя традиційними технологіями навчання, а також самоосвіти і повинна інтегрувати сучасні світові освітні технології в традиційну систему професійної освіти [5, 6]. Впровадження БПР є таким елементом післядипломної освіти, щонайбільш діючий і постійно змінюється. БПР принципово відрізняється тим, що з його впровадженням лікарі навчатимуться постійно впродовж життя. Лікарі самі обирають і заходи професійного розвитку – відвідати конференцію з питань серцево-судинних захворювань чи взяти участь у семінарі з подолання туберкульозу, пройти стажування в закордонній клініці чи записатись на курси тощо. Це дозволяє пристосовувати навчання до потреб конкретної медичної практики у конкретному лікувальному закладі і надає безумовні переваги як для лікарів, так і для пацієнтів.

Відповідно до Закону України «Про вищу освіту» редакція від 02.04.2020р. післядипломна освіта розглядається як «спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення та оновлення її професійних знань, умінь та навичок або отримання іншої професії, спеціальності на основі здобутого раніше освітнього рівня та практичного досвіду» [1]. Для забезпечення високої кваліфікації лікарів проводиться їх безперервне навчання та здійснюється об'єктивний контроль за рівнем їх кваліфікації. Головною метою безперервного навчання є підготовка і перепідготовка фахівців, підвищення кваліфікації, удосконалення їх професійної майстерності. Існують такі форми післядипломної освіти лікарів як: спеціалізація (інтернатура), клінічна ординатура, аспірантура, організація інтенсивної перепідготовки фахівців.

У «Положенні про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 вересня 1996 р. №291 зазначено, що інтернатура (спеціалізація) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників вищих медичних навчальних закладів основним завданням якої є підвищення рівня

практичної підготовки випускників вищих медичних навчальних закладів та формування їх професійної готовності до самостійної лікарської діяльності. Тривалість навчання в інтернатурі становить від 1 до 3 років, залежно від спеціалізації. Після закінчення інтернатури випускникам присвоюється кваліфікація лікаря-спеціаліста з певної спеціальності. Клінічна ординатура є наступною формою післядипломного навчання, що відповідно до «Положення про клінічну ординатуру», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 лютого 1998 р. №12 є вищою формою підвищення кваліфікації лікарів-спеціалістів з певного фаху. На відміну від інтернатури, клінічна ординатура не є обов'язковою формою післядипломної освіти та передбачає конкурсну процедуру зарахування. До участі у конкурсі допускаються лікарі, які мають стаж роботи за спеціальністю клінічної ординатуру понад три роки. В окремих випадках, до навчання в клінічній ординатурі вченою радою вищого закладу освіти можуть бути рекомендовані лікарі, які успішно закінчили інтернатуру та не мають необхідного стажу практичної роботи. Тривалість навчання в клінічній ординатурі становить 2 роки. Після закінчення клінічної ординатури лікарі отримують свідоцтво, встановленого зразка, що посвідчує факт успішного проходження повного курсу з певної спеціальності [2,3].

Циклова підготовка здійснюється на курсах спеціалізації та передатестаційних циклах, тривалість яких визначається навчальним планом та програмою.

Відповідно до «Положення про післядипломне навчання лікарів (провізорів)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22 липня 1993 р. №166 визначено наступні види післядипломного навчання:

- спеціалізація - набуття лікарем однієї з визначених Міністерством охорони здоров'я України спеціальностей та може бути реалізована у формі інтернатури (первинної спеціалізації), а також циклової підготовки на циклах спеціалізації та перепідготовки після закінчення інтернатури з основної спеціальності (вторинна спеціалізація);
- удосконалення - подальше підвищення професійних знань та навичок лікаря з метою підтримання сучасного рівня підготовки на циклах тематичного удосконалення, що передбачають підвищення кваліфікації з окремих розділів відповідної спеціальності, а також передатестаційних циклах;

- курси інформації і стажування проводяться на базі науково-дослідних і медичних інститутів, багатoproфільних і спеціалізованих лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних і фармацевтичних закладів, а також інститутів (факультетів) удосконалення лікарів (провізорів);
- підвищення кваліфікації за місцем роботи, що передбачає систематичну самоосвіту і постійну практичну діяльність з отриманої спеціальності.

Розглядаючи основні поняття, які характеризують види та форми післядипломної підготовки лікарів, можна констатувати їх організаційну складність, хронологічну послідовність та значну тривалість.

БПР є набагато ширшим від обов'язкового професійного навчання, і орієнтоване на потреби самого медичного закладу. Тому сучасні умови диктують застосування інноваційних технологій самовдосконалення фахівців – участь у регіональних, всеукраїнських і міжнародних конференціях, конгресах, з'їздах, семінарах; запровадження дистанційних форм навчання; стажування в клініках України та інших країн світу. Безперервність та практична цілеспрямованість як основні завдання післядипломної освіти можуть бути адекватно реалізовані при системній співпраці освітніх установ з асоціаціями. Адже без урахування думки та участі лікарської корпорації неможливі будь-які реальні зміни в медичній галузі.

Розробка і апробування нових організаційних форм післядипломної підготовки лікарів та супроводу їх діяльності, орієнтація на світові досягнення медичної науки і практики, спрямованість навчання щодо потреб практичної охорони здоров'я, впровадження в процес новітніх технологій зумовили появу спільнот в соцмережі [8], де подаються посилання на сучасні рекомендації і настанови, накази і протоколи МОЗ України, новини медичної реформи та інші проблемні питання. Також впровадження інноваційних форм та методів дистанційного навчання у практику післядипломної підготовки лікарів, що сприяє просторовий та часовий мобільний процес самоосвіти лікаря.

Дистанційне навчання – індивідуалізований процес набуття знань, умінь, навичок і способів пізнавальної діяльності людини, який відбувається в основному за опосередкованої взаємодії віддалених один від одного учасників навчального процесу у спеціалізованому середовищі, яке функціонує на базі сучасних психолого-педагогічних та інформаційно-комунікаційних технологій.

За проходження безперервного професійного розвитку лікарю нараховуються бали безперервного професійного розвитку, які підлягають обліку, що ведеться працівником (шляхом створення та ведення особистого освітнього портфолію) та роботодавцем. Бали безперервного професійного розвитку, які здобувач освіти отримав протягом безперервного професійного розвитку, підлягають щорічній перевірці органом атестаційної комісії, на відповідність порядку та критеріям нарахування балів безперервного професійного розвитку, які встановлюються МОЗ. Кількість балів за різні форми інформальної освіти у процесі безперервного професійного розвитку визначається і затверджується МОЗ та використовується здобувачами освіти для формування індивідуальної освітньої траєкторії.

Перевагами БПР для лікарів є:

- свобода у виборі теми, форми навчання. Відповідно до нової моделі, має відбутися демонополізація освіти - тепер вибір місця чи організації переходить до лікаря;
- постійний розвиток, що дозволить бути конкурентноспроможним у професії;
- можливість інтегруватись у світову медичну спільноту через відвідування акредитованих міжнародними організаціями заходів БПР в Україні та за її межами;
- спрощення процедури атестації (подання звіту про професійну діяльність за останні три роки та співбесіда з комісією не передбачені у новому порядку атестації).

Переваги БПР для пацієнтів: кваліфікований та компетентний лікар, який кожного року вдосконалює медичні навички та знання. Проблематику БО в реаліях Української моделі системи охорони здоров'я можна варифікувати за соціально-освітнім та індивідуально-професійними аспектами, а саме: низький рівень професійної мобільності, низька інформаційна культура, відсутність доступу до нових інформаційних джерел, небажання здобувати нові знання через відсутність матеріальних і моральних стимулів. Необхідність втілення інновацій та усунення проблем БО у процесі післядипломного навчання роблять дану тематику достатньо актуальною на сьогодні. БО повинна і може поліпшувати якість медичної допомоги та активізувати професійне зростання кожного фахівця. Застосовуючи індивідуальний підхід, що базується на доказовій основі, лікарі використовують безперервне навчання, яке у

свою чергу дозволяє клініцисту підтримувати свою практику відповідно до нових стандартів [9].

Ряд проблем, які потребують вирішення: недостатня відповідність освітніх послуг вимогам суспільства, потребам ринку праці; недостатнє матеріально-технічне та науково - методичне забезпечення, недостатня підготовка слухачів кадрів до використання у навчальному процесі сучасних засобів навчання та інформаційно-комунікаційних технологій; впровадження у систему освіти новітніх технологій та технічних засобів без належного наукового обґрунтування, науково-методичного супроводу; низький рівень фінансово-економічного забезпечення післядипломної освіти.

Таким чином переваги БО наявність важелів заохочення лікарів до безперервної самоосвіти, та можливість її поєднання із лікарської діяльністю Знання, отримані протягом безперервної післядипломної освіти та лікарської діяльності, а також підвищення мотивації до постійного оновлення і здобуття практичних навичок, отриманих з досвідом, стануть фундаментом успішної роботи лікаря та вирішальним чинником розвитку медицини в цілому.

На шляху до вдосконалення системи післядипломної професійної освіти в Україні є ще багато не вирішених питань, тому обов'язковим є постійний пошук нових прогресивних методів підвищення професійної кваліфікації лікарів із залученням найновіших методів навчання та передових технологій з урахуванням особливостей системи охорони здоров'я в державі загалом.

Список літератури:

1. Лисенко О. Ю. Післядипломна освіта лікарів: характеристика базових понять / О. Ю. Лисенко // Неперервна професійна освіта: теорія і практика (серія "Педагогічні науки"). – 2016. – № 3-4 (48-49). – С. 23–28.
2. Леонов В. В. Сучасні стандарти медичної освіти / В. В. Леонов, О. Л. Ситнік, С. М. Жданов // Актуальні питання сучасної післядипломної медичної освіти: матеріали Обласної наук.-метод. конф. (Суми, 12 квітня 2012 р.). – Суми : СумДУ, 2012. – С. 61–63.
3. Бинда Т. П. Місце новітніх інформаційних технологій у професійному розвитку лікарів / Т. П. Бинда, О. І. Сміян, О. К. Романюк // Актуальні питання сучасної післядипломної медичної освіти: матеріали Обласної наук.-метод. конф. (Суми, 12 квітня 2012 р.). – Суми: СумДУ, 2012. – С. 24–27.

4. Богомаз В. М. Опитування лікарів про чинники професійного розвитку в умовах клінічної практики /В. М. Богомаз // Український медичний часопис. – 2007. – №2 (58). – С. 138–144.
5. Подліанова О. І. Безперервний професійний розвиток лікарів-педіатрів – досвід роботи кафедри / О. І. Подліанова // Медична освіта. – 2014. – Вип. 4, т. 2 (114). – С. 55–57.
6. Вороненко Ю. В. Безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів – нові принципи побудови системи / Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер // Медична освіта. – 2011. – № 2. – С. 41–44.
7. Симчич Х. С. Перспективи та проблеми безперервної освіти в сімейній медицині / Х. С. Симчич // Буковинський медичний вісник. – 2016. – Т. 20, № 4. – С. 246–248.
8. Никоненко О. С. Сучасні навчальні технології у практиці післядипломної медичної освіти / О. С. Никоненко, С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва // Медична освіта. – 2012. – № 2. – С. 79–80.
8. Вороненко Ю.В. Дистанційне навчання в режимі on-line: нові можливості для професійного розвитку, нові перспективи [Електронний Ресурс] / Ю.В. Вороненко, І.С. Зозуля // Укр.мед.часопис. – № 3, V–VI. – 2011. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/13283/>.
9. Господарський І.Я. Система безперервної післядипломної медичної освіти у Польщі / І.Я. Господарський, Н.В. Харченко, А.Р. Вайда // Медична освіта. – 2015. – № 4. – С. 9–14.
10. Козловська Г.В. Безперервна освіта в Європі та Україні: соціологічний аналіз / Г.В. Козловська // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія № 11. Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління: збірник наукових праць. – Випуск 7. – 2008. – С. 13–20.
11. Тенденції інтеграції систем підготовки та атестації медичних кадрів у світі та Україні / Ю.В. Вороненко, Ю.П. Вдовиченко, О.К. Толстанов [та ін.] // Медична освіта. – 2015. – № 2. – С. 41–45.

РОЗДІЛ VI. СУЧАСНИЙ СТАН КЛІНІЧНОГО НАПРЯМКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ. РОЗВИТОК ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Тактика ведення новонароджених в період метаболічної декомпенсації при спадкових хворобах обміну речовин

Воробйова О.В.¹, Голота Т.В.¹, Кремезна А.В.²

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені
академіка О.М. Лук'янової НАМН України», Київ

²Клініко-діагностичний центр «Фармбіотест», Рубіжне

Резюме: Спадкові хвороби обміну речовин (СХОР) – група захворювань, які пов'язані з порушенням метаболізму амінокислот, вуглеводів, органічних і жирних кислот та пригніченням енергетичного обміну у мітохондріях. Перші прояви яких, мають катастрофічний та швидко прогресуючий перебіг в неонатальному періоді. Ранні ознаки метаболічної декомпенсації починають проявлятися млявістю, зниженням апетиту, дихальними, неврологічними розладами та психо-моторними порушеннями. З метою запобігання розвитку станів, які загрожують життю, заходи невідкладної терапії та підтримуюча терапія необхідно розпочинати негайно. Основні принципи лікування СХОР в гострому періоді полягають в корекції метаболічного статусу, регідратаційній терапії і нормалізації основних життєвих показників.

Ключові слова: метаболічна декомпенсація, спадкові хвороби обміну речовин.

Спадкові хвороби обміну речовин (СХОР) – група захворювань, які пов'язані з порушенням метаболізму амінокислот, вуглеводів, органічних та жирних кислот та пригніченням енергетичного обміну у мітохондріях. Перші прояви СХОР, мають катастрофічний та швидко прогресуючий прогресивний перебіг в неонатальному періоді [1].

До СХОР, які загрожують життю та можуть проявлятися раптовою метаболічною декомпенсацією відносять: **порушення окиснення жирних кислот**, зокрема, недостатність ацил-КоА дегідрогеназ з дуже довгим/довгим ланцюгом (VLCAD/LCHAD), недостатність коротко/середньо ланцюгових ацил-КоА дегідрогеназ (M/SCADD), недостатність карнітин пальмітоїл трансферази типу I/типу II (CPT I/CPT II), недостатність ацилкарнітин транслокази

(CACTD); **порушення обміну органічних кислот**, серед яких недостатність 3-гідрокси-3-метилглутаргіл-КоА ліази (HMG-CoA-Lyase), недостатність β -кетотіолази (BKD), глутарова ацидурія I типу (GA I), ізовалеріанова ацидурія (IVA), пропіонова/метилмалонова ацидурія (PA/MMA); **порушення обміну амінокислот**, зокрема гомоцистинурія, лейциноз (MSUD), цитрулінемія, аргінінемія, аргініносукцинова ацидурія (ASA) [2].

Метаболічну декомпенсацію можуть провокувати навантаження білком або жирними кислотами, епізоди голодування, низька калорійність раціону, інтеркурентні респіраторні або шлунково-кишкові захворювання; вакцинація; фізичне або психо-емоційне навантаження [3].

Основні принципи лікування СХОР в гострому періоді полягають в корекції метаболічного статусу, регідратаційній терапії і нормалізації основних життєвих показників. В першу чергу негайно припиняють введення «токсичних» нутрієнтів. Рекомендовано призначення дієтотерапії з використання спеціалізованих сумішей (в залежності від виду СХОР). Дезінтоксикаційна терапія включає призначення коферментів та специфічних дефіцитних субстратів для стимуляції реакцій порушеного обміну. Рекомендовано якнайшвидше видалення токсичних субстратів (дериватів) шляхом призначення скванжерів (натрію бензоату, натрію фенілацетат/натрію фенілбутирату, карнітину, гліцину та ін.) [4].

Порушеннях окиснення жирних кислот. При недостатності енергетичних ресурсів або їх підвищеному використанні в умовах метаболічного стресу життєво важливе значення набуває обмін жирних кислот. При наявності генетично детермінованого ферментативного дефекту активація процесів транспорту і окиснення ліпідів не веде до утворення ацетил-КоА. В результаті в біологічних рідинах накопичуються проміжні метаболіти (ацилкарнітини), які спричиняють токсичну дію на тканини головного мозку, серця, печінки, пригнічують ферменти глюконеогенезу, циклу синтезу сечовини та проявляються у вигляді гостро виникаючих енцефалопатій (млявість, сонливість, летаргія, кома), нападів блювання. Можуть спостерігатися тонічні або клонічні судоми, ознаки серцевої і печінкової недостатності [5].

Основні принципи лікування станів метаболічної декомпенсації при спадкових дефектах обміну жирних кислот полягають у негайному призначенні інфузійної терапії розчином глюкози 200мг/кг

(2 мл/кг 10% глюкози або 1мл/кг 20% глюкози) внутрішньовенно (в/в) протягом декількох хвилин. При порушенні мікроциркуляції – фізіологічний розчин (0,9 % NaCl) 10-20 мл/кг в/в струйно, введення 0,9 % NaCl можна повторювати. Необхідний об'єм інфузії за дефіцитом рідини розраховується для перших 10 кг – 120 мл/кг, наступні 10 кг – 60 мл/кг, потім 25 мл/кг, віднімаємо рідину, яка була введена попередньо протягом 24 год. У зв'язку з високою чутливістю новонароджених до інсуліну, рекомендовано зменшувати кількість введеної глюкози, без підвищення дози інсуліну. При метаболічному ацидозі провести корекцію бікарбонатом Na в/в $[0,15 \times \text{вагу} \times \text{BE} \text{ ммоль/л}]$ протягом 30 хв. Кожні 24 год необхідно контролювати рівень електролітів, додавання яких в інфузійну терапію залежить від їхнього дефіциту. Для посилення зв'язування токсичних метаболітів призначається карнітин 100-200 мг/кг/добу розділений в 4 прийоми per os.

Загальний стан дитини в динаміці оцінюється через кожні 4-6 годин або частіше, при наявності будь-якого погіршення або відсутності покращення. Клінічна оцінка свідомості включає шкалу ком Глазго та визначення рівня артеріального тиску. Серед лабораторних показників необхідно вимірювати рівень глюкози крові, кислотно-основний стан, сечовину, електроліти та показники загального аналізу крові. При прогресуванні енцефалопатії або погіршенні загального стану продовжують внутрішньовенну інфузію рідини. При можливості оральної регідратації, пацієнта переводять на оральне пиття [6].

Органічні ацидурії. Органічні ацидурії виникають при ферментативному блоці катаболізму амінокислот, внаслідок чого накопичуються органічні амінокислоти, основні з яких ізовалеріанова, пропіонова, метилмалонова та глутарова. У новонароджених перебіг органічних ацидурій гострий, може бути фульмінантним. В зв'язку з накопиченням токсичних нейромедіатів розвивається метаболічний кетоацидоз та прогресують неврологічні розлади, які супроводжуються ураженням ЦНС, судомами, комою та епізодами гіпоглікемії [7].

Глутарова ацидурія тип 1 (GA-1) – захворювання виникає внаслідок мутацій в гені, що кодує фермент глутарил-КоА-дегідрогеназу (GCDH), який каталізує дві послідовні реакції у катаболізмі лізину, гідролізину та триптофану. Недостатність ферменту веде до порушення синтезу глутарил-КоА та

накопичування у біологічних тканинах та рідинах глутарової, 3-ОН-глутарової кислоти, що спричиняють нейротоксичну дію, переважно на підкоркові структури головного мозку. При виникненні енцефалітоподібного кризу рекомендоване в/в введення глюкози в вигляді інфузійних розчинів. Необхідно обмежити надходження амінокислот: лізину і триптофану за допомогою спеціалізованих сумішей (Глутаридон, Нутріген), введення в дієту рибофлавіну у дозі 100–200 мг/добу, призначити аргінін, що обмежує проходження лізину через гематоенцефалічний бар'єр [8].

Ізовалеріанова ацидемія (IVA) викликана дефіцитом ферменту ізовалерил-КоА-дегідрогенази, який каталізує третій етап перетворення лейцину. Лікування полягає у зниженні синтезу ізовалеріанової кислоти та її інтенсивному виведенні з організму. Терапія до маніфестації захворювання включає: низькобілкову дієту, оральну регідrataцію розчинами глюкози та електролітів, гліцин 300 мг/кг/добу та карнітин 100 мг/кг/добу в 4 прийоми перорально.

Під час кризу доцільно перевести дитину на часткове ентеральне харчування сумішшю амінокислот, в складі яких відсутній лейцин (24-72 години від початку лікування). При проведенні повного парентерального харчування обмежувати надходження білка протягом 24-48 год, Якщо ентеральне харчування не вдається розпочати протягом 2 діб – до парентерального харчування додати інтраліпід 2 г/кг/добу (0,4 мл/кг/год 20% розчину), під контролем рівня тригліцеридів та тромбоцитів [9].

Метилмалонова і пропіонова ацидемії (ММА/ПА) є вродженими порушеннями метаболізму, що характеризуються накопиченням метилмалонової та пропіонової кислот внаслідок дефіциту метиламоніл-СоА-мутази та пропіоніл-СоА карбоксилази. Маніфестація клінічних проявів починається раптовим погіршенням загального стану, метаболічним ацидозом і гіперамоніємією, що призводить до ранньої смерті або важкої неврологічної недостатності внаслідок пізньої діагностики та відстроченого початку терапії.

Вибір терапії при ММА/ПА залежить від можливості дитини толерувати лікарські засоби ентерально, в динаміці проводиться ретельний моніторинг вітальних функцій кожні 4 год, при раптовому погіршенні загального стану – використовуються парентеральні форми лікарських засобів. Мета лікування полягає в зниженні утворення пропіонатів, попередниками яких в організмі є амінокислоти: ізолейцин, валін, треонін і метіонін, жирні кислоти з

непарним числом атомів вуглецю і холестерин; певна частина пропіонатів утворюється в кишечнику в результаті діяльності ендогенної флори. При підозрі на ММА/PPA починати дієтичне лікування необхідно відразу після взяття аналізів, не чекаючи їх результатів. Використовують спеціалізовані форми харчування з низьким вмістом білка (0,5-1,0 г білка на кг на добу) з обмеженим вмістом метіоніну, валіну, треоніну і зниженою кількістю ізолейцину, наприклад такі як MТVІ Anamix Infant, MТVІ Махamaid, MТVІ Махatum. Якщо у дитини відсутні блювання та діарея рекомендовано регулярне часте пиття розчину глюкози та електролітів для оральної регідратації. Перорально: карнітин 200 мг/кг/добу розділений на 4 прийоми, метронідазол 7,5 мг/кг кожні 8 год. Проводиться лікування закрепів та інфекційних захворювань. Протипоказаний вальпроат натрію. При вітамін В₁₂- залежній формі ММА або невідомій формі, стартово необхідно ввести гідроксикобаламін 1-2 мг/добу, а у випадку ПА біотин 10-40 мг/добу [10].

