

Міжнародна громадська організація
«Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Киргизька державна медична академія імені І.К. Ахунбаєва

ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА

ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА HEALTH OF SOCIETY

Здоров'я суспільства

Здоровье общества

Health of Society

Zdorov'a suspil'stva

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Періодичність виходу 6 разів на рік

Заснований у 2011 році

Том 10, № 2, 2021

Включений до наукометричних і спеціалізованих баз даних НБУ ім. В.І. Вернадського,
«Наукова періодика України», CrossRef, WorldCat, Google Scholar, ROAD, Ulrichswebs, OUCI, BASE, OpenAIRE



Author Guidelines



journals.urau.ua

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

ШЕКЕРА О., академік Національної Академії Наук Вищої Освіти України, доктор мед. наук, професор, заслужений лікар України, почесний професор Киргизької державної медичної академії імені І. К. Ахунбаєва, президент Міжнародної громадської організації «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

НАУКОВІ РЕДАКТОРИ

АБАБІЙ І., академік Академії Наук Республіки Молдова, доктор мед. наук, професор, ректор Державного університету медицини та фармації імені Миколи Тестеміцану (*Республіка Молдова*); **ВАДАЧКОРІА З.**, доктор мед. наук, професор, ректор Тбіліського Державного медичного університету (*Грузія*); **ВОРОНЕНКО Ю.**, академік Національної Академії Медичних Наук України, доктор мед. наук, професор, ректор Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (*Україна*); **КУДАЙБЕРГЕНОВА І.**, доктор мед. наук, професор, ректор Киргизької державної медичної академії імені І. К. Ахунбаєва (*Киргизька Республіка*); **СІКОРСЬКИЙ А.**, доктор мед. наук, професор, ректор Білоруського державного медичного університету (*Республіка Білорусь*).

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Бабкіна Т. М., д.мед.н., проф.; **Волоха А. П.**, д.мед.н., проф.; **Горачук В. В.**, д.мед.н., проф.; **Гриневиц Є. Г.**, д.мед.н., проф.; **Давтян Л. Л.**, д.фарм.н., проф.; **Дрогомирецька М. С.**, д.мед.н., проф.; **Медведовська Н.В.**, д.мед.н., проф.; **Мішиєв В. Д.**, д.мед.н., проф.; **Ткаченко В. І.**, д.мед.н., проф.; **Харченко Н. В.**, чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.; **Хоменко І. М.**, д.мед.н., проф.; **Шаповалова В. О.**, д.фарм.н., проф.; **Шекера О. Г.**, академік НАН ВО України, д.мед.н., проф. (*Україна*); **Брімкулов Н. Н.**, д.мед.н., проф.; **Ісакова Ж. К.**, к.мед.н., доц. (*Киргизька Республіка*).