Дефіцит β-кетотіолази — метаболічне захворювання, ферментативний дефект якого веде до блокування останнього етапу метаболізму ізолейцину та розщеплення ацетоацетату при окисненні жирних кислот із подальшим розвитком енергетичного дефіциту та накопиченням токсичних метаболітів. Клінічна маніфестація характеризується епізодами кетоацидозу, млявістю, сонливістю, відмовою від їжі, м'язовою слабкістю, нападами блювання, судомами. Профілактика метаболічної декеомпенсації спрямована на обмеження споживання білку (1,5-2 г/кг/добу), жирів та підвищеного споживання вуглеводів. Для корекції метаболічного кетоацидозу використовують розчини глюкози, гідрокарбонату натрію, калію хлориду, натрію хлориду під контролем електролітного складу крові при проведенні парентеральної інфузії [11].

Лейциноз (MSUD) - захворювання з групи органічних ацидемій, яке обумовлене дефіцитом дегідрогенази кетокислот з розгалуженим ланцюгом (BCKD), внаслідок чого порушується окисне декарбоксилювання амінокислот з розгалуженим ланцюгом лейцину, ізолейцину і валіну (BCAA).

При лейцинозі розвиваються симптоми енцефалопатії внаслідок накопичення BCAA (особливо лейцину), які є нейротоксичними при високих концентраціях. Відмічається поява незвичайного ароматичного запаху сечі, який нагадує кленовий сироп. Розвивається

кетацидоз, гіпонатріємія, набряк і атрофія тканини мозку, вторинна гіпераммоніємія, недостатність глюконеогенезу і гіпоглікемія, а також дисфункція мітохондріальної дихального ланцюга та окисного фосфорилування. Без лікування метаболічний криз у більшості випадків закінчується летально.

В період метаболічних кризів протягом 24-72 годин використовують тільки спеціалізовану суміш амінокислот (без лейцину, ізолейцину, валіну) при одночасному забезпеченні адекватної гідратації (120 мл/кг/добу). Рекомендовано забезпечити висококалорійне харчування (120-150 Ккал/кг/добу) за рахунок використання 5-10% глюкози (декстрози), глюкозополімерних розчинів (Мальтодекстрин) (10 – 15 мг/кг/хв), ліпідів (1-2 г/кг/добу) на додаток до спеціалізованої суміші на основі амінокислот. Доцільно використовувати монодобавки ізолейцину та валіну: 200-300 мг/добу кожної (400 мг/добу при діалізі), навіть якщо вони вже знаходяться в межах цільового діапазону лікування. При необхідності можливе введення інсуліну (0,05-0,5 ОД/кг). З метою пригнічення переходу лейцину через гематоенцефалічний бар'єр рекомендується додаткове призначення тирозину, аланіну і глютаміну (до 100-200 мг/кг).

Через 24-72 години від початку лікування рекомендовано поступове введення продуктів, що містять натуральний білок, з розрахунку $\frac{1}{4}$ необхідного добового обсягу в перший день, $\frac{1}{2}$ - на 2-3-й день, $\frac{3}{4}$ - на 3-4-й день, далі в повному обсязі, під контролем рівню лейцину, ізолейцину та валіну крові. Для діагностики тіамін-залежної форми проводять пробне лікування тіаміном (10 мг/кг/добу) терміном на 2 тижні. При підтвердженні переходять на підтримуючу дозу (50-300 мг/добу) Для посилення зв'язування метаболітів ВСАА призначають левокарнітин 50-75 мг/кг/добу в 2-3 прийоми, тривало (3-6 міс.).

Рекомендується розглянути проведення перитонеального діалізу або гемодіалізу при відсутності швидкої позитивної реакції на інтенсивну терапію, збереженні кетацидозу та гіперамонемії [12].

Порушення обміну циклу сечовини. Спадкові порушення циклу сечовини – це група вроджених захворювань, при яких порушується утворення сечовини, що призводить до гострої або хронічної інтоксикації аміаком. Виражений дефіцит або повна відсутність активності ферментів карбамаїлфосфатсинтази, орнітинтранскарбамоїлази, аргініносукцинатсинтази, аргініносукцинатліази, аргінази (ARG), або продуцента кофактору N-

ацетилглютаматсинтази, призводить до накопичення аміаку та інших метаболітів впродовж перших днів життя. Невдовзі після народження розвивається набряк головного мозку з ураженням ЦНС [13].

Незалежно від віку, інтенсивна дезінтоксикаційна терапія повинна розпочинатися при рівні амонію > 200 мкмоль/л (350 мкг/дл). Лікування гострої гіперамоніємії полягає в повному обмеженні надходження білку на 24-48 год., у тому числі, ентерального, при одночасному забезпеченні адекватної гідратації з високим вмістом глюкози. Рекомендовано в/в введення 10% розчину глюкози (25-35 мл/кг впродовж 90-120 хв.), в якому містяться скванджери – бензоат натрію (250 мг/кг – 5,5 г/м²) та фенілацетат натрію (250 мг/кг – 5,5 г/м²), з переходом на підтримуючу дозу (500 мг/кг або 11 г/м² на добу). Для стимуляції NAGS, який форсує весь орнітиновий цикл та виведення сечовини, показано застосування аргініну гідрохлорид (за винятком, ARG) 10% розчин (200 мг/кг або 12000 мг/м² за 90 хв., з переходом на підтримуючу дозу 250 мг/кг/добу). Додатково вводять ліпіди у дозі 1-2 г/кг/добу в/в, для забезпечення надходження – по 130-150 ккал/кг/добу.

При зниженні аміаку в крові нижче 100 мкмоль/л, слід розпочати введення білків у стартовій дозі (0,4-0,6 г/кг/добу) з поступовим збільшенням її під контролем рівня амонію.

Показаннями до гемодіалізу у новонароджених є рівень амонію вище 400 мкмоль/л (700 мкг/дл) або відсутність ефекту від медикаментозної терапії впродовж 4 год. [1413; 22].

Останнім часом предметом наукового дослідження і практичного пошуку є можливість пресимптоматичної діагностика СХОР завдяки розширеному неонатальному скринінгу. Лікарі мають бути налаштовані на своєчасне виявлення важких патологій та призначення специфічної терапії, що може значно поліпшити прогноз та попередити розвиток ускладнень і віддалених наслідків.

Література.

1. Знаменська Т.К., Воробйова О.В., Антипкін Ю.Г, Кирилова Л.Г., Юзва О.О., Кузнецов І.Е., Анцупова А.В., Ластівка І.В, Голота Т.В., Кривошеєва В.В., Кремезна А.В., Каспрук О.В. Сучасні підходи до діагностики та лікування гострих метаболічних декомпенсованих станів у новонароджених із спадковими хворобами обміну. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2019. Т. 9, № 3 (33). С. 64-73

2. Saudubray J-M., van den Berghe G., Walter J.H. (editors). Inborn Metabolic Diseases. Diagnosis and treatment. 5th Edition. Springer 2012
3. Agana M., Fruch J., Kamboj M, Kanungo S., Patel D.R. Common metabolic disorder (inborn errors of metabolism) concerns in primary care practice. *Ann. Transt. Med.* 2018; 6(24):469. URL: <http://dx.doi.org/10.21037/atm.2018.12.34>
4. Schwarts I.V., de Souza C.F., Guigliani R. Treatment of inborn errors of metabolism. *J. Pediatr.* 2008. (4 Suppl): S8-19.
5. Longo M., Frigeni M., Pasquali M. Carnitine transport and fatty acid oxidation. *Biochimica et Biophysica Acta.* 2016. P: 2422–2435. URL: <http://www.elsevier.com/locate/bbamcr>
6. Santra S., Morris A., Chakrapani A., Murphy E., Batten W., Dixon M., Simmons S. British Inherited Metabolic Diseases Group. Emergency Guidelines. URL: <http://www.bimdg.org.uk/site/guidelines-enbs.asp?t=1>.
7. Engel P.A, et al. Physician and patient perceptions regarding physician training in rare diseases: the need for stronger educational initiatives for physicians. *Journal of Rare Disorders.* 2013: Vol. 1, Issue 2.
8. Кирилова Л. Г., Юзва О. О., Мірошников О. О., Михайлець Л. П. Без права на помилку: клінічний випадок глутарової ацидурії I типу. *Перинатология и педиатрия.* 2018. № 1. С. 125-132.
9. Kölker S et al. Diagnosis and management of glutaric aciduria type I (revised recommendations). *J Inherit Metab Dis.* 2011. 34:677–694.
10. Baumgarther et al. Proposed guidelines for the diagnosis and management of Methylmalonic and Propionic academia. *Orphanet Journal of Rare Disease.* 2014. 9:130 URL: <http://www.ojrd.com/content/9/1/130>.
11. Abdelkreem E., Otsuka H., Sasai H., et al. Beta-Ketothiolase Deficiency: Resolving Challenges in Diagnosis. *Journal of Inborn Errors of Metabolism and Screening.* 2016. Vol. 4, P. 1-9. Online: <https://doi.org/10.1177%2F2326409816636644>.
12. Santra S., Morris A., Chakrapani A., Murphy E., Batten W., Dixon M., Simmons S. British Inherited Metabolic Diseases Group. Emergency Guidelines. Maple Syrup Urine Disease. Online: http://www.bimdg.org.uk/store/enbs//MSUD_Dietetic_management_pathway_April_2015_660203_12052015.pdf.
13. Eleonora Parisi, Antonio Nicotera, Antonella Alagna, Gabriella Di Rosa. Neonatal Seizures and Inborn Errors of Metabolism: An Update. Parisi et al., *Int J Pediatr Neonat Care* 2015, 1:111. <http://dx.doi.org/10.15344/2455-2364/2015/111>

14. Hyun Jung Yoon, MD Ji Hye Kim, MD Tae Yeon Jeon, MD So-Young Yoo, MD Hong Eo, MD. Devastating Metabolic Brain Disorders of Newborns and Young Infants. RadioGraphics 2014; 34:1257–1272 Published online 10.1148/rg.345130095

**Визначення факторів ризику, пов'язаних з виникненням
ранніх ускладнень гострого інфаркту міокарда після
кардіоінтервенційного лікування**

Голованова І.А.¹, Оксак Г.А.^{1,2}, Хорош М.В.¹, Товстяк М.М.¹

¹Українська медична стоматологічна академія, Полтава

²КП «Полтавська обласна клінічна лікарня

ім. М. В. Скліфосовського Полтавської обласної ради», Полтава

В наш час в сучасному світі особливо актуальним є питання поширеності неінфекційних захворювань, яка включає в себе такі захворювання, як хвороби системи кровообігу, хронічні обструктивні захворювання легень, цукровий діабет та онкологічні захворювання. Перше місце в структурі неінфекційних захворювань посідають хвороби системи кровообігу в структурі яких превалює ішемічна хвороба серця (стабільна та нестабільна стенокардія, інфаркт міокарда, раптова коронарна смерть), яка є однією із основних медичних проблем як загалом в усьому у світі так і в Україні [1, 2]. У випадку виникнення гострого інфаркту міокарда, на відміну від інших серцево-судинних захворювань, особливо актуальним є надання своєчасної долікарської допомоги та адекватного невідкладного лікування, оскільки від цього залежить успішне одужання пацієнта. Нехтування цими принципами передбачає зростання рівня смертності внаслідок виникнення гострого інфаркту міокарда, що спостерігається навіть серед пацієнтів молодого віку [3].

Важливим після проведення реперфузійної терапії пацієнтам, що мали ознаки гострого інфаркту міокарда є те, що необхідно визначити пацієнтів, які мають високий ризик виникнення подальших кардіологічних явищ, таких як повторний інфаркт або смерть, і здійснити своєчасне втручання для запобігання таким явищам [4]. Важливо чітко розуміти, що ризик розвитку небажаних явищ знижується із часом, і відповідно до цього, треба проводити ранню оцінку ризиків: оцінка розміру зони ураження міокарду внаслідок інфаркту і порушення функції лівого шлуночка в стані спокою повинні робитись до виписки пацієнта із стаціонару [5]. Вірогідність

та терміни виникнення ускладнень залежатимуть від того, наскільки успішно були проведені ангіографія і черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ).

В сучасних реаліях в практичну діяльність впроваджено декілька шкал оцінки ризику, які дозволяють легко ідентифікувати небезпеки у гострій фазі перед реперфузією [6, 7]. Клінічними показниками високого ризику гострої фази є: похилий та старечий вік, тахікардія і тахіаритмія, гіпотензія, локалізація інфаркту в області передньої стінки міокарду, підвищення креатиніну в сироватці крові та супутня серцева недостатність. Злоякісна аритмія, постійний біль у грудях та рання стенокардія з мінімальними фізичними навантаженнями вважаються поганими результатами лікування [8].

Мета дослідження. Метою дослідження було визначити основні фактори ризику виникнення ранніх ускладнень гострого інфаркту міокарда після кардіоінтервенційного лікування та оцінити показники прогностичного ризику.

Матеріали та методи. Для визначення факторів ризику використовували данні, зібрані методом викопіювання даних з історії хвороб. Нами були розраховані відношення шансів (ВШ) та 95% довірчі інтервали (ДІ) для ідентифікації вагомих факторів ризику ранніх ускладнень. Було розглянуто ряд прогностичних змінних, які пов'язані з можливістю виникнення ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні: вік, пора року, місце проживання, локалізація ГІМ, тривалий час від виникнення симптомів до виклику бригади екстреної медичної допомоги, час прибуття швидкої з моменту виклику, час початку проведення ЧКВ від зняття ЕКГ, встановлений ЕКГ діагноз, наявність ускладнень перебігу хвороби, смерть, підвищення індексу маси тіла, куріння, супутнє ураження нирок, цукровий діабет, підвищення АТ в анамнезі, болі в серці. Після обрахунку ВШ, нами проводилось прогнозування ризику виникнення ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні. Для розрахунку ризику використовували метод регресії Кокса, де був врахований час транспортування пацієнта силами бригади ЕМД. Були обрані ті предиктори, які виявились значимими при визначенні ВШ. Ризик визначено як функцію, залежну від часу. Ризик настання події для об'єкта подано у вигляді формули:

$$h_i(t) = h_0(t) \exp(\beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_p X_{ip}).$$

Статистичну обробку результатів дослідження проведено з використанням методів статистичного аналізу, реалізованих у пакеті

ліцензійного статистичного програмного продукту IBM SPSS Statistics v.6.1.

Результати. При визначенні наслідків кардіоінтервенційного втручання враховували такі ускладнення, як аневризму, аритмію, зниження фракції викиду серця, кардіогенний шок і набряк легень. У більшості пацієнтів спостерігали поліпшення стану здоров'я – 148 (61,4%). Ускладнення після проведення кардіоінтервенційного втручання виникало загалом у 85 (34,45%) пацієнтів, серед яких: наявність одного ускладнення була у 46 осіб (19,1%), наявність поєднаних ускладнень – 37 осіб (15,35%), смерть пацієнта – 10 осіб (4,15%) (рис.1).

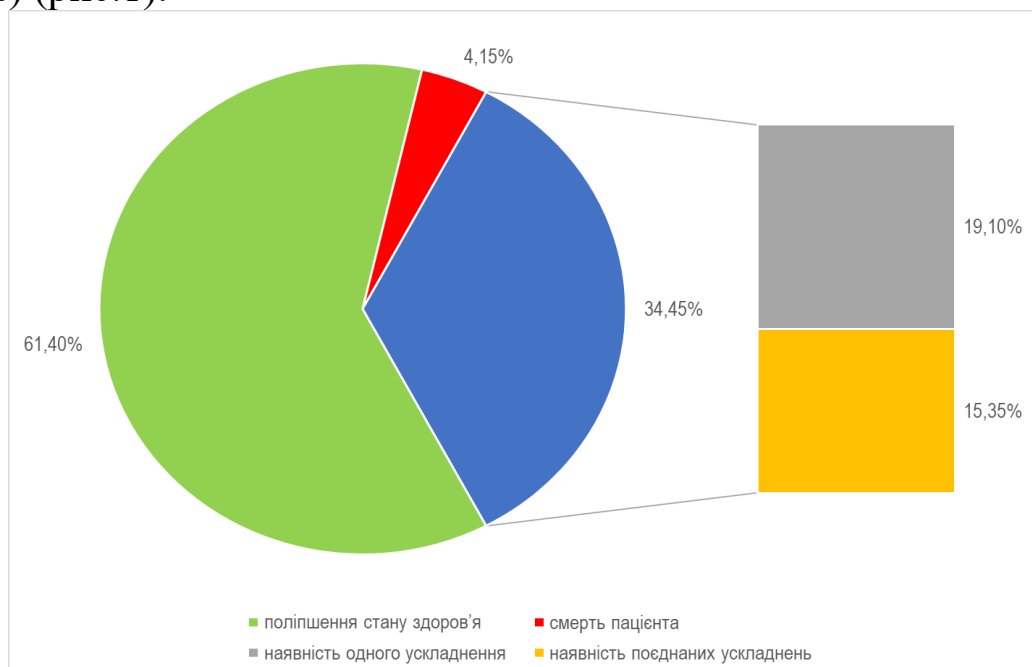


Рисунок 1. Розподіл пацієнтів відповідно до результатів кардіоінтервенційного лікування

Перший крок нашого дослідження полягав у двовимірному аналізі із використанням таблиць спряженості та розрахунках відношення шансів. На цьому етапі було встановлено, що шанс отримати ускладнення після кардіоінтервенційного втручання збільшується в 8,0 разів влітку: ВШ становить 8,052 (95%ДІ 4,305 – 10,232), $p < 0,001$. Проводячи аналіз зв'язку ризику розвитку ускладнень кардіоінтервенційного втручання із статтю було встановлено, що у чоловіків ризик ускладнень кардіоінтервенційного втручання на 35% менше (ВШ становить 0,655 (95%ДІ 0,426 – 0,972), $p = 0,024$). У людей старше 70 років шанси отримати ускладнення зменшуються на 50%: ВШ становить 0,508 (95%ДІ 0,261 – 0,987), $p = 0,050$. Досліджуючи взаємозв'язок між ризиком ускладнень та

місцем проживання (Полтава, райони) достовірних взаємозв'язків не виявлено. Виявлено, що такий діагноз, як повторний інфаркт міокарда іншої уточненої локалізації (код за МКХ 122.8) збільшує ризик розвитку ускладнення в 2,1 рази: ВШ становить 2,15 (95%ДІ 1,224 – 5,183), $p=0,014$. Вчасне прибуття бригади екстреної медичної допомоги зменшує шанси ускладнень від кардіоінтервенційного втручання на 55%: ВШ становить 0,453 (95%ДІ 0,255 – 0,806), $p=0,008$. Наявність встановленого діагнозу STEMI підвищує ризик ускладнень після інтервенційного втручання в 2,2 рази: ВШ = 2,284 (95% ДІ 1,022 – 5,103) $p=0,027$. Згідно із проведеними розрахунками вкрай небезпечним в аспекті ускладнень є супутній цукровий діабет – підвищує ризик після кардіоінтервенційних ускладнень у 84 рази: ВШ=84,2 (95%ДІ 45,1 – 157,2) $p=0,001$. Наявність супутнього ураження нирок підвищує ризик ускладнень у 4,9 разів: ВШ = 4,93 (95%ДІ 3,144 – 7,741) $p=0,001$. Вкрай небезпечним для формування ускладнень є паління – у курців ризик ускладнень збільшується у 19,6 разів: ВШ = 19,674 (95%ДІ 10,6 – 36,4) $p=0,001$. Схожа картина спостерігається і для пацієнтів із підвищеним показником ІМТ, що збільшує ризик ускладнень в 26,7 разів: ВШ = 26,754 (15,572 – 45,96), $p=0,001$. Достовірного впливу виду лікування ГІМ (стентування, консервативна терапія) на розвиток ускладнень не виявлено (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за факторами ризику відповідно перенесеного ускладнення після кардіоінтервенційного втручання

Фактори ризику	Пацієнти з ускладненнями abc (%) n=85 (36,8)	Пацієнти з поліпшенням abc (%) n=146 (63,2)	Відношення шансів (ДІ 95%)	p
Зима	0 (0%)	88 (29,7%)	-	-
Весна	20 (11,8%)	58 (19,1%)	1,780 (0,818 – 3,874)	0,197
Літо	100 (58,8%)	44 (14,9%)	8,052 (4,305 – 10,232)	0,001
Осінь	50 (29,4%)	106 (36,3%)	1,368 (0,769 – 15,062з)	0,315
Чоловіки	112 (65,9%)	222 (75,0%)	0,655 (0,426 – 0,972)	0,024
Вік 19-49 років	54 (26,7)	63 (23,9)	0,918 (0,452 – 1,865)	0,856
Вік 50-69 років	87 (43,1)	139 (52,8)	1,676 (0,964 –	0,088

			2,913)	
Вік старше 70 років	61(30,2)	61 (23,2)	0,508 (0,261 – 0,987)	0,050
Місце проживання: Полтава	100 (49,4%)	132 (50,7%)	0,950 (0,557 – 1,622)	0,892
Місце проживання: всі інші райони	101 (50,6%)	130 (49,3%)		
Повторний інфаркт міокарда іншої уточненої локалізації.	37 (8,6)	35 (13,1%)	2,15 (1,224 – 5,183)	0,014
Час початку симптомів до виклику ЕМД (більше 120 хв.)	36 (7,8)	66 (14,3)	1,107 (0,578 – 2,119)	0,870
Час прибуття ЕМД (до 10 хв. Полтава), (до 20 хв. райони)	123 (26,4)	153 (32,9)	0,453 (0,255 – 0,806)	0,008
Час початку ЧКВ від зняття ЕКГ (більше 120 хв.)	68 (14,7)	78 (16,7)	1,721 (1,000 – 2,959)	0,056
Діагноз STEMI	8 (1,7%)	30(6,4%)	2,284 (1,022 – 5,103)	0,027
Діагноз NSTEMI	162 (34,8)	266 (57,1)		
Цукровий діабет	149 (32,0)	23 (4,9)	84,2 (45,1-157,2)	0,001
Патологія нирок	74 (15,9)	40 (8,6)	4,93 (3,144-7,741)	0,001
Паління	84 (18,0)	14 (3,0)	19,674 (10,6-36,4)	0,001
Підвищений ІМТ	116 (24,9)	22 (4,7)	26,754 (15,572-45,96)	0,001
Проведене стенування	78 (91,8%)	130 (89,0%)	1,371 (0,540 – 3,481)	0,650
Проведене консервативне лікування	7 (8,2%)	16 (11,0%)	1,371 (0,540 – 3,481)	0,650

Після встановлення факту того, що значущим фактором є вчасне транспортування пацієнта з ГІМ силами бригади ЕМД ми досліджували які додаткові чинники будуть впливати при невчасній доставці хворого на третинний рівень. З метою визначення факторів, що сприяють виникненню ранніх ускладнень гострого інфаркту міокарду після проведення кардіоінтервенційного втручання використали метод регресії за Коксом, у рівняння якої було введено

достовірно значущі предиктори: сезон року, вік старше 70 років, чоловіча стать, ЕКГ діагноз – STEMI, наявність цукрового.