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Жаворонок С. В. (*Республіка Білорусь*). Каранадзе Н. А. (*Грузія*). Вальдеоріола Францеск (*Іспанія*). Абдікарімов С. Т.; Адамбеков Д. А.; Аскеров А. А.; Батиралієв Т. А.; Галако Т. І.; Джолбунова З. К.; Джумабеков С. А.; Джумагулов О. Д.; Джумалієва Г. А.; Зурдинов А. З.; Єсенаманова М. К.; Кадиров А. А.; Калбаєв А. А.; Калієв Р. Р.; Койбагарова А. А.; Мамитов М. М.; Міррахімов Є. М.; Молдобаєва М. С.; Молдоташева А. К.; Мукашев М. Ш.; Мураталієва А. Д.; Мурзалієв А. М.; Мусуралієв М. С.; Насиров В. А.; Омурбеков Т. О.; Раїмжанов А. Р.; Сопуєв А. А.; Усупбаєв А. Ч.; Чолпонбаєв К. С. (*Киргизька Республіка*). Курочкін Г.; Фріптуляк Г.; Чернецьки О. (*Республіка Молдова*). Сметанський М. (*Польща*). Двойников С. І.; Зарубина Е. Г. (*Російська Федерація*). Акілов Х. А.; Аліджанов Ф. Б.; Асадов Д. А.; Атаханов Ш. Є.; Сабіров Д. М.; Хамрабаєва Ф. І. (*Республіка Узбекистан*). Абизов Р. А.; Анкін М. Л.; Апанасенко Г. Л.; Бабінцева Л. Ю.; Бекетова Г. В.; Бережний В. В.; Біда В. І.; Білоклицька Г. Ф.; Білошицький В. В.; Біляєв А. В.; Біляєва О. О.; Бугро В. І.; Варивончик Д. В.; Видиборець С. В.; Вишневіська Л. І.; Вітовський Р. М.; Владимиров О. А.; Владимірова Н. І.; Возіанов С. О.; Возіанова С. В.; Волосовець О. П.; Герцен Г. І.; Гетьман В. Г.; Гойда Н. Г.; Головіченко Ю. І.; Голубчиков М. В.; Гудима А. А.; Гульчій О. П.; Гурженко Ю. М.; Гусєва С. А.; Данилов О. А.; Дзюблик І. В.; Дзюблик О. Я.; Долженко М. М.; Дорофєєв А. Е.; Дорошенко О. М.; Дуда О. К.; Задорожна В. І.; Зайков С. В.; Заремба Є. Х.; Зозуля І. С.; Іванов Д. Д.; Калюжна Л. Д.; Коваленко О. Є.; Корж О. М.; Косаковський А. Л.; Краснов В. В.; Кушніренко С. В.; Літус В. І.; Літус О. І.; Маменко М. Є.; Мамчич В. І.; Марушко Т. В.; Марушко Ю. В.; Матюха Л. Ф.; Михальчук В. М.; Мінцер О. П.; Мішалов В. Д.; Павленко О. В.; Пилягіна Г. Я.; Поліщук М. Є.; Пустовіт С. В.; Риков С. О.; Рошчін Г. Г.; Савичук Н. О.; Салманов А. Г.; Свиридова Н. К.; Скрипник І. М.; Суслікова Л. В.; Тодуров Б. М.; Толстанов О. К.; Трохимчук В. В.; Фелештинський Я. П.; Феценко Ю. І.; Хіміон Л. В.; Царенко А. В.; Чопей І. В.; Чуприна Г. М.; Шаповалов В. В.; Шаповалов В. В.; Швець Н. І.; Шкорботун В. О.; Шуба В. Й.; Шуба Н. М.; Шунько Є. Є. (*Україна*).

СЕКРЕТАРІАТ

Шекера О. О. к.мед.н., доц.; Царенко А. В. д.мед.н., доц.; Шекера І. О. к.мед.н.; Кулаковська І. П., Комісарова О. С. к.мед.н. (*Україна*).

Журнал друкується згідно рішення Вчених рад НУОЗ України ім. П. Л. Шупика, КДМА ім. І. К. Ахунбаєва, МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

ВИДАВЕЦЬ

Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства». Свідцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 21365-11165ПР від 09.06.15. Підписано до друку 10.03.21 р., обсяг, періодичність – 8 ум. друк. арк., 6 разів на рік. Тираж 1000 прим. Видається змішаними мовами. Усі права застережені. Переклад та передрук – тільки за згодою авторів і редакції. Листи, рукописи, фотографії та малюнки не повертаються. Редакція залишає за собою право редагувати матеріали.

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України категорії «Б» за спеціальностями: 222 - медицина, 229 - громадське здоров'я (Додаток 4 до Наказу Міністерства освіти і науки України 02.07.20 р. № 886).

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України: з медичних наук (Додаток 8 до Наказу Міністерства освіти і науки України 07.10.16 р. № 1222) та з фармацевтичних наук (Додаток 7 до Наказу Міністерства освіти і науки України 11.07.17 р. № 996).

ЗАСНОВНИКИ

Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.

Киргизька державна медична академія імені І. К. Ахунбаєва.

Редакційна колегія. Телефон для довідок: (+380 44) 205-49-94, моб. тел.: (+380 66) 704-97-75. Адреса: 04112, Україна, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. E-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Зам. 2021-hs-36-37.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

ШЕКЕРА О., академик НАН ВО Украины, доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач Украины, почетный профессор Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева, президент Международной общественной организации «Международная ассоциация «Здоровье общества».

НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ

АБАБИИ И., академик Академии Наук Республики Молдова, доктор мед. наук, профессор, ректор Государственного университета медицины и фармации имени Николая Тестемицану (*Республика Молдова*); **ВАДАЧКОРИА С.**, доктор мед. наук, профессор, ректор Тбилисского Государственного медицинского университета (*Грузия*); **ВОРОНЕНКО Ю.**, академик НАМН Украины, доктор мед. наук, профессор, ректор Национального университета здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика (*Украина*); **КУДАЙБЕРГЕНОВА И.**, доктор мед. наук, профессор, ректор Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (*Киргизская Республика*); **СИКОРСКИЙ А.**, доктор мед. наук, профессор, ректор Белорусского государственного медицинского университета (*Республика Беларусь*).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Бабкина Т. М., д.мед.н., проф.; **Волоха А. П.**, д.мед.н., проф.; **Горачук В. В.**, д.мед.н., проф.; **Гриневич Е. Г.**, д.мед.н., проф.; **Давтян Л. Л.**, д.фарм.н., проф.; **Дрогомирецкая М. С.**, д.мед.н., проф.; **Медведовская Н. В.**, д.мед.н., проф.; **Мишиев В. Д.**, д.мед.н., проф.; **Ткаченко В. И.**, д.мед.н., проф.; **Харченко Н. В.**, чл.-кор. НАМН Украины, д.мед.н., проф.; **Хоменко И. М.**, д.мед.н., проф.; **Шаповалова В. А.**, д.фарм.н., проф.; **Шекера О. Г.**, академик НАН ВО Украины, д.мед.н., проф. (*Украина*), **Бримкулов Н. Н.**, д.мед.н., проф.; **Исакова Ж. К.**, к.мед.н., доц. (*Кыргызская Республика*).

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Жаворонко С. В. (*Республика Беларусь*). Каранадзе Н. А. (Грузия). Вальдеориола Францеск (*Испания*). Абдикаримов С. Т.; Адамбеков Д. А.; Аскеров А. А.; Батыралиев Т. А.; Галако Т. И.; Джолбунова З. К.; Джумабеков С. А.; Джумагулов О. Д.; Джумалиева Г. А.; Зурдинов А. З.; Есенаманова М. К.; Кадыров А. А.; Калбаев А. А.; Калиев Р. Р.; Койбагарова А. А.; Мамытов М. М.; Миррахимов Е. М.; Молдобаева М. С.; Молдоташева А. К.; Мукашев М. Ш.; Мураталиева А. Д.; Мурзалиев А. М.; Мусуралиев М. С.; Насыров В. А.; Омурбеков Т. А.; Раимжанов А. Р.; Сопуев А. А.; Усупбаев А. Ч.; Чолпонбаев К. С. (*Кыргызская Республика*). Курочкин Г.; Фрипуляк Г.; Чернецки О. (*Республика Молдова*). Сметанский М. (*Польша*). Двойников С. И.; Зарубина Е. Г. (*Российская Федерация*). Акилов Х. А.; Алиджанов Ф. Б.; Асадов Д. А.; Атаханов Ш. Е.; Сабилов Д. М.; Хамрабаева Ф. И. (*Республика Узбекистан*). Абызов Р. А.; Анкин Н. Л.; Апанасенко Г. Л.; Бабинцева Л. Ю.; Бекетова Г. В.; Бережной В. В.; Бида В. И.; Белоключкая Г. Ф.; Билюшницкий В. В.; Беляев А. В.; Беляева О. А.; Бугро В. И.; Варивончик Д. В.; Выдыборец С. В.; Вишневская Л. И.; Витовский Р. М.; Владимиров А. А.; Владимирова Н. И.; Возианов С. А.; Возианова С. В.; Волосовец А. П.; Герцен Г. И.; Гетьман В. Г.; Гойда Н. Г.; Головченко Ю. И.; Голубчиков М. В.; Гудыма А. А.; Гульчий О. П.; Гурженко Ю. Н.; Гусева С. А.; Данилов А. А.; Дзюблик И. В.; Дзюблик А. Я.; Долженко М. Н.; Дорофеев А. Е.; Дорошенко Е. Н.; Дуда А. К.; Задорожная В. И.; Зайков С. В.; Заремба Е. Х.; Зозуля И. С.; Иванов Д. Д.; Калюжная Л. Д.; Коваленко О. Е.; Корж А. Н.; Косаковский А. Л.; Краснов В. В.; Куширенико С. В.; Литус В. И.; Литус А. И.; Маменко М. Е.; Мамчик В. И.; Марушко Т. В.; Марушко Ю. В.; Матюха Л. Ф.; Михальчук В. Н.; Минцер О. П.; Мишалов В. Д.; Павленко А. В.; Пилягина Г. Я.; Полищук Н. Е.; Пустовит С. В.; Рыков С. А.; Роцин Г. Г.; Савичук Н. О.; Салманов А. Г.; Свиридова Н. К.; Скрипник И. Н.; Сусликова Л. В.; Тодуров Б. М.; Толстанов А. К.; Трохимчук В. В.; Фелештинский Я. П.; Фещенко Ю. И.; Химион Л. В.; Царенко А. В.; Чопей И. В.; Чупрына Г. М.; Шаповалов В. В.; Шаповалов В. В.; Швец Н. И.; Шкорботун В. А.; Шуба В. И.; Шуба Н. М.; Шунько Е. Е. (*Украина*).