Методом відношення правдоподібності було побудовано модель факторів ризику. Так, на першому кроці в модель включено змінну сезон: зима, весна, літо, осінь, на другому – вік старше 70 років, чоловічу стать, ЕКГ діагноз - STEMI, наявність цукрового діабету, наявність АГ в анамнезі, патологія нирок, паління, підвищений ІМТ (табл. 2).

Таблиця 2.

Фактори ризику, які впливають на раннє ускладнення ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні та при невчасному приїзді ЕМД

Крок №	Предиктор	Коеф. В	Станд. помил.	Вальд.	ст.св	знач.	Exp (β)
Крок 1	Сезон			10,731	3	0,013	
	Зима	0,044	0,158	0,079	1	0,779	1,045
	Весна	-0,235	0,175	1,798	1	0,180	0,791
	Літо	-0,517	0,183	7,972	1	0,005	0,596
	Осінь	-0,347	0,151	5,311	1	0,021	0,707
Крок 2	Вік старше 70 років	-0,106	0,113	0,894	1	0,345	0,899
	ЕКГ-діагноз (STEMI)	0,669	0,212	9,935	1	0,002	1,953
	Наявність цукрового діабету	1,449	0,296	23,983	1	0,001	4,259
	АГ в анамнезі	0,148	0,198	0,562	1	0,453	1,160
	Патологія нирок	0,215	0,188	1,313	1	0,252	1,240
	Паління	1,095	0,293	13,986	1	0,000	2,988
	Підвищений ІМТ	0,726	0,239	9,218	1	0,002	2,066

На першому кроці дослідження виявлено значущу змінну «літо» (exp (β) 0,596 (p=0,005)) та «осінь» (exp (β) 0.707 (p = 0.021)) – відносний ризик ускладнення знижувався на 41,4% з кожною хвилиною у тих, хто потрапляв на третинний рівень медичної допомоги влітку та на 29,3% - восени. Очевидно, що ризик влітку і восени знижується при приїзді бригади ЕМД до 10 хвилин в місті та 20 хвилин в сільській місцевості, так як дороги в цей час кращі, ніж взимку.

При аналізі другого кроку рівняння, значимими виявились ЕКГ-діагноз (STEMI), який збільшував ризик виникнення ускладнень в 1,9 рази (exp (β) 1,953 (p=0,002)), наявність цукрового діабету - в 4,2 рази (exp (β) 4,259 (p=0,001)), паління - в 2,98 рази (exp (β) 2,988 (p=0,001))

та підвищений ІМТ - в 2 рази ($\exp(\beta)$ 2,066 ($p=0,002$)).

Оцінки відповідних коефіцієнтів, а також графіки, побудовані для середніх значень незалежних змінних, наведено на рис. 2 та рис. 3.

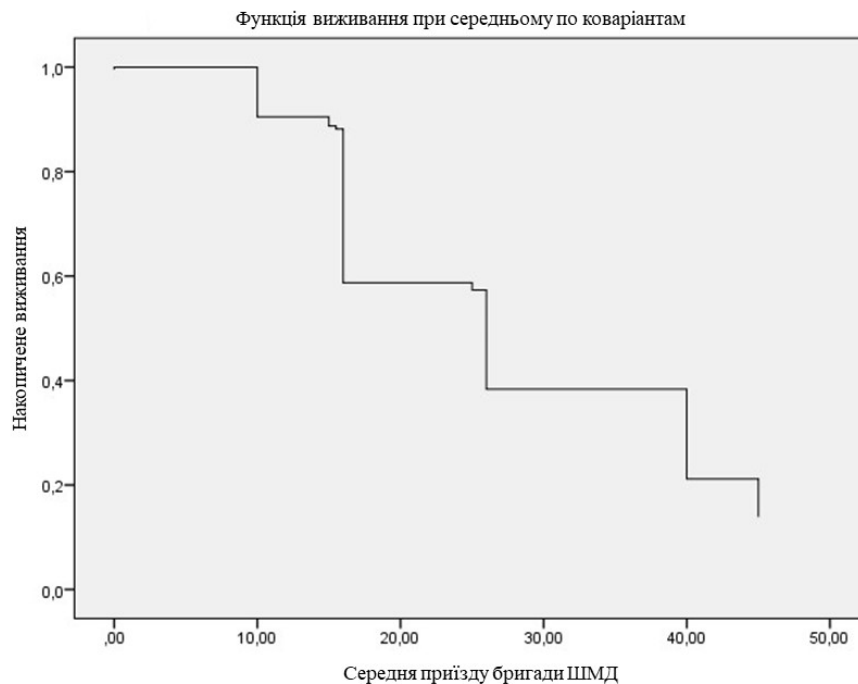


Рис. 2 Залежність ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні для середніх значень коваріат приїзду ЕМД.

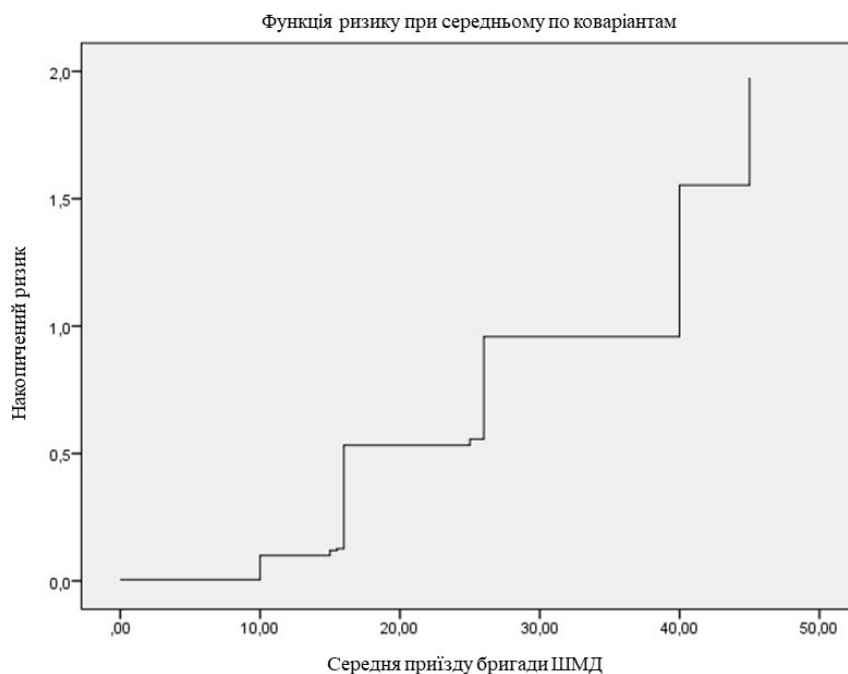


Рис. 3 Функція ризику ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні для середніх значень коваріат приїзду ЕМД.

Кожна точка і відрізок на кривій виживання засвідчили

ймовірність того, що пацієнт потрапляє у ризиковану зону отримання раннього ускладнення ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні з кожною хвилиною затримки доїзду бригади ЕМД. Після 10 хвилини іде різке підвищення відносного ризику, який зупиняється на 20 хвилині, після чого кількість пацієнтів у яких буде ускладнення росте.

Висновки. На підставі проведених розрахунків були визначені фактори ризику ранніх ускладнень кардіоінтервенційного втручанні з приводу ГІМ. Факторами, які достовірно збільшують шанси виникнення ускладнень у даної групи пацієнтів виявились:

- літня пора року – підвищення ризику у 8 разів, $p < 0,001$;
- повторний інфаркт міокарда іншої уточненої локалізації (код за МКХ 122.8) – підвищення ризику у 2,15 разів, $p = 0,014$;
- наявність встановленого ЕКГ-діагнозу STEMI – підвищення ризику у 2,2 рази, $p = 0,027$;
- наявний цукровий діабет – підвищення ризику у 84,2 рази, $p = 0,001$;
- наявність супутнього ураження нирок – підвищення ризику у 4,9 рази, $p = 0,001$;
- паління – підвищення ризику у 19,7 разів, $p = 0,001$;
- підвищений показник ІМТ – підвищення ризику у 26,7 рази, $p = 0,001$.

Достовірно встановлено, що вчасне прибуття бригади екстреної медичної допомоги зменшує шанси ускладнень від кардіоінтервенційного втручання на 55%: ВШ становить 0,453 (95% ДІ 0,255 – 0,806), $p = 0,008$.

Шляхом регресійного аналізу за Коксом доведено, що кумулятивний ризик виникнення ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні збільшувався з 10 хвилини прибуття ЕМД при встановленому ЕКГ діагнозі (STEMI), який збільшував ризик виникнення ускладнень в 1,9 рази $\exp(\beta)$ 1,953 ($p = 0,002$); наявності цукрового діабету - в 4,259 рази, $\exp(\beta)$ 4,259 ($p = 0,001$); палінні - в 2,988 рази, $\exp(\beta)$ 2,988 ($p = 0,001$); підвищеному ІМТ у пацієнта - в 2 рази, $\exp(\beta)$ 2,066 ($p = 0,002$).

Список літератури.

1. Bechthold A, Boeing H, Schwedhelm C et al. Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: A systematic review and

- dose-response meta-analysis of prospective studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2019; 59(7): 1071-1090; DOI:10.1080/10408398.2017.1392288
2. Zhdan, VM; Holovanova IA; Filatova VL et al Medical evaluation of efficiency of optimized models for early detection and primary prevention of cardiovascular diseases. *Wiad. Lek.* 2017; 70 Pt 1: 433–438.
 3. Knoery CR, Heaton, J, Polson R et al. Systematic review of clinical decision support systems for pre-hospital acute coronary syndrome identification. *Critical Pathways in Cardiology*: 2020 Mar 11. doi: 10.1097/HPC.0000000000000217
 4. Pil-Sang Song, Myung Ho Jeong. Incidence, Predictors, and Implications of Re-Hospitalization for Heart Failure after Acute Myocardial Infarction. *Journal of Cardiac Failure*. August 2019; Volume 25, Issue 8, Supplement, Page S151; <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2019.07.435>.
 5. Zhdan VM, Dvornyk VM, Bielikova IV et al. Epidemiology of diseases of the circulatory system among the population of Poltava region. *Wiadomosci Lekarskie*. 2019; LXXII, 12(I): 2366–2370.
 6. Forte E, Punzo B, Gentile Fet al. Normal patterns of left ventricle rest myocardial perfusion assessed by third-generation cardiac computed tomography. *Clin Physiol Funct Imaging*. 2020: 40: 30-36. doi:10.1111/cpf.12598.
 7. Xing Y, Rao N, Miao m et al. Task-State Heart Rate Variability Parameter- Based Depression Detection Model and Effect of Therapy on the Parameters. *IEEE Access*. 2019; 7: 105701-105709; <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/8784161>.
 8. Khorosh MV, Harkavenko MO, Holovanova IA. Risk factors for development of hypertension in Poltava region. *Wiadomosci Lwkarskie*. 2016; LXIX, № 2, cz. II. p.190–197.

Вплив транзиторної гіперамоніємії на стан здоров'я новонароджених (огляд літератури)

Знаменська Т.К.,¹ Воробйова О.В.,¹ Кривошеєва В.В.²

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», Київ

²Донецький національний медичний університет, Лиман

Ключові слова: гіперамоніємія, транзиторний стан, спадкові хвороби обміну речовин.

Вступ. Для новонароджених з перших днів життя, протягом періоду ранньої адаптації, характерний транзиторний катаболічний тип обміну речовин. Дефіцит енергетичних субстратів, сформований пренатально, після народження дитини зростає внаслідок щоденної потреби в енергії та калоріях, що призводить до активації катаболізму білків та амінокислот. Підвищений розпад амінокислот у новонароджених супроводжується вивільненням великої кількості іонів аміаку. У здорових дітей основна частина високотоксичного аміаку знешкоджується в печінці, через ряд послідовних, ферментативно залежних реакцій циклу сечовини і виділяється у вигляді кінцевого, нетоксичного продукту азотистого обміну – сечовини. При окремих патологічних станах у дитини, або при спадковому порушенні циклу сечовини можливе накопичення токсичного аміаку та виникнення патологічного стану – неонатальної гіперамоніємії.

Неонатальна гіперамоніємія (НГ) може мати транзиторний характер, особливо у передчасно народжених дітей. Проте в деяких випадках може бути маркером спадкових хвороб обміну речовин (СХОР). Особливістю перебігу гіперамоніємії в новонароджених є токсичне ураження головного мозку. При цьому високий ризик формування важких неврологічних порушень, а у деяких випадках навіть смерті пацієнта, може бути пов'язано саме з недооцінкою і затримкою постановки діагнозу гіперамоніємії, через відсутність специфічної клінічної симптоматики у новонароджених, а також із недостатньою настороженістю лікарів через рідкість діагностування спадкових захворювань обміну речовин.

Актуальність. СХОР - моногенна патологія, при якій мутація генів призводить до певних патохімічних порушень, у тому числі до НГ. Для всіх СХОР, характерна варіабельність клінічної картини, яка часто маскується під супутню перинатальну патологію. Оскільки не

існує ефективного альтернативного шляху детоксикації аміаку при генетично зумовлених порушеннях циклу сечовини (ПЦС), відбувається швидке накопичення аміаку і розвиток клінічних симптомів у дитини. Пізня діагностика та несвоєчасно розпочате лікування гіперамонемії, призводить до незворотнього пошкодження структур головного мозку, а нелікована гіперамоніємія (незалежно від причини її виникнення) у половині випадків призводить до смерті пацієнта невдовзі після народження. У дітей, які пережили гіперамоніємічні кризи, реєструють тяжкі неврологічні порушення, затримку психічного та моторного розвитку. Обмеженість ранньої (до клінічної) діагностики СХОР визначає високий ризик летальності. Відсутність масового обстеження новонароджених на СХОР визначає доцільність формування у лікарів високої клінічної настороженості щодо наявності гіперамоніємії у новонароджених з тяжким ураженням центральної нервової системи на тлі перинатальної патології [1, 2].

Мета. Проаналізувати дані літератури щодо впливу транзиторної гіперамоніємії на стан здоров'я новонароджених.

Матеріали і методи дослідження. У статті проаналізовано та систематизовано дані літератури щодо впливу транзиторної гіперамоніємії на стан здоров'я новонароджених, а також обговорено тактику діагностики та лікування в умовах неонатальних відділень.

Результати та їх обговорення. Цикл сечовини (орнітиновий, цикл Кребса-Хенселейта) - це каскад послідовних, ферментативно залежних біохімічних реакцій, основною метою якого є детоксикація та подальша екскреція з організму високотоксичного аміаку. Проте залишковий азот у формі аміаку є нормальним продуктом розпаду білка в тканинах організму. Аміак транспортується з кров'ю до печінки, де перетворюється в нетоксичну сечовину. Єдине місце де локалізований цикл сечовини - мітохондрії та цитозолі гепатоцитів. Детоксикація аміаку залежить від повноцінності протікання біохімічних реакцій з безпосередньою участю п'яти основних ферментів: карбамоїлфосфатсинтетази I (CPS1), орнітинтранскарбамілази (OTC), аргініносукцинатсинтетази (ASS1), аргініносукцинатліази (ASL), аргінази I (ARG1), одного кофактор - продуцентного ферменту: N-ацетил глутаматсинтетази (NAGS), та двох транспортерів амінокислот: орнітин транслокази (ORNT1; носій орнітину / цитруліну) та цитрин (аспартат / глутаматний носій) [2, 3].

Розлади циклу сечовини є природженими помилками детоксикації аміаку через дефекти, що впливають на каталізатори циклу, з розвитком хронічної або гострої гіперамоніємії, яка призводить до незворотного ураження ЦНС або навіть смерті хворого. Аміак вважається нейротоксином, найбільш чутливою до пошкодження є ЦНС. Він з легкістю проникає через тканинний гемато - енцефалічний бар'єр, накопичується і пошкоджує гліальні клітини, підвищує осмолярність, що ускладнюється набряком головного мозку. Найбільш уразливими ділянками головного мозку при гострій гіперамоніємії є острівцева кора, при тривалій вражаються тім'яна, потилична і лобна долі головного мозку, де відбувається руйнування білої речовини з розвитком лакунарних інфарктів. При гіперамонієміях концентрація аміаку в тканинах зазвичай в десятки разів перевищує концентрацію в сироватці крові. [3].

Важкий дефіцит або повна відсутність активності будь-якого з перших чотирьох ферментів (CPS1, OTC, ASS1 і ASL) або продуцента кофактора (NAGS) призводить до накопичення аміаку та метаболітів - попередників протягом перших днів життя. У деяких пацієнтів клінічні симптоми можуть бути відстрочені на місяці або роки. Частковий дефіцит ферментів дозволяє хворому жити нормальним життям протягом десятиліть, перш ніж відбудеться перша метаболічна декомпенсація.

Окрім дефектів циклу сечовини, рівень аміаку при яких підвищується в десятки разів, НГ може формуватися і при інших СХОП (органічних ацидуриях і ацидеміях, дефектах β -окислення жирних кислот, мітохондріальних порушеннях, непереносимість лізину, синдромі гіперорнітинемії, гіперамоніємії і гомоцітруллінемії) [2, 4].

Однак НГ не завжди свідчить про маніфестацію СХОП. Даний стан може бути пов'язаний із захворюваннями нирок, печінки або мати транзиторний характер. Наявність факторів, обтяжуючих перебіг перинатального періоду, сприяє підвищенню концентрації аміаку в крові. Зокрема, до таких належать: інфекційно - запальні процеси, передчасні пологи, тяжка асфіксія при народженні та ін. Перинатальна асфіксія сприяє гіпоксичному пошкодженню різних органів, у тому числі і печінки. На клітинному рівні гіпоксично - ішемічне ураження може активувати каскад біохімічних реакцій, котрі призводять до загибелі клітин печінки і відповідно зниженню

активності ферментів циклу сечовини [5]. Крім того, гіпоксичний стрес прискорює катаболізм білка, що є причиною різкого підвищення рівня амонію в крові. [6, 7].

У нормі концентрація аміаку в крові новонароджених знаходиться в межах від 50 до 150 мкмоль / л. За даними деяких авторів, для доношених дітей максимальна концентрація в крові становить до 100 мкмоль / л, в той час для передчасно народжених допустимим вважається концентрація до 150 мкмоль / л. Для дітей старших 1 місяця та дорослих рівень не повинен перевищувати 50 мкмоль/л. [8]

У більшості епізодів гіперамоніємії у новонароджених можуть спостерігатися відмова від їжі, порушення смоктання, блювота, млявість, дифузна м'язова гіпотонія, що поєднується з судомним синдромом, сепсис подібна картина, температурна нестабільність, дихальна недостатність, гіпервентиляція, летаргія яка переходить в коматозний стан. Відмінною рисою гіперамоніємії є безпричинна зміна свідомості, яка у більш старшому віці вдало вуалюється під маскою психічних розладів. Таким чином, при будь - якій незрозумілій енцефалопатії, зміні свідомості та поведінки, у будь – якому віці, для уникнення важких неврологічних наслідків, гіперамоніємія повинна бути виключена негайно. [9, 10]

Лікування гострої гіперамоніємії (незалежно від етіологічного фактору) потрібно розпочинати негайно, навіть при незначних підвищеннях показників аміаку. Невідкладна терапія терміново вимагає встановлення анаболізму і запобігання білкового катаболізму, з швидкою ініціацією інфузій розчинів глюкози та обмеження білка. Додатково до термінових заходів включають призначення спеціалізованих препаратів (скванджери) та гемодіалізу для видалення аміаку та токсичних продуктів патологічного обміну. За необхідності призначають замісну терапію дефіцитних субстратів та коферментів (стимуляція реакцій циклу сечовини), а також збалансоване додаткове вживання незамінних амінокислот (амінокислоти з розгалуженим ланцюгом: валін, ізолейцин та лейцин). У випадку стійкої гіперамоніємії (первинної), рекомендовано розглянути можливість трансплантації печінки.

Більшість пацієнтів з гіперамоніємією внаслідок ПЦМ потребують по життєвої дієтотерапії з обмеженням білків у межах «безпечного рівню». Ступінь обмеження залежить від рівню аміаку в крові та здатності хворого толерувати білок [2].

Висновки. Рання діагностика неонатальної гіперамоніємії, як пов'язаної зі СХОР, так і транзиторної, має дуже важливе значення для стану здоров'я новонародженої дитини. Навіть короточасна гіперамоніємія може стати причиною незворотного ураження головного мозку дитини. Формування високої клінічної настороженості щодо гіперамоніємії у новонароджених з тяжким соматичним станом, надасть можливість знизити ризик формування незворотної патології ЦНС.

Без специфічного пожиттєвого лікування, у більшості пацієнтів з гіперамоніємією, спричиненою порушеннями циклу сечовини, гостро, або поступово розвиваються стійкі порушення ЦНС з розвитком патологічної неврологічної симптоматики, затримкою розумового та фізичного розвитку різного ступеня тяжкості.

Широке впровадження раннього, доклінічного діагностування СХОР, надасть можливість призначити специфічну дієтотерапію та лікування, контролювати перебіг захворювання, що значно покращує якість життя дитини.

Список літератури:

1. Haberle J. Clinical and biochemical aspects of primary and secondary hyperammonemic disorders. *Arch Biochem Biophys*. 2013J.
2. Häberle J, Boddaert N. Suggested guidelines for the diagnosis and management of urea cycle disorders. *Orphanet J Rare Dis*. 2012; 7: 32. Published online 2012 May 29. doi: [10.1186/1750-1172-7-32](https://doi.org/10.1186/1750-1172-7-32).
3. Nicholas Ah Mew, MD. Urea Cycle Disorders Overview. *GeneReviews*[®] [Internet]. April 29, 2003; Last Update: June 22, 2017.
4. Summar M.L., Koelker S., Freedenberg D., Le Mons C. et al. The incidence of urea cycle disorders // *Mol. Genet. Metab*. 2013. Vol. 110. P. 179–180.
5. Brar G., Thomas R., Bawle E.V., Delaney Black V. Transient hyperammonemia in preterm infants with hypoxia // *Pediatr. Res*. 2004. Vol. 56. P. 671–671.
6. Chung M.Y., Chen C.C., Huang L.T., Ko T.Y. et al. Transient hyperammonemia in a neonate // *Acta Pediatr. Taiwan*. 2005. Vol. 46, N 2. P. 94 –96.
7. Golubnitschaja O., Yeghiazaryan K., Cebioglu M., Morelli M. et al. Birth asphyxia as the major complication in newborns: moving towards improved individual outcomes by prediction, targeted prevention and tailored medical care // *EPMA J*. 2011. Vol. 2. P. 197-210.

8. Msall M., Batshaw M.L., Suss R. Neurologic outcome in children with inborn errors of urea synthesis: outcome of urea-cycle enzymopathies // N. Engl. J. Med. 1984. Vol. 310. P. 1500–1505.

9. M. Machado, F. da Silva. Hyperammonemia due to urea cycle disorders: a potentially fatal condition in the intensive care setting. Published online 2014 Mar 13. doi: [10.1186/2052-0492-2-22](https://doi.org/10.1186/2052-0492-2-22).

10. Banta-Wright S.A., Steiner R.D. Not so rare: errors of metabolism during the neonatal period. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2013; 3 (4): 143–55.

11. Znamenska TK, Vorobyova OV, Antipkin YG, Kirilova LG, Yuzva OO, Kuznetsov IE, Antsupova AV, Lastivka IV, Golota T .V., Krivosheeva VV, Kremezna AV, Kaspruk OV. Modern approaches to the diagnosis and treatment of acute metabolic decompensated conditions in newborns with hereditary metabolic diseases. *Neonatology, surgery and perinatal medicine.* 2019. Т. 9, № 3 (33). p. 64-73.

Стоматологічний статус у дітей при патології щитоподібної залози (огляд літератури)

Поліщук Т.В, Шешукова О.В., Труфанова В.П.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Актуальність. Згідно даних ВООЗ патологічні стани, спричинені патологією щитоподібних залоз та як наслідок дефіциту йоду, мають третє місце у списку 38 найбільш поширених неінфекційних захворювань. Близько 30% усіх жителів планети піддаються ризику розвитку захворювань, спричинених дефіцитом йоду. Різні форми хвороб щитоподібних залоз реєструють у близько 300 мільйонів осіб [1,2].

Висока поширеність захворювань щитоподібної залози є також актуальною проблемою для України, яка пов'язана з радіаційним впливом на щитоподібну залозу внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС на тлі дефіциту стабільного йоду. Встановлено, що частота захворювань щитоподібної залози серед дітей не зменшується, а продовжує займати провідне місце серед усіх ендокринопатій [3,4,5].

Згідно даних ендокринологічної служби України за останні роки спостерігається тенденція до збільшення поширеності захворювань ендокринної системи серед дитячого населення.

Відсоток хворих дітей лише за останні десять років зріс утричі [3,4,5], внаслідок цього відмічається зростання стоматологічної захворюваності дітей. Згідно офіційних статистичних даних МОЗ України ендокринопатологія займає 4 місце в структурі загальної захворюваності дитячого населення, в першу чергу за рахунок патології щитоподібної залози [3,6].

Так, в 2015 році в структурі всіх зареєстрованих захворювань залоз внутрішньої секреції традиційно домінувала тиреоїдна патологія: дифузний зоб I ступеня становив 38,2%, дифузний зоб II-III ступеня - 2,64%. Інші захворювання щитовидної залози (гіпотиреоз, вузловий зоб, тиреотоксикоз, тиреоїдит, післяопераційний гіпотиреоз) реєструвалися рідше [4,5].

Важливою функцією щитоподібної залози є регулювання білкового, вуглеводного та ліпідного обміну, участь у підтримці гомеостазу кальцію і фосфору в організмі, що забезпечує відповідний перебіг процесів мінералізації твердих тканин зубів, рівень карієсрезистентності емалі і активність каріозного процесу після прорізування зубів. З огляду на високі показники поширеності та захворюваності тиреопатій, вивчення стоматологічного статусу при дисфункціях щитовидної залози привертає увагу багатьох учених в Україні та поза її межами [7,8,9,10,11,12,13].

Встановлено високу поширеність основних стоматологічних захворювань, в тому числі карієсу у дітей із патологією щитовидної залози [13]. Тенденція до більш активного перебігу карієсу зубів у дітей з захворюваннями щитоподібної залози через можливі порушення мінерального обміну в порівнянні з дітьми без ендокринної патології диктує необхідність проведення ефективної профілактичної роботи стоматологами в цій групі дітей. Хвороби щитоподібної залози мають пероральні прояви, які слід враховувати до, під час та після будь-якого стоматологічного лікування. Все вищеперераховане вказує на актуальність проблеми, яку ми розглядаємо та потребує подальшого більш детального вивчення.

Мета роботи – проаналізувати наукові джерела з питань поширеності стоматологічної патології у дітей із хворобами щитоподібної залози щоб визначити лікувально-профілактичні заходи для проведення профілактики, які будуть попереджати розвиток уражень твердих тканин зубів у дітей.

Основна частина. У сучасній науковій літературі є відомості, що гормональні порушення щитоподібної залози є фактором ризику

розвитку осередкової демінералізації емалі, некаріозних уражень твердих тканин зубів, запальних процесів в тканинах пародонту, призводять до затримки розсмоктування коренів тимчасових зубів, затримки прорізування як тимчасових, так і постійних зубів, а також порушення їх послідовності, затримки росту кореня у довжину, зубо-щелепних аномалій, аномалій прикусу, кореневої резорбції, дигесценції і фенестрації альвеолярної кістки та ін. [14,15, 16,17,18,19].

У своїй роботі Новікова Н.П., 2011, навела дані, згідно яких залежно від ступеня тяжкості і тривалості перебігу гіпофункції щитовидної залози синхронно змінюються показники поширеності та тяжкості перебігу хвороб твердих тканин зубів. Рівень поширеності захворювань зубів у хворих з гіпофункцією щитовидної залози в середньому на 17,4% вище, ніж у здорових пацієнтів. У хворих з гіпофункцією щитовидної залози встановлено вибіркоче ураження карієсом і його ускладненнями жувальних зубів, що приводить у 86,9 - 98,9% до їх видалення. У хворих з гіпофункцією щитоподібної залози відбувається зниження у 3 рази показників кислотної розчинності емалі і швидкості її ремінералізації [20].

В роботі Jessica Raymond Allbritten, 2019, наведено дані, які свідчать, що при гіпотиреозі у порожнині рота відмічаються збільшення слинних залоз, макроглосія та глосит, дисгевзія (спотворення смаку), затримка прорізування зубів, гіпоплазія емалі в тимчасовому та постійному прикусі, фронтальний відкритий прикус, пародонтит. А при гіпертиреозі автор відмічає підвищений ризик карієсу та пародонтозу, остеопороз верхньої та нижньої щелепи, прискорену зміну зубів, системний червоний вовчак, збільшення підшлункової залози, синдром палаючого рота, синдром Шегрена [21].

Науковець Charan Kamal Kaur Dharmani, 2017, також у своїй науковій праці відзначає у дітей із патологією щитоподібної залози погану гігієну ротової порожнини та підвищену поширеність карієсу та захворювань тканин пародонту [22].

Значну роботу із вивчення поширеності та інтенсивності ураження твердих тканин зуба та тканин пародонта в дітей із дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ) провели Кузняк Н.Б., Годованець О.І., 2013 [14]. Автори зазначили, що каріозні ураження зареєстрували у 88,9% випадків серед дітей із ДНЗ, поширеність карієсу склала 80%, що інтерпретується як висока та масова,

інтенсивність карієсу зубів була високою та коливалася в межах 3,1–4,2 ураженого зуба на одного обстеженого і корелювала із ступенем тяжкості захворювання. Відмічалася значна поширеність ускладнених форм карієсу постійних зубів, що сягала 71% дітей. Також було встановлено високий рівень кровоточивості, а результати визначення гігієнічних індексів показали незадовільний рівень догляду за порожниною рота в усіх дітей.

За даними вітчизняної та іноземної наукової літератури простежується вплив на структуру зубів патології щитоподібної залози, гормони якої впливають на диференціювання мезенхіми зачатків зуба (дентиногенез) і епітелію (амелогенез) [12,23,24,25]. Становлення функції щитоподібної залози відбувається раніше за інші в ембріогенезі людини та збігається з періодом формування зачатків тимчасових зубів: на 10-му тижні утворюються амелобласти; на 12-му - утворюються одонтобласти; на 16-му - починається період дентино- та амелогенезу; на 17-му тижні розпочинається розвиток постійних зубів.

При гіпофункції щитоподібної залози у матері в другій половині вагітності спостерігається затримка прорізування зубів у дитини; аномалії розвитку емалі, виникає системна гіпоплазія – недостатнє утворення елементів тканини зубів. Вроджена гіпофункція щитоподібної залози у дитини може бути також наслідком нестачі йоду у матері та утворення антитіл до тиреоїдних рецепторів у плода.

Підтверджено вплив тиреоїдних гормонів при дисфункціях щитоподібної залози у дітей на обмінні процеси, що є фактом ризику виникнення різноманітних некаріозних уражень твердих тканин зуба. Найбільше відома клінічна аномалія структури емалі – системна гіпоплазія, яку відмічають при окремих формах гіпофункції щитоподібної залози (мікседема, кретинізм, ендемічний зоб). Різна етіологія гіпотиреозу (знижена функція щитоподібної залози в одних випадках і йодна недостатність - у інших) на емалі проявляється поперечними борознами, хвилястістю, штрихами, ямками, білими та жовтими плямами [22,24,25].

Оцінка локалізації гіпоплазії на різних рівнях коронок зубів, дозволяє досить точно визначити на якому етапі розвитку зубів дія патогенетичного фактору було найбільш значною, дозволяє визначити ступінь тяжкості та форму гіпоплазії. Зазвичай такі зуби називають «рифлені», «решітчасті», «потворні» [22,24,25].

Venkatesh Babu NS, Purna V. Patel, 2016, відмічають дефекти емалі у пацієнтів із дисфункція щитовидної залози. Ці дефекти емалі можуть бути різними - від невеликих білих плям до дифузних або обмеженої непрозорості. На наявність дефектів емалі впливає зміна рівня гормонів щитоподібної залози під час мінералізації зуби. Дефекти емалі спостерігалися як в тимчасових, так і в постійних зубах. Крім підвищеної сприйнятливості до карієсу твердих тканин зубів та ознак запалення тканин пародонту у цих дітей теж були найбільш поширеними інші прояви у порожнині рота, такі як макроглосія (46%), відкритий прикус (23%) і зміна строків прорізування зубів у більшості випадках - затримка (33%) [9].

Цій темі присвячені також праці Павлова Т.В. та співавторів (2012). Згідно даних авторів у хворих з гіпотиреозом відзначається підвищення індексу ОНІ-S та індексу гігієни. При гіпотиреозі змінюється функція слинних залоз - слина стає більш в'язкою, внаслідок цього порушується самоочищення ротової порожнини і, відповідно, індекс гігієни збільшується. Це доводить взаємозв'язок між наявністю захворювання та збільшенням кількості зубних нашарувань [23].

За дослідженнями Артеменко Т.В., Сахарук Н.А., 2014, у пацієнтів з ендокринною патологією (гіпотиреозом) зареєстровані достовірно вищі показники, що характеризують стан тканин пародонту (індекси GІ і КПІ) та інтенсивності карієсу (індекс КПУ), більш низькі показники рівня гігієни порожнини рота (індекс ОНІ-S). Виявлено взаємозв'язок між ступенем тяжкості ендокринного захворювання і стоматологічним статусом. При порівнянні тяжкості ендокринної патології з індексом КПУ встановлено високий ступінь кореляції, з індексом ОНІ-S, GІ і КПІ - помірний ступінь кореляції [26].

У своїй роботі Ковач І.В. та Воляк Л.М., 2012, відмічають у 50% хворих на ендемічний зоб декомпенсовану форму карієсу, 31% хворих дітей виявлені ознаки системної та вогнищевої гіпоплазії зубів, а 23% – карієс та гіпоплазія одночасно. Із всього загалу системна гіпоплазія емалі спостерігалась у 93% хворих, що свідчить про глибокі обмінні порушення при епідемічному зобі. Проаналізувавши отримані дані автори стверджують, що серед клінічних форм системної гіпоплазії емалі зубів у дітей, що хворіють на ендемічний зоб, встановлена плямиста або крейдоподібно-крапчаста форми у 43% хворих, у 24% дітей – борозенчаста та

штрихова і лише у 8% - найтяжче ураження твердих тканин у вигляді деструктивної форми. За результатами денситометрії виявлено 25% випадків остеопенії, які супроводжувались грубими симптомами щелепно-лицевих деформацій [24,23].

За дослідженнями Колесник К.О., 2012, 2014, при захворюваннях щитовидної залози визначається висока частота зубощелепних аномалій та деформацій із дифузним зобом 1-3 ступеня, аутоімунним тиреоїдитом, вродженим гіпотиреозом. При цьому найбільш виражені порушення в зубо-щелепній системі виявляються у дітей з вродженим гіпотиреозом у всіх вікових групах (у віці 6-7 літ – 90,6%, у віці 12 літ-93,5%, у віці 15 літ - 90,33%) [28,29].

Згідно даних Колесник К.О., 2013, 2014, у дітей з аутоімунним тиреоїдитом, вродженим гіпотиреозом і дифузним нетоксичним зобом реєструвався низький рівень гігієнічного стану ротової порожнини, а також виражений ступінь і інтенсивність запалення в тканинах пародонту, а також у дітей з дифузним нетоксичним зобом відзначали найбільш високі значення індексу кровоточивості. На підставі біохімічних досліджень визначено, що у дітей з зубощелепними аномаліями і дифузним нетоксичним зобом спостерігається посилення метаболічної активності остеокластів і кісткової резорбції на тлі пригнічення функції остеобластів і кісткового формування, а також зниження локального і системного рівня адаптаційно-компенсаторних реакцій. Також встановлено, що ортодонтичне переміщення зубів на тлі експериментального зоба провокує різке збільшення процесів резорбції кісткової тканини альвеолярного відростка, демінералізації твердих тканин зуба. [29,30].

Висновок.

В статті наведено аналіз даних вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, які висвітлюють актуальність проблеми зв'язку захворювань щитоподібної залози з формуванням захворювань твердих та м'яких тканин порожнини рота у дітей. На підставі вивчених даних спеціалізованої літератури досліджено залежність між ураженням слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонту та захворюваннями щитоподібних залоз у дітей.

Проведений аналіз літературних даних дає можливість визначити, що при різних видах зобу виникає вогнищева та системна гіпоплазія в тимчасовому та постійному прикусах, макрогლოსія та

глосит, дисгевзія, збільшення слинних залоз, зміна строків прорізування зубів, зубощелепні аномалії та деформації. У дітей також визначаються вищі показники поширеності та інтенсивності карієсу зубів і його ускладнень, більший відсоток ураження тканин пародонту, що вказує на необхідність подальшого детального вивчення стоматологічного статусу за умов супутньої патології щитоподібної залози для встановлення причинно-наслідкових зв'язків.

Актуальними є подальші поглиблені дослідження для розробки діагностичних алгоритмів і стратегії комплексного лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей із захворюваннями щитоподібної залози. Тому співпраця стоматолога і ендокринолога є важливою складовою оптимального та безпечного лікування стоматологічних захворювань на фоні тиреопатій.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом ініціативної пошукової науково-дослідної роботи кафедри педіатрії № 2 спільно з кафедрою дитячої стоматології Української медичної стоматологічної академії «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізація діагностики та лікування» 0117U004683.

Використана література

1. Zimmermann MB, Andersson M Prevalence of iodine deficiency in Europe in 2010. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2011. Vol.72. P. 164.
2. Rose NR, Bonita R, Burek CL Iodine: an environmental trigger of thyroiditis *Autoimmunity Reviews*. 2002. Vol.1(№ 1-2). P. 97–103.
3. Зелінська Н.Б., Осташко С.І., Руденко Н.Г. Стан надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні у 2010 році. *Международный эндокринологический журнал*. 2011. №3(35). С. 19-25.
4. Зелінська Н.Б., Руденко Н.Г. Стан надання медичної допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні у 2014 році. *Український журнал дитячої ендокринології*. 2015. № 2. С. 5–13.
5. Зелінська Н.Б., Ларін О.С. Патологія щитоподібної залози у дитячого населення України. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2016. № 3(55). С. 76-81.
6. Кравченко В.І., Постол С.В. Динаміка захворюваності на патологію щитоподібної залози в Україні. *Международный эндокринологический журнал*. 2011. № 3(35). С. 26-32.

7. Desai M.P. Thyroid function in children. *J Assoc Physicians India*. 2011. Vol 59. P. 35-42.
8. Carlos Fabue L., Jiménez Soriano Y., Sarrión Pérez M.G. Dental management of patients with endocrine disorders. *J. Clin. Exp. Dent*. 2010. Vol. 2(4). P. 196-203.
9. Venkatesh Babu N.S., Purna B. Patel Oral health status of children suffering from thyroid disorders. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2016. Vol. 34(2). P. 139-144.
10. Sonal B. Dudhia, Bhavin B. Dudhia. Undetected hypothyroidism: A rare dental diagnosis. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014 May-Aug. Vol. 18(2). P. 315–319.
11. Nagendra J., Srinivasa J. Dental treatment alteration in thyroid disease. *Pak Oral Dent J*. 2011. Vol. 31. P.23–26.
12. Shalu Chandna and Manish Bathla Oral manifestations of thyroid disorders and its management. *Indian J Endocrinol Metab*. 2011 Jul. Vol.15(Suppl2). P. 113–116.
13. Sulafa k. El-Samarrai, Yamama A. Al-Rubbaey Oral health status and dental treatment needs in relation to salivary constituents and parameters among a group of patients with thyroid dysfunction. *J Bagh Coll Dentistry*. 2010. Vol. 22(1). P. 105-108.
14. Кузняк Н.Б., Годованець О.І., Гаврилюк З.М. Стан тканин пародонту та твердих тканин зуба в дітей із патологією щитоподібної залози. Профілактична та дитяча стоматологія. 2013. №2 (9). С. 30-32.
15. Monea A., Elod N., Sitaru A., Stoica A., Monea M. Can thyroid dysfunction induce periodontal disease? *Eur Sci J*. 2014. Vol. 10. P. 74-83.
16. Chandna S., Bathla M. Oral manifestations of thyroid disorders and its management. *Indian J Endocrinol Metab*. 2011. Vol.15(2). P. 113-116.
17. Vitalle M.S., Weiler R.M., Niskier S.R., Braga A.J. Delayed tooth eruption in adolescents with hypothyroidism. *Rev Paul Pediatr*. 2012. Vol. 30. P. 613-616.
18. Камиева З.Р., Камиева Н.А., Коробкина Т.В. Состояние зубочелюстной системы и особенности оказания стоматологической помощи детям с патологией щитовидной железы. *Вестник КазНМУ*. 2014. № 5. С. 220-224.
19. Оганян А.В. Клинико-морфологические изменения зубочелюстной системы при гипотиреозе [автореферат]. Ставрополь: ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития». 2010. 22 с.

20. Новикова Н.П. Результаты санации полости рта у больных с гипофункцией щитовидной железы при применении препаратов кальция и холекальциферола [автореферат]. Москва: ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет». 2011. 25 с.
21. Jessica Raymond Allbritten How dental hygienists can help patients with thyroid disease. RDH: Pathology, public health. Jan 1st, 2019. Vol. [39 \(1\)](https://www.rdhmag.com/pathology/16408931/how-dental-hygienists-can-help-patients-with-thyroid-disease). Web. 8 March 2020. URL: <https://www.rdhmag.com/pathology/16408931/how-dental-hygienists-can-help-patients-with-thyroid-disease>.
22. Charan Kamal Kaur Dharmani Management of children with special health care needs (SHCN). Journal of Medical Society. January 2017. Vol. 32(1). P. 1-6 .
23. Павлова Т.В., Пешкова Э.К., Колесников Д.А. Клинические наблюдения и анализ стоматологического статуса пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Фундаментальные исследования. 2012. № 4 (1). С. 97-100.
24. Ковач І.В., Воляк Л.М. Патогенез системної гіоплазії емалі зубів у хворих на ендемічний зоб. Медичні перспективи. 2012. № XVII (2). С. 74-77.
25. Subramaniam P., Jagannathan N. Oral Manifestations of Hypothyroidism. International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research. 2014. Vol. 6(4). P. 281-283.
26. Артеменко Т.В., Сахарук Н.А. Анализ стоматологического здоровья у пациентов с эндокринной патологией (гипотиреоз). Вестник ВГМУ. 2014. № 13 (2). С. 124-8.
27. Ковач І.В., Воляк Л.М. Характеристика стоматологічних захворювань у дітей, що хворіють на ендемічний зоб. Медичні перспективи. 2012. № XVII (1). С. 118-121.
28. Колесник К.А. Частота зубочелюстных аномалий у детей с заболеваниями щитовидной железы. Таврический медико-биологический вестник. 2012. № 15 (60). С. 184-186.
29. Колесник К.А. Патогенетические подходы к комплексному лечению зубочелюстных аномалий у детей с диффузным нетоксическим зобом [автореферат]. Симферополь; Крымский медицинский университет им. С. И. Георгиевского. 2014. 43 с.
30. Колесник К.А. Состояние гигиены полости рта и тканей пародонта у детей с заболеваниями щитовидной железы. Вісник стоматології. 2013. № 1. С. 125-129.