СЕКРЕТАРИАТ

Шекера О. О., к.мед.н., доц.; Царенко А. В., д.мед.н., доц.; Шекера И. О., к.мед.н.; Кулаковская И. П., Комиссарова О. С. к.мед.н. (*Украина*).

Журнал печатается по решению Ученых советов НУЗ Украины им. П. Л. Шупика, КГМА им. И. К. Ахунбаева, МОО «Международная ассоциация «Здоровье общества».

ИЗДАТЕЛЬ

Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества». Свидетельство о государственной регистрации печатного средства массовой информации КВ № 21365-11165ПР от 09.06.15. Подписано к печати 10.03.21 г., объем, периодичность – 8 усл. печ. л., 6 раз в год. Тираж 1000 экз. Публикуется смешанными языками. Все права защищены. Перевод и перепечатка - только с согласия авторов и редакции. Письма, рукописи, фотографии и рисунки не возвращаются. Редакция оставляет за собой право редактировать материалы.

Журнал включен в перечень научных специализированных изданий Украины категории «Б» по специальностям: 222 - медицина, 229 - общественное здоровье (Приложение 4 к Приказу Министерства образования и науки Украины 02.07.20 г. № 886).

Журнал включен в перечень научных изданий Украины: по медицинским наукам (Приложение 8 к Приказу Министерства образования и науки Украины 07.10.16 г. № 1222) и по фармацевтическим наукам (Приложение 7 к Приказу Министерства образования и науки Украины 11.07.17 г. № 996)

УЧРЕДИТЕЛИ

Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества».

Национальный университет здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева.

Редакционная коллегия. Телефон для справок: (+380 44) 205-49-94, моб. тел.: (+380 66) 704-97-75. Адрес: 04112, Украина, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Зам. 2021-hs-36-37.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

CHIEF EDITOR

SHEKERA O., Academician of the NAN HE of Ukraine, MD, PhD, Professor, Honored Doctor of Ukraine, Honorary Professor of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, President of the International Public Organization "The International Association "Health of Society".

SCIENTIFIC EDITORS

ABABII I., Academician of the Academy of Sciences of Moldova, MD, PhD, Professor, Rector of the Nikolai Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy (**Republic of Moldova**); **SIKORSKIY A.**, MD, PhD, Professor, Rector of the Belarusian State Medical University (**Republic of Belarus**); **VADACHKORIA Z.**, MD, PhD, Professor, Rector of the Tbilisi State Medical University (**Georgia**); **VORONENKO Yu.**, Academician of the NAMS of Ukraine, MD, PhD, Professor, Rector of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine (**Ukraine**); **KUDAYBERGENOVA I.**, MD, PhD, Professor, Rector of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy (**Kyrgyz republic**).

EDITORIAL BOARD

Babkina T., MD, PhD, Prof.; **Volokh A.**, MD, PhD, Prof.; **Gorachuk V.**, MD, PhD, Prof.; **Grynevich E.**, MD, PhD, Prof.; **Davtyan L.**, MD, PhD, Prof.; **Drohomyretska M.**, MD, PhD, Prof.; **Medvedovskaya N.**, MD, PhD, Prof.; **Mishiyev V.**, MD, PhD, Prof.; **Tkachenko V.**, MD, PhD, Prof.; **Kharchenko N.**, NAMS of Ukraine Corr.-Member, MD, PhD, Prof.; **Khomenko I.**, MD, PhD, Prof.; **Shapovalova V.**, MD, PhD, Prof.; **Shekera O.**, MD, PhD, Prof. (**Ukraine**); **Brimkulov N.**, MD, PhD, Prof.; **Isakova Zh.**, MD, PhD, As. Prof. (**Kyrgyz republic**).