Оцінка ризику значної затримки фізичного розвитку вкрай недоношених дітей в ранньому віці

Похилько В. І., Козакевич В. К., Козакевич О. Б.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Фізичний і нервово психічний розвиток передчасно народжених дітей є актуальною проблемою неонатології та педіатрії у всьому світі [1, 2, 3, 4]. Особливо важливо вчасно виявити групи ризику щодо несприятливого прогнозу розвитку у вкрай недоношених дітей при народженні для раннього втручання з метою уникнення формування інвалідизації в майбутньому.

В Україні приблизно 5 % дітей народжуються передчасно, серед яких 1,5% – це діти з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла (ДММТ та НММТ) [5, 6]. Удосконалення акушерської та неонатальної допомоги сприяло значному зниженню смертності даної когорти дітей [1, 2, 6]. Але зі зростанням рівнів виживання збільшився відсоток дітей з порушеннями розвитку, що в свою чергу, призвело до збільшення витрат на їх реабілітацію та соціальну адаптацію [2, 3, 7, 8].

Тому, побудова клінічних прогностичних моделей на основі визначення внеску значущих медико-соціальних і генетичних факторів у розвиток дітей, які народилися з ДММТ та НММТ, може стати підґрунтям для створення комплексної профілактичної програми раннього втручання [2, 6]. Це, в свою чергу, дозволить диференційовано підходити до профілактичних лікувально-реабілітаційних заходів та визначатиме майбутній прогноз.

У роботах зарубіжних та вітчизняних учених доведено роль генів сімейства глутатіон-S-трансфераз (GST), ренін-ангіотензинової системи (ACE, AGT2R1) та eNOS у розвитку патологічних станів на ранніх етапах онтогенезу та в розвитку важкої перинатальної патології [9, 10, 11, 12]. Нашими попередніми роботами доведено внесок поліморфізму генів сімейства глутатіон-S-трансфераз у розвиток затримки мовлення у вкрай недоношених дітей в ранньому віці та у розвиток затримки фізичного розвитку даної когорти дітей з бронхолегеневою дисплазією [6, 13]. Тому ми припустили, що поліморфізм зазначених генів може впливати й на затримку фізичного розвитку передчасно народжених дітей.

Метою даного дослідження стало розробити алгоритм прогнозування значної затримки постнатального фізичного розвитку

дітей з ДММТ та НММТ в ранньому віці на підставі визначення провідних факторів ризику несприятливого прогнозу.

Матеріали та методи. Для досягнення мети проведено мультицентрове когортне проспективне дослідження, що включало 155 дітей, які спостерігалися у центрі розвитку дитини Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні.

Оцінювання фізичного розвитку (маса тіла, зріст, обвід голови та обвід грудної клітки) проводили у 6, 12, 18, 24 та 36 місяців скорегованого віку (СВ) згідно чатів ВООЗ, шкал Fenton T.R. та Наказу МОЗ України від 20.03.2008 р № 149 "Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років» [14]. Нормальний постнатальний фізичний розвиток (ПФР) визначали за кривими росту, маси тіла, окружності голови, які знаходилися в межах від 10 до 90 перцентилі, помірну затримку ПФР – при знаходженні вказаних показників в межах 3-9 перцентилі, а значну затримку ПФР – при знаходженні вказаних показників менше за 3 перцентиль.

Ми категоризували фізичний розвиток дітей на «значну затримку ПФР» (n=24), коли у 24 місяці СВ щонайменше одна з кривих росту, маси тіла, окружності голови знаходилися в межах <3 перцентилі, та на «відсутність значної затримки фізичного ПФР» (n=131) у разі знаходження вказаних показників ≥ 3 перцентилі. Дослідження проводилось згідно стандартів біоетики.

Досліджували внесок у порушення фізичного розвитку таких детермінант: демографічні характеристики (n=9), соціально-економічний статус родини (n=6), особливості антенатального та інтранатального періодів (n=9), стан дитини відразу після народження та обсяги первинної реанімації (n=4), діагнози, обсяги лікування на стаціонарному та позастаціонарному етапах (n=23), особливості харчування (n=10), а також внесок генетичних моделей: співставлення «+» vs. «-» генів *GSTT1* та *GSTM1*; домінантних моделей: (GG+AG vs. AA) гену *GSTP1*, (DD+DI vs. II) гену *ACE*; (CA+AA vs. AA) гену *AGT2R1* та (aa + ab vs. bb) гену *e NOS*.

Матеріалом для генетичного дослідження слугувала периферична венозна кров. Забір проводили протягом перших трьох діб після народження у кількості 0,25 мл у пробірки закритої системи «Моноветт». Для визначення поліморфних варіантів після процедури виділення зразків ДНК із отриманого матеріалу, яку виконували за допомогою комерційного набору реагентів «ДНК-сорб-В», проводили

молекулярно-генетичне дослідження з використанням методів полімеразної ланцюгової реакції [15].

Статистичний аналіз проводили з використанням програми STATA версії 11 для Windows (StataCorp, Техас, США).

Прогнозування наслідків (нормальний / затримка ПФР) виконували за допомогою простого та покрокового множинного логістичного регресійного аналізу, шляхом розрахунку відношення шансів (ВШ), 95 % довірчого інтервалу (95 % ДІ) та предиктивних значень (коефіцієнта β) досліджуваних змінних. Операційні характеристики клінічної прогностичної моделі визначали за розрахунками чутливості, специфічності, позитивного предиктивного значення (ППЗ) та негативного предиктивного значення (НПЗ). Для оцінювання діагностичної точності моделі застосовували показник AUC (area under the curve) – площу під ROC кривою.

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчення ПФР обстежених дітей показало, що за час їх лікування у стаціонарі достовірно підвищилася кількість дітей з масою тіла <10 перцентилі (з 16,9 % до 33,1 %, $p=0,0004$) за рахунок достовірного збільшення частки немовлят з масою в межах 4-10 перцентилі (9,0 % проти 23,0 %, $p=0,004$) на тлі сталих значень кількості дітей з масою тіла <3 перцентилі (7,9 % та 10,1 %, $p=0,458$). У 6 місяців частка дітей, які мають масу менше за 10 перцентилі, підвищилася до 50,0 % ($p=0,0013$) за рахунок категорії немовлят, які мали масу тіла <3 перцентилі (з 10,1 % до 20,2 %, $p=0,008$). Упродовж 6-12 місяців життя частка дітей з масою тіла менше за 10 перцентилі дещо зменшилась, але все ж таки залишалася високою і в 24, і в 36 місяців, становила майже 30 %. Тобто частки дітей з затримкою ПФР при виписці зі стаціонару та у два роки життя були майже однаковими (33,1 % та 31,0 %). Виявлені нами зміни у ПФР не суперечать відомим науковим даним щодо повільного його розвитку у зазначеного контингенту немовлят [8, 16].

Для з'ясування ролі генетичної детермінанти у значній затримці ПФР розвитку обстежених дітей ми вивчали асоціації між поліморфізмом генів сімейства глутатіон-S-трансфераз, домінантних моделей генів ACE; AGT2R1, e NOS та значною затримкою ПФР у обстежених дітей в 24 місяці життя.

Дослідження впливу поліморфізму генів сімейства глутатіон-S-трансфераз на значну затримку ПФР передчасно народжених дітей виявило наявність достовірного зв'язку між домінантною моделлю

(GG+AG vs. AA) *GSTP1* гену та значною ЗПФР (ВШ 4,2 [95 % ДІ 0,85-413,4]; $p=0,044$) та відсутність такого впливу при наявності інших генетичних моделей досліджуваних генів (табл. 1). Жоден з генотипів *ACE*, *AGT2R1* та *eNOS* генів не асоціювався зі значною затримкою постнатального фізичного розвитку обстежених дітей.

Таблиця 1

Асоціації між значною затримкою фізичного розвитку передчасно народжених дітей та поліморфізмом генів глутатіон-S-трансфераз та ренін ангіотензинової системи

Генетичні моделі	ВШ	95 % ДІ	P
<i>GSTP1</i> GG+AG vs. AA	4,2	0,85-413,4	0,044
<i>GSTT1</i> «-»	0,75	0,58-9,62	0,825
<i>GSTM1</i> «-»	0,5	0,04-6,08	0,587
<i>ACE</i> DD+ ID	14,0	0,42-88,2	0,09
<i>AGT2R1</i> AC+CC	3,3	0,11-235,2	0,424
<i>eNOS</i> 4ab+bb	1,5	0,02-36,15	0,624

Для створення алгоритму прогнозування розвитку значної затримки ПФР застосовано покроковий множинний логістичний регресійний аналіз, при якому виявлено чотири дихотомічні предиктори, які достовірно впливали на значну затримку ПФР в 24 місяці СВ: вага при виписці з неонатального стаціонару менше за 3 перцентилі, перенесені менінгіт новонароджених, важкі внутрішньошлункові крововиливи (ВШК), а також підвищена захворюваність на гострі захворювання органів дихання (табл. 2).

Таблиця 2

Асоціації між значною затримкою фізичного розвитку та прогностичними змінними при множинному логістичному регресійному аналізі

Прогностична змінна	ВШ	95 % ДІ	P
Маса тіла при народженні (г)	0,999	0,994-1,003	0,741
Тривалість ШВЛ (діб)	0,98	0,89-1,08	0,736
Менінгіт вроджений (так, ні)	32,31	1,03-1000,4	0,047
Переведення на повне ентеральне харчування (доба)	1,04	0,93-1,17	0,483
Важкі ВШК (так, ні)	17,66	1,67-186,6	0,017
Маса тіла при виписці менше за 3 перцентиль (так, ні)	12,96	1,65-5,29	0,015
Виключно грудне вигодовування при виписці (так, ні)	0,83	0,13-5,29	0,849
Підвищена захворюваність на гострі захворюваннями органів дихання (так, ні)	18,74	2,39-146,7	0,005

Тому в нашу прогностичну модель було включено змінні, які достовірно асоціюються зі значною затримкою ПФР при множинному регресійному аналізі. Клінічна прогностична модель виникнення значної затримки ПФР, яка містить достовірні фактори ризику, виявлені при множинному логістичному регресійному аналізі – вагу при виписці менше за 3 перцентиль, менінгіт, важкі ВШК, підвищену захворюваність мала помірні чутливість (29,63 %) та ППЗ (66,67 %), але високі специфічність (97,14 %), НПЗ (87,74 %) та площу під ROC кривою (0,7921) (табл. 3, рис. 1.).

Таблиця 3

Прогностична модель розвитку значної затримки фізичного розвитку у обстежених дітей та її операційні характеристики

Прогностична змінна	B	m	ВШ (95% ДІ)	P	ROC
Менінгіт вроджений	2,33	1,05	10,31(1,39-75,94)	0,027	
Важкі ВШК	1,45	0,55	4,27 (1,44-12,62)	0,009	
Маса тіла при виписці < 3 перцентиль	1,9	0,61	6,68 (2,03-22,06)	0,002	
Підвищена захворюваність гострими захворюваннями органів дихання	1,1	0,50	2,48 (0,99-6,71)	0,073	
const	- 2,63	0,35			0,7921

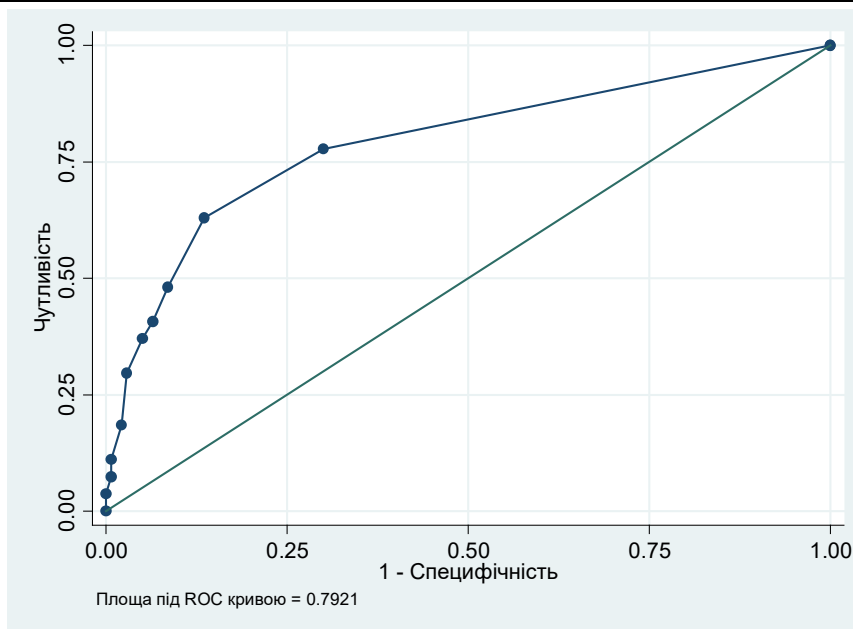


Рис 1. ROC крива прогностичної моделі розвитку значної затримки фізичного розвитку, що включає 4 фактори ризику.

Висновки.

1. Встановлено, що майже 30 % обстежених дітей у 24 місяці як хронологічного, так і скорегованого віку, мають значну затримку ПФР. Достовірними факторами ризику виникнення значної затримки

ПФР є: маса тіла при виписці <3 перцентилі (ВШ 6,68; p=0,002), вроджений менінгіт (ВШ 10,3; p=0,027), важкі ВШК (ВШ 4,27;p=0,009), підвищена захворюваність на гострі захворювання органів дихання (ВШ 2,48;p=0,07), а також домінантна модель (GG+AG vs. AA) GSTP1 гену (ВШ 4,2; p=0,044).

2. Клінічна прогностична модель, яка містить достовірні фактори ризику, виявлені при множинному логістичному регресійному аналізі – вагу при виписці менше за 3 перцентиль, менінгіт, важкі ВШК, підвищену захворюваність (p=0,000), має помірні чутливість (29,63 %) та ППЗ (66,67 %), але високі специфічність (97,14 %), НПЗ (87,74 %) та площу під ROC кривою (0,7921).

Проведене дослідження свідчить про можливість застосування розробленої моделі прогнозування в практичній медицині (відділеннях виходжування передчасно народжених дітей, на дільниці) для своєчасного застосування комплексу профілактичних втручань. На нашу думку, ефективність програм катамнестичного спостереження покращиться тоді, коли до них будуть своєчасно включатися діти з групи ризику, які мають предиктори виникнення порушень розвитку.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці ефективних стратегій профілактики затримки постнатального фізичного розвитку, що сприятиме оптимальному розвитку, профілактиці інвалідизації з дитинства та інтеграції дитини з дуже і надзвичайно малою масою тіла при народженні в суспільство.

Запровадження генетичного дослідження з метою визначення генетичної моделі GG+AG гену GSTP1 у передчасно народжених дітей, які народилися з дуже малою масою тіла дозволить визначати групу ризику щодо розвитку порушень фізичного розвитку і індивідуалізовано підходити до його корекції.

Література

1. Шунько Є. Є., Белова О. О., Путкарадзе Р. В. Аналіз особливостей постнатального фізичного розвитку дітей з дуже малою масою тіла при народженні в умовах відділення інтенсивної терапії та виходжування новонароджених. *Современная педиатрия*. 2016. № 2 (74). С. 11-14.
2. Шунько Є. Є., Белова О. О., Лакша О. Т. Аналіз перинатальної патології дітей, які народились з дуже малою масою тіла, і стану здоров'я їх матерів. *Здоровье женщины*. 2016. №1 (107). С.176-179.

3. Roberts G., Cheong J., Opie G. Growth of Extremely Preterm Survivors From Birth to 18 Years of Age Compared With Term Controls. *Pediatrics*. 2013. Vol. 131, № 2. P. e439–e445.
4. Leppanen M., Lapinleimu H., Lind A. Antenatal and Postnatal Growth and 5-Year Cognitive Outcome in Very Preterm Infants. *Pediatrics*. 2014. Vol. 133, № 1. P. 63-70.
5. Козакевич О. Б. Фізичний розвиток вкрай недоношених дітей упродовж перших трьох років життя та фактори ризику, що впливають на його значну затримку. *Современная педиатрия*. 2016. №4 (76). С. 36-40.
6. Козакевич В. К., Козакевич О. Б., Зюзіна Л. С. Оцінка ризику затримки мовленнєвого розвитку дітей, які народились з дуже і надзвичайно малою масою тіла. *Современная педиатрия*. 2019. №1 (97). С.36–40.
7. Breeman L. D., Jaekel J, Baumann N., Bartmann P. Preterm Cognitive Function Into Adulthood. *Pediatrics*. 2015. №136(3). P. 415–422.
<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/08/05/peds.2015>
8. Яблонь О. С., Власенко Д. Ю. Надзвичайно мала маса тіла при народженні – катамнез якості життя. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2014. Т. IV, № 2(12). С. 62-68.
9. Salminen L. E, Schofield P. R, Pierce K. D et al. Impact of the AGTR1 A1166C polymorphism on subcortical hyperintensities and cognition in healthy older adults. *Age (Dordr)*. 2014. Vol. 36, № 4. P.9664.
10. Гасюк Н. І., Артџомова Н. С., Ковальова О. М., Похилько В. І., Соловьева Г. А Роль генів ренин-ангіотензинової системи в розвитку неблагоприятних исходов лечения тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияний у преждевременно рожденных детей. *Wiadomosci Lekarskie*. 2017. Т. LXXI, №1 cz II. P. 148–154
11. Россоха З. І., Кир'яченко С. П., Похилько В. І., Ковальова О. М., Горovenko Н. Г. Асоціація делеційного поліморфізму гена *GSTT2B* зі скороченням гестаційного віку та розвитком критичних станів у новонароджених. *Акушерство. Гінекологія. Генетика*. 2018. Т.14, № 2(12), С.54–60.
12. Похилько В. І., Ковальова О. М., Чернявська Ю. І., Цвіренко С. М. Вплив поліморфізму генів ренин-ангіотензинової системи на перебіг ранніх бактеріальних інфекцій у передчасно народжених дітей. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2019. Том 19, Вип. 2(46). С.187-193.

13. Похилько В. І, Козакевич О. Б, Калюжка О. О. Вплив поліморфізму генів сімейств глутатіон-S-трансфераз на розвиток та захворюваність передчасно народжених дітей з бронхолегеневою дисплазією. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2015. №.1 (15). С.75–80.
14. Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років: наказ МОЗ України від 23.03.2008 № 149. *Офіційний вісник України*. 2008. 67с.
15. Arand M., Muhlbauer R., Hengstler J. et al. A Multiplex Polymerase Chain Reaction Protocol for the Simultaneous Analysis of the Glutathione S-Transferase GSTM1 and GSTT1 Polymorphisms. *Analytical Biochemistry*. 1996. № 236. P. 184–186.
16. Ріга О. О. Результати катамнестичного спостереження за дітьми групи ризику. *Лікарська справа. Врачебное дело*. 2016. №1–2. С. 96–101.

**Застосування сучасних статистичних методів з метою
предикції артеріальної гіпотензії у передчасно народжених дітей
з раннім неонатальним сепсисом**

Похилько В.І., Чернявська Ю.І., Цвіренко С.М.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Одним з найпоширеніших проявів раннього неонатального сепсису у передчасно народжених дітей є артеріальна гіпотензія (АГ). Діагностика та лікування АГ у передчасно народжених дітей є складною проблемою, з якою лікарі стикаються у своїй щоденній практиці. Під клінічним значенням терміну "артеріальна гіпотензія", на думку експертів, слід розуміти три різні функціональні рівні: втрата ауторегуляції кровотоку в органах, втрата функції та втрата цілісності тканин (ішемічний поріг). Існує багато питань для обговорення – як визначити конкретні параметри артеріального тиску (АТ) у передчасно народжених дітей, які викликають серйозні патологічні зміни саме в цій групі пацієнтів. Загальноприйнятим є таке визначення АГ у недоношених дітей: рівень середнього АТ нижче, ніж значення постконцептуального віку дитини або 30 мм рт.ст., оскільки вважається, що ці цифри є критичними для пошкодження мозку [1]. Існують дослідження, які свідчать про відсутність зв'язку між рівнем мозкового кровотоку та системним артеріальним тиском у передчасно народженої дитини [2] та

припускають наявність неушкодженого мозкового кровотоку у таких пацієнтів із критичним рівнем системного артеріального тиску [3]. Є непрямі вказівки на те, що судини головного мозку передчасно народжених дітей через незрілість авторегуляції мозкового кровообігу реагують на пологи у дитини у вигляді спазму [4]. Не зважаючи на безліч питань щодо нормального рівня АТ у недоношених дітей та зростаючі знання інших методів визначення рівня системного кровотоку, вимірювання АТ у відділеннях інтенсивної терапії є основним та принциповим методом опосередкованої оцінки достатності серцевого викиду, кровообігу та перфузії тканин [5]. Виникає питання, що для визначення потреби в агресивному медичному втручанні необхідно оцінювати АТ у поєднанні з іншими показниками клінічного стану новонародженого [6].

Метою нашого дослідження було дослідити клінічні та інфекційно-метаболичні прояви АГ у передчасно народжених дітей із ранніми бактеріальними інфекціями та обґрунтувати діагностичні критерії визначення синдрому АГ та показання до призначення гемодинамічної підтримки у передчасно народжених дітей із раннім неонатальним сепсисом.

Методологія та методика дослідження будувалася на засадах Консенсусу з біо- та медичної етики та принципах доказової медицини.

Предметами вивчення були ряд факторів ризику: 25 антенатальних чинників, 7 інтранатальних чинників, 8 факторів групи «заходи первинної реанімації», 9 – із групи «інфекційний статус», 9 лабораторних показників.

Було проведено проспективне когортне дослідження із застосуванням методу простого регресійного аналізу, сформовано 2 дослідних групи – основна група (n=58) передчасно народжені діти з ранніми бактеріальними інфекціями та артеріальною гіпотензією та контрольна група (n=62) передчасно народжені діти з ранніми бактеріальними інфекціями без артеріальної гіпотензії. Артеріальну гіпотензію визначали як рівень середнього артеріального тиску (МАР) в мм.рт.ст., що є менше величини гестаційного віку дитини в тижнях, або менше 30 мм.рт.ст. Ранній неонатальний сепсис діагностували при появі у дитини клінічних симптомів інфікування (тахікардія, тахіпноє, десатурації, апное, порушення перфузії, судом) та лабораторних ознаках інфікування (кількість лейкоцитів більше за

20×10^9 , або менше за 5×10^9 та підвищений рівень С-реактивного білка) до 72 годин життя. Підтвердженням раннього неонатального сепсису слугувало й визначення у крові грам-негативної або грам-позитивної мікрофлори.

Для обробки кількісних величин використовувалися традиційні методи параметричної та непараметричної статистики; для аналізу якісних ознак, що виражалися, в основному, у відсотках, були застосовані непараметричні методи. За допомогою методів параметричної статистики здійснювались: перевірка нормальності розподілу кількісних ознак з використанням критерію Колмогорова-Смірнова; перевірка рівності генеральних дисперсій з використанням критерію Фішера.

При нормальном у розподілі даних використовували основні статистичні характеристики, а саме: середнє значення (М) для визначення центральної тенденції; стандартну похибку середнього значення (m) для точності оцінки середньої, довірчий інтервал (ДІ) — для визначення 95 % інтервалу середньої.

Перевірка гіпотез щодо рівності генеральних середніх проводилась з використанням t-критерія Стьюдента. Визначення критерія дозволило знайти ймовірність того, що середні значення кількісних ознак, розраховані для різних груп, належать до однієї і тієї ж сукупності. Якщо вірогідність є $p < 0,05$, то ці вибірки належать до двох різних сукупностей, оскільки їх середні значення достовірно відрізняються. При ненормальному розподілі центральну тенденцію визначали за допомогою медіани (М) та кuartилі (Q).

Порівняння відносних, або виражених у відсотках, величин здійснювалося за допомогою критерію χ^2 (хі-квадрат), порівняння кількісних показників з ненормальним розподіленням при непов'язаних вибірках – за допомогою критерію Манна-Уїтні (критерій U).

Для визначення зв'язків між окремими показниками та побудови прогностичних клінічних моделей використовували простий та множинний логістичний регресійний аналіз (пакет прикладних програм STATA 11.0).

Аналіз операційних характеристик діагностичних тестів включав: розрахунки чутливості, специфічності, позитивного предиктивного значення, негативного предиктивного значення та побудови ROC-кривої з розрахунками площі під нею.

На початку дослідження було вивчено швидкість гемодинамічних порушень у недоношених дітей з ранніми бактеріальними інфекціями в ранньому неонатальному періоді. Таким чином, було встановлено, що клінічний перебіг раннього неонатального сепсису у передчасно народжених дітей різноманітний і характеризується залученням багатьох органів і систем організму, зокрема епізоди АГ відзначалися у 41,2% дітей. Згодом були визначені та вивчені надійні фактори ризику, пов'язані з цими станами та основними клінічними проявами. Аналіз медико-демографічних показників, клінічних ознак, частоти застосування реанімаційних заходів у пацієнтів обстежених груп не показав жодного зв'язку з ймовірністю виникнення АГ.

Вивчення метаболічного профілю передчасно народжених дітей з раннім неонатальним сепсисом показало, що середнє значення вмісту глюкози у дітей обстежених груп суттєво не відрізнялося (табл. 1). Однак у групі дітей з раннім сепсисом та АГ частка дітей, які мали рівень глюкози менше 2,8 ммоль/л, була значно вищою, ніж у дітей без АГ. Рівень сечовини у дітей з АГ був вищим, ніж у дітей без гіпотензії ($5,4 \pm 0,42$ проти $3,7 \pm 0,23$ ммоль/л), проте рівень креатиніну був майже однаковим, що свідчить про метаболічний компонент виникнення АГ у передчасно народжених дітей з раннім неонатальним сепсисом.

Таблиця 1

Показники, що характеризують метаболічний статус передчасно народжених дітей із груп спостереження

Прогностичні змінні	Діти з АГ n=58	Діти без АГ n=62	ВІШ 95% ДІ	p
Глюкоза крові (ммоль/л), M±m	3,6±0,17	3,7±0,15	0,94 (0,69-1,28)	0,685
Глюкоза < 2,8 ммоль/л, n (%)	10 (17,2)	3 (4,8)	4,63 (1,38-15,6)	0,013
Сечовина (ммоль/л), M±m	5,4±0,42	3,7±0,23	1,51 (1,16-1,96)	0,002
Креатинін (мкмоль/л), M±m	87,0±7,77	93,7±7,90	1,0 (0,98-1,01)	0,544
NO ₂ +NO ₃ (ммоль/л), M±m	74,5±9,62	64,5±7,84	1,01 (0,99-1,02)	0,413

В результаті ехокардіоскопічного дослідження та доплерографічного аналізу було встановлено, що лише ударний індекс роботи лівого шлуночка (УІРЛШ), який характеризує насосну

функцію серця, був суттєво пов'язаний з розвитком АГ і був значно нижчим у немовлят з гіпотензією, ніж у дітей без АГ ($1,1 \pm 0,11$ мл/хв*м² та $1,9 \pm 0,19$ мл/хв*м² відповідно, ВШ = 0,3, $p = 0,005$). На межі статистичної значущості виявились відмінності між групами дітей у середніх значеннях загального показника периферичного судинного опору ($4597,4 \pm 421,58$ дин/с*см⁻⁵ та $5760,7 \pm 496,68$ дин/с*см⁻⁵ відповідно, $p = 0,088$). Таким чином, однією з причин розвитку гіпотензії у передчасно народжених дітей може бути зниження скоротливості міокарду лівого шлуночка.

Вивчення неврологічного статусу передчасно народжених дітей з раннім неонатальним сепсисом показало, що 3,5% дітей з АГ та 3,2% дітей без гіпотонії мали кому, 75,9% та 77,4% дітей мали синдром пригнічення та 6,9% - 8,1% у дітей – судомний синдром. Однак ІР (індекс резистентності) середньої мозкової артерії у дітей з АГ був значно нижчим, ніж у дітей без АГ ($0,66 \pm 0,02$ проти $0,81 \pm 0,04$, $p = 0,012$). Результати дослідження підтверджують думку інших авторів про недосконалість церебральної авторегуляції у недоношених дітей та відсутність конкретних клінічних симптомів її порушень.

Для розробки клінічної прогностичної моделі розвитку синдрому артеріальної гіпотензії та вивчення її операційних характеристик було використано множинний логістичний регресійний аналіз. Було сформовано 4 клінічні прогностичні моделі з почерговим включенням факторів ризику, які були визначені методом простого логістичного аналізу (табл. 2).

Таблиця 2

Прогностичні клінічні моделі розвитку артеріальної гіпотензії у передчасно народжених дітей з раннім неонатальним сепсисом

Змінні	β	M	p	Площа під ROC
I модель				
pH	-7,33	3,49	0,036	
Рівень глюкози	2,36	1,29	0,067	
cons	53,33	25,53	0,037	0,7046
II модель				
УІРЛШ	-7,034	3,17	0,027	
pH	-0,365	8,61	0,966	
Рівень глюкози	3,79	3,79	0,317	
cons	11,141	62,14	0,858	0,9676

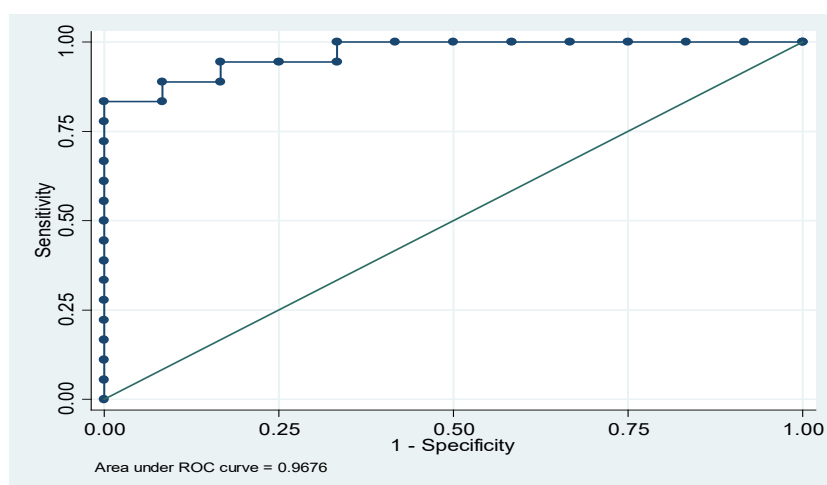
III модель				
Сечовина	0,69	0,24	0,006	
pH	-9,91	4,06	0,014	
cons	69,56	29,27	0,017	0,8150
IV модель				
УІРЛШ	-6,35	2,78	0,022	
сечовина	0,427	0,435	0,327	
pH	-3,23	7,63	0,672	
cons	29,81	55,4	0,590	0,9444

Лише II модель, яка включала ударний індекс роботи лівого шлуночка, рівень рН крові та рівень глюкози крові мала високі прогностичні характеристики і найбільшу площу під ROC-кривою (табл. 3).

Таблиця 3

Операційні характеристики прогностичної клінічної моделі розвитку артеріальної гіпотензії у передчасно народжених дітей з раннім неонатальним сепсисом, що включає рН, ударний індекс роботи лівого шлуночка та рівень глюкози менше 2,8 ммоль/л

Операційні характеристики	Значення
Чутливість	83,33 %
Специфічність	100,00 %
Позитивне предиктивне значення	100,00 %
Негативне предикативне значення	80,00 %



Малюнок 1. ROC-крива клінічної прогностичної моделі розвитку артеріальної гіпотензії у передчасно народжених дітей з раннім неонатальним сепсисом

АГ у передчасно народжених дітей є серйозною недостатньо дослідженою проблемою через відсутність чіткого визначення поняття. Ранні серцево-судинні та гематологічні ознаки інфекції і,

особливо, сепсису у передчасно народжених дітей дуже важко інтерпретувати. При сепсисі мікроциркуляторна дисфункція є вторинною, з'являється після нерівномірності перфузії органів, артеріовенозного шунтування та пошкодження авторегуляції [7]. Однак, незалежно від методу визначення низького артеріального тиску, ця проблема має значне поширення - від 20%, за даними різних дослідників [8]. Лікування АГ у передчасно народжених дітей передбачає введення об'єму рідини, інотропів та кортикостероїдів у резистентних випадках [9]. З іншого боку, невиправдане використання агресивних методів лікування гіпотензії у передчасно народжених дітей, і особливо симпатоміметиків, може призвести до несприятливих наслідків лікування, включаючи внутрішньошлункові крововиливи [10], харчову інтолерантність, легеневу гіпертензію, тахіаритмію тощо. Такі несприятливі результати тягнуть за собою збільшення витрат на лікування даного клінічного випадку. В своїй роботі ми показали, як з допомогою сучасних статистичних методів можна потенційно зменшити кількість ускладнень у такої вразливої категорії пацієнтів та покращити результати лікування.

Результати нашого дослідження стали основою для визначення "синдрому артеріальної гіпотензії", що включає рівень середнього артеріального тиску у дитини на мм рт.ст., менший за гестаційний вік за тижні та наявність одного з наступних критеріїв – УІРЛШ менше вікового стандарту, рН менше 7,2, глюкоза в крові менше 2,8 ммоль / л. Наявність цього синдрому у дитини може слугувати показанням до призначення медикаментозної підтримки гемодинаміки, на відміну від ситуації, коли її призначають лише при зниженому артеріальному тиску, що у передчасно народжених дітей перших діб життя може бути варіантом норми і часто не супроводжується негативними змінами в органах і системах організму.

Список використаних джерел:

1. McClean C.W., Cayabyab R.G., Noori S. Cerebral circulation and hypotension in the premature infant: diagnosis and treatment. Neonatology questions and controversies: neurology. Philadelphia: Saunders. 2008. № 3. P.26.2.
2. Miall-Allen V.M., de Vries L.S., Whitelow A. G. Mean arterial blood pressure and neonatal cerebral lesions. 1987. № 62. P.1068 – 1 069.

3. Watkins A. M., West C. R., Cooke R. W. Blood pressure and cerebral hemorrhage and ischaemia in very low birthweight infants. *Pediatrics*. 2001. № 10. P. 221 – 241.
4. Tyszczyk L, Meek J, Elwell C. Cerebral blood flow is independent of mean arterial blood pressure in preterm infants undergoing intensive care. *Pediatrics*. – 1998. №102. P. 337 – 341.
5. Noori S., Stavroudis T.A., Seri I. Systemic and cerebral hemodynamics during the transitional period after birth. *Clin Perinatol*. – 2009. – № 36. – P. 723 – 736.
6. Short B.L., Van Meurs K, Evans R. Cardiology Group. Summary proceedings from the cardiology group on cardiovascular instability in preterm infants. *Pediatrics*. 2006. № 117. P. 534 – 539.
7. Fanaroff A. A., Fanaroff J. M. Short- and long-term consequences of hypotension in ELBW infants. *Semin Perinatol*. 2006. № 30. P.151 – 155.
8. Pichler G, Holler N, Baik-Schneditz N, Schwabegger B, Mileder L. Avoiding arterial hypotension in preterm neonates – a single center randomized controlled study investigating simultaneous near infrared spectroscopy measurements of cerebral and peripheral regional tissue oxygenation and dedicated interventions. *Front Pediatr*. 2018. № 6. P. 15. Published online 2018 Feb 1. doi: 10.3389/fped.2018.00015
9. Barrington K. J., Dempsey E. M. Cardiovascular support in the preterm: treatments in search of indications. *J Pediatr*. 2006. № 148(3). P. 289–91. doi: 10.1016/j.jpeds.2005.12.056
10. Dasgupta S. J., Gill A. B. Hypotension in the very low birth weight infant: the old, the new, and the uncertain. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003. № 88. P.F450

Епідеміологія хронічного ендометриту у жінок

Валентина Склярова^{1,2}, Ірина Кишакевич³, Ростислав Чайківський¹

¹*Львівський національний медичний університет*

імені Данила Галицького, Львів

²*Львівський міський центр планування сім'ї і репродукції людини, Львів*

³*Івано-Франківський національний медичний університет,*

Івано-Франківськ

Вступ. Актуальність проблеми хронічного ендометриту (ХЕ) у жінок репродуктивного віку з порушеннями репродуктивного здоров'я має медичне і соціальне значення. Серед факторів ризику відзначають хронічні запальні процеси нижніх і верхніх статевих шляхів, внутрішньоматкові втручання і запальні ускладнення після

них [8, 9, 10]. Персистенція інфекційних агентів в ендометрії при хронічному ендометриті призводить до виражених змін в структурі і функції тканини, викликає проліферативні порушення, а також патологію циклічної трансформації ендометрію. Найбільшою агресивністю для репродуктивної системи жінки є утримання даних змін в ендометрії навіть після вилікуваних інфекційних агентів, що призводить до неефективності лікування безпліддя, невдалих спроб екстракорпорального запліднення, звичних втрат вагітності [1,2,14].

Вчасна діагностика хронічного ендометриту є найбільш актуальною у жінок з безпліддям і звичним невиношуванням вагітності. Вона базується на ехографічних критеріях змін структури ендометрія та доплерометрії судин, специфічних гістероскопових ознаках і «золотим стандартом» діагностики хронічного ендометриту є патоморфологічне та імуногістохімічне дослідження ендометрію [11,12].

Епідеміологія поширеності хронічного ендометриту в Україні є недостатньо висвітленою, оскільки фінансова сторона обстеження повністю лягає на пацієнтів. Частота виявлення становить приблизно 10% у популяції жінок, що проходили хірургічне лікування з приводу доброякісних гінекологічних захворювань і 0,2-46% у жінок з безпліддям. Згідно даних літератури у пацієток з безпліддям хронічний ендометрит виявляють у 60 – 72- 90% і у 64-76-86% зі звичним невиношуванням вагітності [13, 15].

Мета даного дослідження – проаналізувати частоту хронічного ендометриту у жінок репродуктивного віку з порушеннями репродуктивного здоров'я.

Матеріали та методи дослідження Обстеження жінок проводили у Львівському міському центрі планування сім'ї та репродукції людини та медичному центрі репродуктивного здоров'я «Дамія» м. Івано-Франківськ.

. Для досягнення мети і поставлених завдань було проведено обстеження 113 жінок. Обстежені пацієнтки були розділені на групи у залежності від завдань досліджень з яких – 30 пацієток (I основна група), які звернулись з ціллю обстеження при плануванні вагітності зі звичним невиношування (ЗН) (МКХ 10 N96); II група – 47 жінки з первинним непліддям (ПБ) протягом 1-20 років (МКХ 10 Z31,6, N97, виключено N 97.4); III група – 36 жінок, які звернулись з метою обстеження при плануванні вагітності (ПЕ), в яких при рутинному УЗД було виявлено поліп або поліпи ендометрію (МКХ 10 Z31,

N84.1). До контрольної групи було включено 20 жінок у віці від 18 до 40 років з однією або двома дітьми без репродуктивних втрат, не обтяженим акушерсько-гінекологічним і соматичним анамнезом (звернутись з ціллю профілактичного огляду, яким перед постановкою ВМС порадили пайпель порожнини матки) (МКХ 10, Z30).

На етапі прегравідарного обстеження у пацієток I групи при аналізі анамнестичного анамнезу додатково було вивчено стан, клінічний перебіг попередніх вагітностей, пологів, післяпологового періоду і стану новонароджених; визначено частоту і структуру репродуктивних втрат (РВ). У жінок II групи враховувалась тривалість непліддя, характер попередніх лікувально-діагностичних процедур, кількість допоміжних репродуктивних технологій в анамнезі.

Обстеження на хронічний ендометрит у пацієток I, II і III груп виконували на 7-9 день менструального циклу методом гістероскопії із взяттям матеріалу (вишкрібання або біопсія ендометрію зі змінених ділянок) на імуногістохімічне та патоморфологічне дослідження. Пацієнткам контрольної групи на 5-7 день циклу проводили пайпель біопсію ендометрію за допомогою аспіраційної кюретки ProfiCombi («Simurg», Belarus). Гістероскопові втручання виконувались у першу фазу МЦ з використанням відеолапароскопічного обладнання та інструментарію фірм Stryker «(USA) та «Karl Storz» (Німеччина) за загальноприйнятими методиками. Всіма пацієнтками, які брали участь в дослідженні, було підписано добровільну інформовану згоду. Патоморфологічні і імуногістохімічні обстеження на СД 138 виконували в лабораторії CSD (Київ).

Статистичні методи обробки результатів здійснювали з використанням програм SPSS 7.0 та Microsoft Excel 2000.

Результати дослідження та дискусія

У всіх групах за чисельністю найпредставленіший був віковий діапазон від 21 до 35 років. Щодо соціальної структури обстежених жінок, то пацієнтки були приблизно однаковими у всіх групах, переважна більшість пацієток мала вищу й середню фахову освіту.

Виявлення хронічного ендометриту у жінок зі звичним невиношуванням.

Всього обстежено 30 пацієток репродуктивного віку із втратами 2 і більше вагітностей (N96 – звичний викидень). Під час гістероскопового обстеження у 12 (40%) пацієток виявляли

нерівномірність товщини ендометрію, поліпозоподібні розростання та набряк стромі (рис. 1), у 5 (17 %) відмічали локальну або дифузну гіперемію, легку кровоточивість ендометрію, у 3 (10%) було встановлено неповну перетинку матки, у 3 (10%) – поліпи ендометрію, у 2 (7%) - аденоміоз матки.

При патоморфологічному заключенні відмічали наявність в стромі клубків судин та нерівномірно розподілених варіоморфних залоз із порушенням просторової орієнтації, дифузну помірну лімфогістіоплазмоцитарну інфільтрацію з чітко визначеними плазматичними клітинами, фрагменти ендометрію в стані порушеної проліферації.

При імуногістохімічному дослідженні ендометрія на СД 138 хронічний ендометрит діагностовано у 80% пацієток I групи, на відміну від групи контролю 5%.

Виявлення хронічного ендометриту у жінок з первинною безплідністю.

Під час гістероскопового обстеження 47 пацієток репродуктивного віку з первинним непліддям (ПБ) протягом 1-20 років (МКХ 10 Z31,6, N97, виключено N 97.4) у 21 (45 %) виявляли зміни, характерні для хронічного ендометриту, у 1 жінки (2 %) – неповну перетинку матки, у 4 (8 %) – obturaцію або виражене звуження вічок маткових труб, у 3 (6 %) – поліпи ендометрію, у 5 (11 %) – ознаки аденоміозу.

При імуногістохімічному дослідженні ендометрія на СД 138 хронічний ендометрит діагностовано у 26 (55%) пацієток I групи, на відміну від групи контролю 5% ($p > 0,05$). Нами відмічено, що у жінок із синдромом полікістозних яєчників, не було виявлено ХЕ ($p > 0,05$). У всіх пацієток з доброякісними гістероскоповими змінами ендометрію, звуженням або obturaцією вічок маткових труб, аденоміозу матки було виявлено позитивний СД 138 ($p > 0,05$).

Виявлення хронічного ендометриту у жінок при плануванні вагітності і поліпами ендометрію.

Протягом останніх років все більше жінок звертається для адекватного обстеження при плануванні вагітності. Це зумовлено в першу чергу більшою свідомістю населення, інформаційним ресурсом інтернету, вільним доступом до ультразвукової діагностики. 36 пацієткам при плануванні вагітності і поліпами ендометрію (МКХ 10 Z31, N84.1), після прегравідарних обстежень було

проведено гістероскопію з патоморфологічним і імуногістохімічними дослідження ендометрію.

Гістероскопові знахідки поряд з поліпами ендометрію супроводжувались у 5 (14%) пацієнок аденоміозом, у 3 (8 %) – поліпом ендочервіксу.

При імуногістохімічному дослідженні ендометрія ХЕ було діагностовано у 22 (61 %), що дає можливість рекомендувати визначати СД 138 не тільки пацієнткам з безплідністю або звичним невиношуванням, але і жінкам при плануванні вагітності і поліпах ендометію.

Дискусія

Доцільність обстеження на хронічний ендометрит не викликає сумнів у жінок з репродуктивними втратами, первинною неплідністю, невдачами ЕКО [3, 6]. Однак пацієнтки з поліпами ендометрію не входять в обов'язкове обстеження на СД 138, і при рецидуванні поліпів при ХЕ є групою на повторне оперативне лікування. В Україні гістероскопія, дослідження на СД 138, лікування патологій репродукції є фінансовими витратами пацієнтів. Тому на нашу думку, є доцільно рекомендувати обстеження на ХЕ і жінкам з поліпами ендометрію, не чекаючи непліддя або втрат вагітності [4, 5, 7].

Висновки.

1. Гістероскопові зміни патології ендометрію були присутні у 57% жінок зі звичним невиношуванням та первинною безплідністю ($p > 0,05$).

2. При імуногістохімічному дослідженні ендометрію хронічний ендометрит діагностовано у 80 % пацієнок зі звичним невиношуванням вагітності, у 55% жінок з первинною безплідністю і у 61% жінок при плануванні вагітності і поліпами ендометрію ($p > 0,01$).

Література

1. Alonso L, Carugno J. [Chronic Endometritis: Three-dimensional Ultrasound and Hysteroscopy Correlation](#). J Minim Invasive Gynecol. 2019;3.
2. [Chen YQ](#), [Fang RL](#), [Luo YN](#), [Luo CQ](#). Analysis of the diagnostic value of CD138 for chronic endometritis, the risk factors for the pathogenesis of chronic endometritis and the effect of chronic endometritis on pregnancy: a cohort study. [BMC Womens Health](#). 2016;16(1):60.
3. [Cicinelli E](#), [Matteo M](#), [Trojano G](#) et al. Chronic endometritis in patients with unexplained infertility: Prevalence and effects of antibiotic treatment

- on spontaneous conception. [Am J Reprod Immunol](#). 2018;79(1).
4. [Cicinelli E](#), [Trojano G](#), [Mastromauro M](#) et al. Higher prevalence of chronic endometritis in women with endometriosis: a possible etiopathogenetic link. [Fertil Steril](#). 2017;108(2):289-295.
 5. [Kimura F](#), [Takebayashi A](#), [Ishida M](#). Review: Chronic endometritis and its effect on reproduction. [J Obstet Gynaecol Res](#). 2019;45(5):951-960.
 6. Krasnopolsky VI, Logutova LS, Zaro-centsseva NV, Dub NV. et al. Pregravid preparation of women with miscarriage and chronic endometritis. St. Petersburg, 2014:31 p.
 7. Kosei N, Zakharenko N, Herman D. [Endometrial polyps in women of reproductive age: clinical and pathogene-tic variations](#). Georgian Med News. 2017;(273):16-22.
 8. Kozireva E.V., Davidian L.Yu., Cometova V.V. Chronic endometritis in the aspect of infertility and miscarriage. Ulyanovsk Medico-Biological Journal. 2017;2:56-62.
 9. McQueen, D. B. Bernardi L.A., Stephenson M.D. Chronic endometritis in women with recurrent early pregnancy loss and/or fetal demise. [Fertil Steril](#). 2014;4(101):1026-1030.
 10. Ovcharuk E.A. Chronic autoimmune endometritis as one of the main causes of impaired reproductive function (literature review). Bulletin of new medical technologies. 2013;1.
 11. [Puente E](#), [Alonso L](#), [Laganà A.S](#). et al. Chronic Endometritis: Old Problem, Novel Insights and Future Challenges. [Int J Fertil Steril](#). 2020;13(4):250-256.
 12. Serebrennikova K.G., Arutyunyan N.A., Alekhin A.I. Diagnosis and clinical criteria for chronic *endometritis*. [Gynecology](#). 2018;20(6):53–59.
 13. [Song D](#), [Li TC](#), [Zhang Y](#), [Feng X](#), [Xia E](#), [Huang X](#), [Xiao Y](#). Correlation between hysteroscopy findings and chronic endometritis. [Fertil Steril](#). 2019;111(4):772-779.
 14. Sklyarova V.O., Treatment of chronic endometritis in infertility in patients with a transmitted parasitic lesion. Internet presentation of posters of the 4th SEUD Congress. Florence, Italy. 26–28 April 2018. 217. URL: <http://seud.org/217-sklyarova/>.
 15. [Yang R](#), [Du X](#), [Wang Y](#). [et al.] The hysteroscopy and histological diagnosis and treatment value of chronic endometritis in recurrent implantation failure patients. [Arch Gynecol Obstet](#). 2014;289(6):1363-9.

Первинна та вторинна профілактика ішемічної хвороби серця

Скубченко Є. Є. Рева В.С.

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія
Міністерства Охорони Здоров'я України», Дніпро*

Основними причинами смерті населення всіх економічно розвинених країн і багатьох країн світу, що розвиваються, є неінфекційні захворювання. Велику частку в структурі смертності від названих захворювань становлять хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хвороби шлунково-кишкового тракту, органів дихання і цукровий діабет. Україна не є винятком: на частку хвороб системи кровообігу припадає 67,3%, злоякісних новоутворень – 13,1%, хвороб шлунково-кишкового тракту – 4% і хвороб дихальної системи – 4%

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – патологічний стан, що характеризується абсолютним або відносним порушенням кровопостачання міокарда внаслідок ураження коронарних артерій серця (згідно визначенню Всесвітньої організації охорони здоров'я, 1965 р.).

У 2013 році були опубліковані нові Європейські рекомендації щодо ведення хворих зі стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС). Представлений варіант таких рекомендацій є адаптованим до української кардіологічної практики. У порівнянні з Європейськими рекомендаціями 2006 року в новий документ було внесено цілий ряд суттєвих змін щодо визначення, діагностики і лікування захворювання. Так, для визначення нозології замість попереднього «стабільна стенокардія», використано термін «стабільна хвороба коронарних артерій», який, безперечно, є більш точним з точки зору патогенетичної сутності захворювання. Зазначимо, що за номенклатурою ВООЗ, цей термін вважається синонімом «ішемічної хвороби серця (ІХС)». В свою чергу, ІХС – загальноновживана назва патології в Україні, тому надалі у тексті використовується саме цей термін.

За результатами нещодавніх досліджень було встановлено

- поширеність визначеної ІХС становить 12,4% серед міських та 5,5% серед сільських чоловіків і відповідно 13,7% та 9,7% для жінок; з урахуванням можливої ІХС – відповідно 9,9 і 11,9%;

- розповсюдженість ІХС збільшується з віком в осіб обох статей; найбільш вагомий приріст частоти різних форм ІХС відзначається після 40 років;
- найпоширенішою формою визначеної ІХС є типова стенокардія напруги; підтверджений інфаркт міокарда реєструється у 2,8% міських та у 2,1% сільських чоловіків і відповідно у 1,3% та 0,9% жінок.

Встановлено, що виникненню ішемічної хвороби серця сприяють наступні дві групи факторів.

До першої групи чинників ішемічної хвороби серця належать:

Стать (частіше розвивається у чоловіків);

Вік (частіше у старшому віці);

Обтяжена спадковість – серцево-судинні захворювання часто носять сімейний характер.

Друга група факторів ризику - це ті, на які кожен з нас може вплинути самотійно:

Паління;

Зловживання спиртними напоями;

Підвищення артеріального тиску;

Надмірна маса тіла;

Часті стреси;

Низька фізична активність, що веде до ожиріння.

Якщо перша група чинників не піддається корекції, то друга, досить добре модифікується.

Первинною профілактикою ішемічної хвороби вважається модифікація способу життя, яка включає в себе:

1. Відмова від вживання спиртних напоїв, адже одразу після різкого розширення судин, слідує різкий їх спазм, що погіршує доставку кисню, то органів та тканин
2. Відмова від куріння, та уникнення вторинного та третинного куріння, які являються не менш небезпечнішими, ніж первинне куріння.

Хворий перш за все повинен відмовитися від тютюнопаління. Не так давно вважали, що тютюнопаління менше ніж 10 цигарок на день не впливає на кардіоваскулярний ризик, однак в РКД INTERHEART показано, що будь-яка кількість викурених цигарок завдає суттєвої шкоди, навіть одна цигарка на день. Паління 1–5 цигарок за добу підвищує ризик гострого ІМ на 40%, 20 — на 400%, 40 цигарок — на 900%. Тютюнопаління —

найбільш потужний фактор ризику ІМ; викурювання навіть 1–5 цигарок на день може нівелювати 75% користі від лікування статинами. Тютюнопаління спричиняє дисфункцію ендотелію та знижує рівень ХС ЛПВЩ. Відмова від цієї шкідливої звички знижує ризик смерті від ССЗ в 1,5–2 рази.

3. Контроль артеріального тиску, при цьому максимальні показники артеріального тиску не мають перевищувати 139 мм.рт. ст. діастолічний тиск, та 89 мм. Рт. ст. Систолічний.
4. Зниження маси тіла. Мова йде, зовсім не про сучасні еталони краси, а про доволі точні показники індекса маси тіла, який має бути в межах від 18,5 до 25.

Дуже важливим фактором є зменшення маси тіла у пацієнтів з ожирінням, оскільки надмірна маса тіла посилює практично всі фактори ризику ІХС. Позитивним є також вплив контрольованих тренувань. Спеціальними дослідженнями переконливо доведено, що фізичні навантаження у пацієнтів із ІХС знижують загальну смертність на 24%, смертність від ІХС — на 20–25%, сумарний коронарний ризик — майже на 30%. Фізичні навантаження середньої інтенсивності сповільнюють прогресування коронарного атеросклерозу. Помірна фізична активність підвищує рівень ХС ЛПВЩ, нормалізує функцію ендотелію, знижує АТ, ІМТ та рівень СРБ. Пацієнтам із ІХС призначають такі дозволені фізичні тренування динамічного характеру: ходьба, легкий біг, плавання, велосипед. Переважній більшості хворих достатньо ходьби на відстань 2,5 км упродовж 30 хв. Тренування небажано проводити в ранковий час, оскільки вранці відзначається зниження порогу виникнення стенокардії та посилення вазоконстрикції. Спочатку тренувальні фізичні навантаження становлять 50–60% попередньої потужності, а потім їх збільшують до 70%. ЧСС за 1 хв повинна бути на 10–12 скорочень меншою від того рівня, коли виникає біль.

Велике значення в терапії та профілактиці ІХС має дієтичне лікування. У Ліонському РКД хворим із перенесеним ІМ було рекомендовано дотримуватися середземноморської дієти, що передбачає вживання великої кількості овочів і фруктів, нежирних молочних продуктів, чорного хліба, часнику, морської риби, сухого вина. У пацієнтів, які дотримувалися дієти, ризик ускладнень після гострого ІМ знизився на 47%, загальна смертність — майже на 50%.

5. Уникання стресових ситуацій. Адже відбувається активація симпатoadреналової системи і виснаження серцевого м'яза «гормонами стресу». Психосоціальні фактори, такі як стрес і тривожно-депресивний синдром, тісно пов'язані з розвитком АГ і посідають третє місце за значущістю серед відомих ФР хронічних неінфекційних захворювань. Давно визнано вплив соціальних факторів на виникнення АГ і смертність від її ускладнень. Вважається, що хронічні стресові фактори можуть призвести до змін фізіологічних механізмів адаптації та хронічного підвищення АГ і запалення, а це, своєю чергою, спричиняє ураження судин і міокарда, що призводить до розвитку ішемічної хвороби серця.
6. Підвищення фізичної активності. Найпростішим методом являється як мінімум 30 хвилин безперервної ходьби, які дозволять серцевому м'язові триматися в тонусі.

Вторинна профілактика ішемічної хвороби серця включає в себе:

1. Запобігання передчасної смерті
2. Гальмування прогресування і досягнення часткового регресу атеросклерозу коронарних артерій
3. Попередження клінічних ускладнень і загострення хвороби
4. Зменшення кількості випадків і термінів госпіталізації, особливо невідкладної.

Медикаментозна складова вторинної профілактики:

1. Антиагреганти (аспірин кардіо, тромбо АСС).

Згідно сучасним міжнародним рекомендаціям, всі хворі на ІХС при відсутності протипоказань повинні приймати аспірин в дозі 75-325 мг/добу, незалежно від кардіальних симптомів. Доведено, що призначення антиагрегантів знижує ризик розвитку серцево-судинних ускладнень на 35-50%.

Клопідогрель (плавікс) є важливою складовою частиною лікування хворих стабільною стенокардією напруження при проведенні ангіопластики і стентування коронарних артерій з метою профілактики тромбозу стентів. Дослідження CARPІЕ виявило перевагу вживання клопідогрелю перед аспірин кардіо у категорії хворих з інфарктом міокарду, інсультом в анамнезі, з атеросклеротичним ураженням артерій нижніх кінцівок, з цукровим діабетом.

У групі пацієнтів, які отримували комбіновану терапію (клопідогрель + аспірин кардіо), відносний ризик розвитку судинних

подій (повторна госпіталізація, ішемічний інсульт, ІМ) знизився на 6,4% порівняно із групою пацієнтів, які отримували монотерапію клопідогрелем, однак вдвічі збільшилася кількість життєзагрозливих побічних реакцій. Поряд з цим у групі хворих із клінічними проявами атеросклерозу ця комбінована терапія приводила до зниження частоти повторного розвитку інсульту, ІМ і судинної смерті на 12,5% порівняно із терапією аспірином кардіо.

2. Непрямі антикоагулянти призначення варфарину як у вигляді монотерапії, так і в комбінації з аспірином у хворих з високим ризиком судинних ускладнень: при наявності тромбозу, епізодів тромбоемболічних ускладнень в анамнезі, миготливої аритмії, тромбозу глибоких вен. При цьому необхідно ретельно контролювати рівень міжнародного нормалізованого відношення, що потребує повторних лабораторних досліджень.

3. Бета-блокатори (атенолол, бісопролол, небіволол, соталол)

4. Гіполіпідемічні (ловастатин, симвастатин, аторвастатин, холестирамін) **препарати** повинні входити в комбіновану терапію хворих на стенокардію у осіб з гіперліпідемією, в том числі у хворих, які перенесли інфаркт міокарду.

У лікуванні пацієнтів із стабільною стенокардією велике значення надають гіполіпідемічним препаратам.

Першочергове завдання лікаря — стабілізувати атеросклеротичну бляшку і не дати їй змоги розірватися .

Відомі три основні причини, що призводять до розриву бляшки:

- 1) багате на ліпіди та ефіри ХС ядро;
- 2) тонка, нестабільна і запальна покривка бляшки;
- 3) дисфункція ендотелію в її ділянці.

Єдиним універсальним класом лікарських засобів, які не тільки блокують синтез ХС, але і впливають на всі фактори ризику розриву бляшки, є статини, без яких неможливо ефективно лікувати ІХС. Результатами двох РКД 4S (із вторинної) та WOSKOPS (із первинної профілактики гострих судинних подій) доведено, що статини для лікування атеросклерозу так само необхідні, як антибіотики при тяжких інфекційних хворобах. Середня добова доза статинів становить: симвастатину — 20–40 мг, аторвастатину — 20–80 мг, розувастатину — 10–40 мг, пітавастатину — 2–4 мг/добу.

5. Інгібітори АПФ (каптоприл, еналаприл, раміприл) виявляють протидію процесу ремоделювання лівого шлуночка. На фоні прийому інгібіторів АПФ знижується частота інсультів,

зменшується ризик смерті на 7% у хворих, які перенесли інфаркт міокарду.

Немедикаментозна складова вторинної профілактики заключається в боротьбі з факторами ризику:

1. Артеріальна гіпертонія
2. Гіперхолестеринемія
3. Куріння
4. Цукровий діабет
5. Спадкова схильність

Ці фактори сприяють пошкодження ендотелію судин з визволенням вільних кисневих радикалів, ураженням інтими, утворенням і розривом атеросклеротичних бляшок, що веде до тромбозу коронарних артерій і різноманітним ускладненням.

Основні заходи, які знижують смертність від серцево-судинних захворювань і відсоток зниження в результаті їх проведення:

- профілактика артеріальної гіпертонії - 35%
- ефективна терапія ІХС (вторинна профілактика) - 31%
- застосування статинів при порушення ліпідного обміну - 30%
- тромболітична терапія при гострому інфаркті міокарді - 25%
- реабілітація після гострого інфаркту міокарду - 24%
- ангіопластика при гострому коронарному синдромі - 15%
- застосування аспірину після гострого інфаркту міокарду - 13%.
- Отже, неінфекційні захворювання є актуальною проблемою в сучасному
- суспільстві, через поширення таких негативних звичок як паління, вживання
- алкоголю. Проведення вище перерахованих заходів профілактики може покращити стан здоров'я населення.

Основними аспектами при цьому являються дотримання здорового способу життя та рання діагностика захворювання. Безумовно, існує ще велика кількість факторів впливу, але незважаючи на свою складність це того варто. Адже, здоров'я – це найбільший скарб націй!

Список використаних джерел

1. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращення в сучасних умовах / за ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – К., 2016. – 261 с.
2. Коваленко В. М. Серцево-судинні хвороби: медично- соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні / В. М.

Коваленко, А. П. Дорогой // Укр. кардіол. журн . – 2016. – № 3 (74). – С. 5–14.

3. Болезни сердца и сосудов по Браунвальду: Руководство по сердечно-сосудистой медицине / Под ред. П. Либби и др.; пер. с англ. Т. 2. М.: Логосфера, 2012. 1095 с.

4. Болезни сердца и сосудов: Руководство Европейского общества кардиологов / Под ред. А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера, Паторика В. Сирриуса; пер. с англ. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1480 с.

5. Наказ МОЗ України та НАМН України від 24.07.2013 р. № 621/60 «Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України», зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 1365/23897 від 09.08.2013 р.

6. Серцево-судинні захворювання: Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред. В. М. Коваленко, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренка, О. С. Сичова. К.: Моріон, 2018. 224 с.

7. Ватутин Н. Т., Смирнова А. С., Грищенко Ю. П. Дислипидемии: современный взгляд на проблему. Обзор рекомендаций ESC/EAS 2016. Практична ангіологія. 2017. № 2 (77). С. 46–66.

8. Ведение пациентов с дислипидемиями : Обновленное руководство Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза (2016). Medicine review. Кардиология. 2016. № 4–5 (42–43). С. 26–31.

Доказова медицина – використання результатів кращих клінічних досліджень

Харченко Н.В.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

У нескінченному потоці інформації і зростаючих вимог головним орієнтиром для доктора повинна стати доказова медицина.

Доказова медицина (ЕВМ) – це розділ медицини, заснований на об'єктивних, науково обґрунтованих фактах, які передбачають пошук, порівняння, узагальнення і широке поширення отриманих доказів для використання їх в інтересах хворого [1].

Доказова медицина (англ. Evidence-based medicine – медицина, заснована на доказах) – підхід до медичної практики, при якому рішення про застосування профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів приймаються виходячи з наявних доказів їх ефективності та безпеки, а такі докази піддаються пошуку,

порівнянню, узагальненню та широкому поширенню для використання в інтересах пацієнтів [2].

Доказова медицина покликана уберегти пацієнтів (і їхні гаманці) від непотрібних медичних призначень, не допустити на ринок даремні або, того гірше, небезпечні препарати, допомогти лікарям бути в курсі сучасних методів лікування. Одночасно вона піднімає безліч питань про медичну етику, стандартах охорони здоров'я та рентабельності фармбізнесу [3].

Створення, вивчення і впровадження у клінічну практику лікарських засобів з урахуванням положень доказової медицини сприяє формуванню основних принципів сучасної фармакотерапії, таких як ефективність, раціональність, контрольованість, індивідуальність та безпечність.

Наприкінці 1990-х років в англomовній медицині сформувалася нова галузь знань – клінічна епідеміологія. Канадські вчені з Університету Мак-Мастера (Торонто, провінція Онтаріо) вперше намагалися розглянути лікувальне мистецтво з погляду суворих наукових принципів, які справляють великий вплив на стиль медичної практики і світогляд лікарів. Головним постулатом клінічної епідеміології є те, що кожне клінічне рішення має базуватися на достеменно доведених наукових фактах.

Клінічна епідеміологія вивчає закономірності поширення будь-якого захворювання, здійснює прогнозування для певного хворого на основі вивчення клінічного перебігу хвороби в аналогічних випадках [1].

Основний посил для докторів всіх країн: пацієнти з однаковими захворюваннями повинні отримувати плюс-мінус однакове обстеження і лікування в будь-якій країні світу.

Сучасна медицина рекомендує, щоб кожен лікар у своїй практиці керувався головними принципами доказової медицини, тобто використав результати кращих клінічних досліджень для лікування конкретного пацієнта і інтегрував наукові докази зі своїм індивідуальним досвідом. І при цьому не ігнорував очікування пацієнтів.

Клінічні випробування в ідеалі повинні носити характер рандомізованих, подвійних сліпих, плацебо-контрольованих. Всі пацієнти, які беруть участь в дослідженні, підписують інформовану згоду, в якій чітко вказано, що під час досліджень вони можуть

отримати як лікарський засіб, так і «пустушку» – плацебо. При цьому ні доктора, ні пацієнти не знають, в яку групу вони потрапляють[2].

Принцип *рандомізації* (від англ. random – випадковий) – «випадково відібраних груп» – став золотим стандартом медицини. Найбільш прийнятним і достовірним є багатоцентрове рандомізоване дослідження з принципом подвійного сліпого контролю. У ході проведення рандомізованого дослідження ефективності лікарського засобу при певному захворюванні групи хворих (щонайменше дві) розподіляють випадковим методом [1].

Суть *рандомізації* полягає в тому, що група, в яку потрапляє пацієнт, визначається виключно за допомогою комп'ютерних програм, які розподіляють десятки тисяч пацієнтів випадковим чином, виключаючи можливість впливу на процес ззовні.

Нерандомізовані дослідження передбачають розподіл пацієнтів на групи не випадковим чином за неможливості випадкового розподілу з технічних причин або етичних міркувань.

Когортні дослідження передбачають формування двох чи більше груп (когорт) пацієнтів, з яких лише в одній здійснюється оцінка відповідного медичного чи лікувального втручання, хоча клінічний результат реєструється в усіх групах. Спостереження можуть тривати роками (вплив куріння на розвиток раку легень). Для когортних досліджень інформацію можна отримати з великих баз даних лікувальних установ, але висновки при цьому завжди будуть менш обґрунтованими, ніж при рандомізованих.

Поперечні (або одномоментні) дослідження проводять методом опитування, обстеження, збору відповідей на конкретне запитання серед лікарів та пацієнтів. Обстеження та збирання інформації про пацієнта (чи групу пацієнтів) проводять одноразово. Це дає можливість установити картину захворювання в одного хворого (чи групи хворих), уточнити симптоматику, визначити окремі прояви і ступінь тяжкості хвороби. Кінцевим результатом є опис захворювання в окремого пацієнта, а в сукупності варіантів – це дослідження зв'язку деяких ознак з варіантом перебігу хвороби.

Дослідження типу «випадок-контроль» виконують у ситуаціях, коли очікуваний клінічний ефект реєструється дуже рідко чи розвивається помірно. Формують групу осіб з окремих випадків відповідного захворювання чи клінічного ефекту. Далі підбирають контрольну групу з осіб без такого захворювання чи стану, але схожу за важливими прогностичними характеристиками – віком, статтю,

супутніми патологіями. Розраховують в усіх групах кількість пацієнтів, які зазнали певних несприятливих та небажаних впливів. Проводять кореляцію результатів з урахуванням відомих і вимірюваних прогностичних факторів [1].

У проведенні таких досліджень, як правило, беруть участь найбільш просунуті медичні центри з різних країн, діяльність яких контролюється незалежними комісіями. Кількість пацієнтів, які приймають участь в дослідженні, може становити від декількох тисяч до десятків тисяч чоловік[2].

Американський стандарт вимагає декількох сотень учасників, і найчастіше їх від тисячі (а якщо це кардіопрепарати, то останнім часом в дослідженнях III фази беруть участь по 10–20 тисяч чоловік).

Фази клінічних досліджень:

I фаза: беруть участь до декількох десятків здорових осіб. Завдання – переконатися, що речовина-кандидат безпечна для людини.

II фаза: беруть участь від 300 до 500 добровольців з цільовим захворюванням. Завдання – переконатися, що речовина-кандидат може лікувати людей, і визначити оптимальні схеми лікування.

III фаза: беруть участь до декількох тисяч пацієнтів. Завдання – підтвердити, що обраний в клінічному випробуванні II фази режим лікування ефективний для великої і різноманітної групи пацієнтів [3].

Отримані результати піддаються ретельній статистичній обробці та аналізу, що дозволяє виявити і оцінити достовірність виявлених відхилень. Такий процес носить спеціальну назву – мета-аналіз – систематизований аналіз зі статистичними узагальненням даних. На відміну від традиційного описового аналізу інформації, мета-аналіз практично виключає спотворення інформації, отриманої в результаті клінічних досліджень. І тільки після цього відбувається створення і впровадження нових клінічних рекомендацій або протоколів з лікування захворювань [2].

Існує кілька різновидів метааналізу: звичайний, кумулятивний (нагромадження в часі, що демонструє крива накопичення оцінок у процесі появи нових доказів), проспективний (клінічні дослідження визначені певним планом проведення з позитивним чи негативним результатом), для індивідуальних даних і деякі інші, призначені для різних типів клінічних випробувань [1].

Арчибальд Леман Кокран (англ. Archibald Lemman Cochrane), скорочено Арчі Кокран (Archie), (1909–1988) – шотландський лікар,

автор відомої книги «Дієвість і ефективність: Випадкові роздуми про медичну службу». Ця книга обґрунтовувала доцільність використання рандомізованих контрольованих випробувань, щоб зробити медицину та охорону здоров'я більш ефективними і результативними. Його велика робота по просуванню ідеї рандомізованих контрольованих випробувань в кінцевому підсумку привела до створення Кокранівської бібліотеки – бази даних систематичних оглядів, і створення спочатку Британського Кокрановського центру в Оксфорді, а потім і міжнародного співробітництва Кокран, названого в його честь. Арчі Кокран відомий як один з батьків сучасної клінічної епідеміології та доказової медицини [4].

Отже, Арчі Кокран, шотландський лікар, пропагував використання рандомізованих контрольованих випробувань. Вважав за необхідне призначати тільки ті ліки і методи, які довели свою ефективність, і відкидати ті, які не мають доведеної ефективності [3].

Важливим досягненням сучасної доказової медицини є Кокранівське співробітництво (The Cochrane Collaboration) – найбільш активна організація, створена в 1992 році і працює в вигляді мережі центрів в різних країнах світу. Головне завдання Кокрановського співпраці – підготовка систематичних оглядів і аналіз клінічних випробувань, які проводяться лікарями всього світу. Всі результати роботи поміщені в шести електронних базах даних.

Кокранівське співробітництво, разом з ВООЗ, Товариством критичної медицини (for Critical Care Medicine) і Британським медичним журналом (British Medical Journal), є спеціальним експертним органом, який приймає рішення щодо ступеня доказовості тих чи інших досліджень. Ці ж організації створюють гайдлайни – керівництва для лікарів. Саме такі медичні рекомендації базуються на самих надійних наукових доказах [2].

Глобальна цінність доказової медицини – виняток негативних відхилень при використанні небезпечних методів лікування, які ведуть до проблем у пацієнтів.

На початку 1990-х років була запропонована рейтингова система оцінки клінічних досліджень, де зі зростанням порядкового номера доказовості якість клінічних досліджень знижується. Рівні прийнято позначати римськими цифрами: I, II, III, IV і буквами латинського алфавіту: A, B, C, D. Цифри позначають рівень доказовості результатів наукових досліджень, літери – рівень доказовості прийнятих рекомендацій.

Клас (рівень) I (A): великі подвійні сліпі плацебо-контрольовані дослідження, а також дані, отримані при мета-аналізі кількох рандомізованих контрольованих досліджень.

Клас (рівень) II (B): невеликі рандомізовані контрольовані дослідження, в яких статистичні розрахунки проводяться на обмеженій кількості пацієнтів.

Клас (рівень) III (C): нерандомізовані клінічні дослідження на обмеженій кількості пацієнтів.

Клас (рівень) IV (D): вироблення групою експертів консенсусу по певній проблемі.

Вищенаведена рейтингова система дозволяє зрозуміти, що коли доктор говорить про особистий досвід – це відображає як максимум рівень IV (D), тобто це всього лише конкретний досвід конкретного доктора [2].

Клінічна епідеміологія розробляє наукові основи лікарської практики – правила прийняття практичних рішень на основі головного постулату: *кожне клінічне рішення базується на чітко доведених наукових фактах*. На відміну від фундаментальних медико-біологічних наук, клінічну медицину цікавлять дослідження тільки на живих людях, а не на піддослідних тваринах, культурах тканин чи клітинних мембранах. Клінічне дослідження не є чистим експериментом, оскільки об'єктом вивчення виступає пацієнт, вільний у визначенні своїх учинків, а експериментатор – це лікар з особистим професійним досвідом, переконаннями та подеколи помилковими судженнями. Тому в клінічних дослідженнях завжди закладена небезпека помилок (упередженості), уникнути яких можна дотримуючися чітких наукових принципів. Рандомізовані контрольовані клінічні дослідження повною мірою відповідають науковим принципам.

При рандомізованому дослідженні обов'язково передбачається наявність експериментальної (досліджуваної) та контрольної груп. Хворих розподіляють за групами випадковим чином (рандомізація), стежачи при цьому, аби групи не розрізнялися за параметрами, що впливають на результат лікування. Лікар-дослідник, а тим паче сам пацієнт не знає, одержує хворий плацебо чи ліки (подвійний сліпий метод). За всіма хворими спостерігають протягом певного, часто досить тривалого відрізка часу (проспективне дослідження), після закінчення якого порівнюють частоту виникнення клінічно важливих кінцевих точок, таких як одужання, смерть чи ускладнення, в

експериментальній або контрольній групах. У багатьох випадках для проведення подібних випробувань залучаються тисячі й десятки тисяч хворих у різних наукових центрах і країнах. Це і є мультицентровими дослідженнями [1].

Доказова медицина – це концепція нового клінічного мислення для докторів, що сформувалася в кінці 1980-х років. Її принципам слідує всі прогресивні лікарі і сьогодні.

Однією з цілей доказової медицини є підвищення якості надання медичної допомоги при зниженні фінансових і тимчасових витрат на лікування пацієнта на підставі використання тих методів діагностики і лікування, ефективність яких доведена в результаті клінічних випробувань на десятках і сотнях тисяч пацієнтів.

Таким чином, доказова медицина позбавляє права на існування неефективних, недоведених і небезпечних методів, що дозволяє економити гроші і час як окремих пацієнтів, так і держави в цілому [2].

Науково обґрунтована медична практика і клінічна епідеміологія навчають лікаря мистецтву критичного аналізу інформації та вмінню співвідносити результати дослідження з конкретною клінічною ситуацією.

Список літератури:

1. Чумак В.Т., Чекман І.С., Шумейко О.В., Горчакова Н.О. Доказова медицина: клініко-фармакологічний аспект. Режим доступу: <http://rpht.com.ua/ua-issue-article-63>

2. Чертков Ю., Кидонь В. Доказательная медицина – альтернативы нет! Режим доступу: <https://docacademy.com.ua/u-doc/evidence-based-medicine/>

3. Михантьева М. Как устроена доказательная медицина и почему не всякое лекарство — благо. Режим доступу: <https://theoryandpractice.ru/posts/17560-kak-ustroena-dokazatel'naya-meditsina-i-pochemu-ne-vsyakoe-lekarstvo--blago>

4. Материал из Википедии — свободной энциклопедии. Режим доступу: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ МОНОГРАФІЇ

Артемчук Л. І. - асистент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Артъомова Н. С. – кандидат медичних наук, асистент кафедри педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Белікова І. В. – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Васильєв А. Г. – аспірант кафедри управління охороною здоров'я, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

Власик Л. Й. - асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Власов О. О. – кандидат медичних наук, доцент, Медичний директор КП «ДСКМЦМД Руднева» ДОР», Дніпро

Воробйова О. В. – доктор медичних наук, професор, провідний науковий співробітник відділення неонатології, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», Київ

Гавловський О. Д. – кандидат медичних наук, директор ПРАТ «Курортмиргород», докторант кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Гладчук І. З. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, Одеський національний медичний університет, Одеса

Глушко О. О. - ДУ «ТМО МВС України по Полтавській області», Полтава

Гойда Н. Г. - доктор медичних наук, професор кафедри управління охороною здоров'я, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

Голованова І. А. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Голота Т. В. – лікар педіатр-неонатолог, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», Київ

Григоренко А. А. - кандидат медичних наук, начальник Управління державного нагляду за дотриманням санітарного законодавства, Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів

Гринзовська В. О. – лікар, Державна установа "Центр громадського здоров'я МОЗ України", Київ

Гринзовський А. М. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини надзвичайних ситуацій та тактичної медицини Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, член галузевої експертної ради НАЗЯВО з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 224 «Технології медичної діагностики та лікування», експерт Національної агенції акредитації України

Донік О. М. – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Дреженкова І. Л. – кандидат біологічних наук, асистент кафедри загальної гігієни та екології, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінниця

Дурдикулієва Н. І. - в.о. директора КП «ПОЦГЗ Полтавської обласної ради», Полтава

Ждан В. М. – доктор медичних наук, професор, Лауреат Державної премії України у галузі науки і техніки, Заслужений лікар України, ректор Української медичної стоматологічної академії, Полтава

Знаменська Т. К. – доктор медичних наук, професор, заступник директора з перинатальної медицини, завідувач відділу неонатології ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України", позаштатний неонатолог МОЗ України, Президент Всеукраїнської Громадської організації "Асоціація неонатологів України", Київ

Калюжка О. О. – кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Канюра О. А. – доктор медичних наук, професор, проректор з науково-педагогічної роботи, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Капустник Н. В. – кандидат медичних наук, доцент, завідувач гінекологічним відділенням № 2, Комунальне неприбуткове

підприємство Харківської обласної ради «Обласний клінічний перинатальний центр», Харків

Кизименко О. О. – аспірант кафедри хірургії №1, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Кишакевич Ірина - доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології післядипломної освіти, Івано-Франківський Національний Медичний Університет, Івано-Франківськ

Клименко Л. В. - кандидат медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

Козун Є. - експертка з проведення соціологічних досліджень ГО «Інститут аналітики та адвокації», Полтава

Ковальова О. М. – доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Козакевич В. К. – кандидат медичних наук, асистент кафедри педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Козакевич О. Б. - кандидат медичних наук, викладач медико-фармацевтичного коледжу Української медичної стоматологічної академії, Полтава

Коломоєць А. В. – кандидат медичних наук, директор «Медсервісгруп», здобувач кафедри управління охороною здоров'я, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

Кравченко Н. В. - КНП «Карлівська центральна районна лікарня», Карлівка, Полтавська область

Краснова О. І. – викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Краснов О. Г. – кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії №1, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Кремезна А. В. – лікар-педіатр, клініко-діагностичний центр «Фармбіотест», Рубіжне

Кривошеєва В. В. – асистент кафедри педіатрії, неонатології та дитячих інфекцій, Донецький національний медичний університет, Лиман

Кривуля Ю. М. - ДУ «ТМО МВС України по Полтавській області», Полтава

Линчак О. В. – доктор біологічних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», Київ

Лисенко В. В. - ДУ «ТМО МВС України по Полтавській області», Полтава

Литвинова Л. О. – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Ляхова Н. О. – кандидат медичних наук, викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Макаренко М. В. – кандидат хімічних наук, хімік, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Марченко О. О. - ДУ «ТМО МВС України по Полтавській області», Полтава

Мирошниченко М. С. – доктор медичних наук, доцент кафедри патологічної анатомії, Харківський національний медичний університет, Харків

Мирошниченко С. О. – завідувач жіночої консультації, комунальне некомерційне підприємство Ізюмської міської ради «Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері»

Михальчук В. М. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я, заслужений працівник охорони здоров'я України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

Муляр Г. В. – кандидат історичних наук, доцент кафедри кримінального права, процесу та криміналістики, Академія праці, соціальних відносин і туризму, Київ

Мунтян Т. В. - КП «Центр первинної медико-санитарної допомоги №3

Полтавської міської ради», Полтава

Огнєв В. А. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет, Харків

Оксак Г. А. – головний лікар КП «Полтавська обласна клінічна лікарня

ім. М. В. Скліфосовського Полтавської обласної ради», здобувач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Омельчук С. А. - кандидат медичних наук, доцент, начальник відділу Управління державного нагляду за дотриманням санітарного законодавства, Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів

Орлова Н. М. – доктор медичних наук, професор кафедри медичної статистики, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

Похилько В. І. – доктор медичних наук, Заслужений лікар України, професор кафедри педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Плужнікова Т. В. - кандидат медичних наук, старший викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Поліщук Т. В. – кандидат медичних наук, асистент кафедри дитячої стоматології, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Помогайбо К. Г. – кандидат медичних наук, старший викладач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет, Харків

Процюк О. В. – доктор медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

Рева В. С. - ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства Охорони Здоров'я України», Дніпро

Салдан Г. М. - Заступник директора з оперативної роботи, медицини катастроф та цивільного захисту населення, Комунальне неприбуткове підприємство Харківської обласної ради «Обласний клінічний перинатальний центр», Харків

Сергета І. В. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної гігієни та екології, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінниця

Склярова В. - доктор медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львівський міський центр планування сім'ї і репродукції людини, Львів

Скубченко Є. Є. - ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства Охорони Здоров'я України», Дніпро

Стовбан М. П. – кандидат медичних наук, доцент, заступник генерального директора Комунальне некомерційне підприємство "Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської Обласної Ради", здобувач кафедри управління охороною здоров'я, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

Стоян Н. В. – кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної гігієни та екології, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінниця

Терзі О. О. – кандидат юридичних наук, доцент кафедри філософії та біоетики, Одеський національний медичний університет, Одеса

Тесленко М. М. – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри психології, Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка, Полтава

Тесленко Ю. В. – кандидат медичних наук, асистент кафедри внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Ткаченко О. - консультант із проведення досліджень ГО «Інститут аналітики та адвокації», Полтава

Товстяк М. М. – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Толстанов О. К. – доктор медичних наук, професор кафедри управління охороною здоров'я, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

Тригуб І. М. - ДУ «ТМО МВС України по Полтавській області», Полтава

Труфанова В. П. - кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої стоматології, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Харченко Н. В. – доктор економічних наук, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Хорош М. В. – кандидат медичних наук, викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Цвіренко С.М. - кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Чайківський Ростислав – асистент кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Черненко Л. М. – кандидат медичних наук, Заступник Генерального директора ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України", асистент кафедри медицини надзвичайних ситуацій та тактичної медицини Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, експерт НАЗЯВО з галузі знань 22 «Охорона здоров'я»

Чернявська Ю. І. - кандидат медичних наук, асистент кафедри педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Чопчик В. Д. – кандидат медичних наук, завідувач відділення хірургічної стоматології СМЦ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Шевченко Ю. Й. - КП "4-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради", Полтава

Шешукова О. В. - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дитячої стоматології, Українська медична стоматологічна академія, Полтава

ЗМІСТ

Передмова	3
Розділ I. Система громадського здоров'я в Україні в умовах реформування. Особливості розвитку громадського здоров'я в Україні. Епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я.....	6
Белікова І.В. Захворюваність населення як об'єкт статистичного дослідження	6
Власик Л.Й. Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення.....	14
Гойда Н. Г., Процюк О. В., Линчак О. В., Клименко Л. В. Цукровий діабет серед дитячого населення в областях України: ризик виникнення та можливості профілактики.....	23
Дурдикулиєва Н., Ткаченко О., Козун Є. Розвиток громадського здоров'я в Полтавській області.....	32
Краснова О.І., Краснов О.Г., Кизименко О.О. Медико-соціальні аспекти захворюваності населення на цукровий діабет та шляхи його профілактики.....	38
Литвинова Л.О., Донік О.М., Артемчук Л.І. Значення профілактичних медичних оглядів дитячого населення в період реформування охорони здоров'я в Україні.....	43
Мирошниченко М.С., Капустник Н.В., Салдан Г.Н., Мирошниченко С.А. Состояние здоровья работников и феномен трудоголизма, абсентеизма, презентеизма в их трудовом поведении	53
Омельчук С.А., Макаренко М.В., Григоренко А.А. Критичні точки в системах громадського здоров'я і державного управління безпекою поводження з добривами та іншими агрохімікатами.....	60
Сергета І. В., Дреженкова І. Л., Стоян Н. В. Здоров'язберігаючі технології та особливості їх застосування в сучасних закладах вищої освіти у контексті формування ефективної системи громадського здоров'я: психогігієнічні основи.....	65
Тесленко Ю. В., Тесленко М. М. Саногенне мислення як основа раціональної та ефективної кардіологічної реабілітації.....	76
Ohnev V.A., Potomaybo K.G. Prevalence and risk factors for	

overweight and obesity in children and adolescents.....	82
Розділ II. Оцінка якості медичної допомоги.	
Впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги	97
Артьомова Н.С., Ковальова О.М., Калюжка О.О.	
Комунікаційні протоколи – якість та безпека життя новонароджених в ранньому неонатальному періоді	97
Бласов О.О. Супровід новонароджених з природженими вадами розвитку у Дніпропетровській області України.....	104
Розділ III. Виклики та перспективи реформування первинної та вторинної медичної допомоги.....	113
Глушко О.О., Кривуля Ю.М., Лисенко В.В., Марченко О.О., Тригуб І.М., Гавловський О. Д. Про основні аспекти медичного забезпечення учасників антитерористичної операції із числа працівників правоохоронних органів Полтавської області.....	113
Коломоєць А. В., Михальчук В.М., Толстанов О.К. Модель механізму логістики як метод управління медичним закладом.....	121
Кравченко Н.В. Стан ресурсного забезпечення медичної допомоги на районному рівні.....	130
Стовбан М.П., Толстанов О.К., Васильєв А.Г. Основні зміни в роботі закладів охорони здоров'я у зв'язку з утворенням госпітальних округів.....	136
Чопчик В.Д., Канюра О.А., Орлова Н.М. Концептуальна модель університетської стоматологічної клініки на принципах державно-приватного партнерства.....	147
Шевченко Ю. Й. Впровадження інформаційної системи на рівні комунального підприємства в сфері охорони здоров'я..	156
Розділ IV. Актуальні питання медичного права України.....	162
Ждан В. М., Гавловський О.Д. Правові аспекти медичної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок бойових дій на Сході України.....	162
Муляр Г.В. Конституційні основи забезпечення права людини на здоров'я: порівняльно-правовий аспект.....	170
Терзі О. О., Гладчук І. З., Ляхова Н.О., Плужнікова Т. В. Актуальні питання правового забезпечення діяльності системи охорони здоров'я України в умовах пандемії коронавірусної інфекції (covid-19)	184

<i>Розділ V. Питання безперервної освіти лікарів: види освіти, методичні аспекти, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації.....</i>	192
<i>Гринзовський А.М., Черненко Л.М., Гринзовська В.О.</i>	
Підготовка фахівців з лабораторної гігієнічної діагностики в умовах перебудови системи громадського здоров'я України..	192
<i>Мунтян Т. В.</i> Питання безперервної освіти лікарів: види освіти, методичні аспекти, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації.....	199
<i>Розділ VI. Сучасний стан клінічного напрямку охорони здоров'я в Україні. Розвиток доказової медицини в Україні.....</i>	206
<i>Воробйова О.В., Голота Т.В., Кремезна А.В.</i> Тактика ведення новонароджених в період метаболічної декомпенсації при спадкових хворобах обміну речовин.....	206
<i>Голованова І.А., Оксак Г.А., Хорош М.В., Товстяк М.М.</i> Визначення факторів ризику, пов'язаних з виникненням ранніх ускладнень гострого інфаркту міокарда після кардіоінтервенційного лікування.....	214
<i>Знаменська Т.К., Воробйова О.В., Кривошеєва В.В.</i> Вплив транзиторної гіперамоніємії на стан здоров'я новонароджених (огляд літератури).....	223
<i>Поліщук Т.В., Шешукова О.В., Труфанова В.П.</i> Стоматологічний статус у дітей при патології щитоподібної залози (огляд літератури).....	228
<i>Похилько В. І., Козакевич В. К., Козакевич О. Б.</i> Оцінка ризику значної затримки фізичного розвитку вкрай недоношених дітей в ранньому віці.....	237
<i>Похилько В.І., Чернявська Ю.І., Цвіренко С.М.</i> Застосування сучасних статистичних методів з метою предикції артеріальної гіпотензії у передчасно народжених дітей з раннім неонатальним сепсисом.....	244
<i>Склярєва В., Кишакевич І, Чайківський Р.</i> Епідеміологія хронічного ендометриту у жінок.....	251
<i>Скубченко Є. Є. Рева В.С.</i> Первинна та вторинна профілактика ішемічної хвороби серця.....	257
<i>Харченко Н.В.</i> Доказова медицина – використання результатів кращих клінічних досліджень.....	263
<i>Відомості про авторів.....</i>	270