EDITORIAL COUNCIL

Zhavoronok S. (**Republic of Belarus**). Karanadze N. (**Georgia**). Valldeoriola Francesc (**Spain**). Abdikarimov S.; Adambekov D.; Askerov A.; Batyraliyev T.; Galako T.; Dzhumabekov S.; Dzhumagulov A.; Dzholbunova Z.; Dzhumalieva G.; Zurdynov A.; Yesenamanova M.; Kadyrov A.; Kalbayev A.; Kaliyev R.; Koybagarova A.; Mamytov M.; Mirrakhimov Ye.; Moldobayeva M.; Moldotasheva A.; Murataliyeva A.; Musuraliyev M.; Murzaliyev A.; Mukashev M.; Nasirov V.; Omurbekov T.; Raimzhanov A.; Sopuyev A.; Cholponbayev K.; Usupbayev A. (**Kyrgyz republic**). Kurosi-chyn G.; Fryptulyak G.; Chernetsky O. (**Republic of Moldova**). Smietanski M. (**Poland**). Dvoynikov S.; Zarubina E. (**Russian Federation**). Akilov J.; Alidzhanov F.; Asadov D.; Atakhanov C.; Sabirov D.; Hamrabayeva F. (**Uzbekistan**). Abizov R.; Ankin M.; Apanasenko G.; Babinceva L.; Beke-tova G.; Berezhnaya V.; Bida I.; Biloklyts'ka G.; Biloshytskyy V.; Belyayev A.; Belyaeva A.; Bugro V.; Varyvonchik D.; Vydyborets' S.; Vyshnevs'ka L.; Vitovsky R.; Vladimirov O.; Vladimirova N.; Vozianov S.; Vozianova S.; Volosovets O.; Gertsen G.; Getman V.; Goyda N.; Golovchenko Yu.; Golub-chikov M.; Gudyma A.; Gulchiy O.; Gurzhenko M.; Guseva S.; Danilov O.; Dzyublik I.; Dzyublik O.; Dolzhenko M.; Dorofeev A.; Doroshenko O.; Duda O.; Zadorozhna V.; Zaikov S.; Zarembo E.; Zozulya I.; Ivanov D.; Kalyuzhna L.; Kovalenko O.; Korzh O.; Kosakovskyy A.; Krasnov V.; Kush-nirenko S.; Litus V.; Litus O.; Mamenko M.; Mamchich V.; Marushko T.; Marushko Yu.; Matyukha L.; Mykhal'chuk V.; Mintser O.; Mishalov V.; Pavlenko O.; Pilyagina G.; Polishchuk M.; Pustovit S.; Rykov S.; Roshchin G.; Savichuk N.; Salmanov A.; Sviridova N.; Skrypnyk I.; Suslikova L.; Todurov B.; Tolstanov O.; Trokhymchuk V.; Feleshtynskyy J.; Feschenko Yu.; Khimion L.; Tsarenko A.; Chohey I.; Chupryna G.; Shapovalov V.; Shapovalov V.; Shvets N.; Shkorbotun V.; Shuba V.; Shuba N.; Shunko Ye. (**Ukraine**).

SECRETARIAT

O. Shekera, MD, Ph.D., As. Prof.; A. Tsarenko, MD, Ph.D., As. Prof.; I. Shekera, MD, Ph.D., As. Prof.; I. Kulakovska, O. Komissarova (**Ukraine**).

The journal is published by decision of the Academic Council of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy and of the IPO "The International Association "Health of Society".

PUBLISHER

International Public Organization "The International Association "Health of Society". Certificate of state registration of the print media KB № 21365-11165P dated of 09/06/15. Copy deadline dated of 10.03.21. Volume, frequency – 8 conv. printed. sh., 6 times per year. 1000 copies. Published by mixed languages. All rights reserved. Translation and reprint are allowed only after the consent of the authors and the publisher. Letters, manuscripts, photographs and drawings are not returned. The editors reserve the right to edit materials.

The journal is included in the list of category "B" scientific specialized publications of Ukraine in the following specialties: 222 - medicine, 229 - public health (Appendix 4 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 02.07.20, No. 886).

The journal is included in the list of scientific editions of Ukraine: for Medical Sciences (Appendix 8 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 07.10.16. No. 1222) and for Farmacia Sciences (Appendix 8 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 11.07.17. No. 996).

FOUNDER

International Public Organization "The International Association "Health of Society".

Shupyk National Healthcare University of Ukraine.

I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy.

Editorial board. Telephone for information: (+380 44) 205-49-94, mob. tel.: (+380 66) 704-97-75. Address: 04112, Ukraine, Kyiv, str. Dorohozhytska, 9. E-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Order 2021-hs-36-37.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

Зміст

Наукові редактори	xii
Медицина	
<i>Медведовська Н. В., Шекера О. Г., Денисюк Л. І., Анісімов Є. М., Яновська Н. М.</i> Результати дослідження обізнаності вчителів про профілактику порушень зору у дітей шкільного віку	57
<i>Царенко А. В., Бабський А. А., Криничний Ю. В., Щетко Ю. Ю.</i> Досвід впровадження «Програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки»: проблеми і перспективи	61
<i>Мостепан Т. В., Шекера О. Г., Горачук В. В., Долженко М. М.</i> Хвороби системи кровообігу як перманентна проблема	68
Колонка редактора	
Представляємо вашій увазі соціальний проєкт «Пам'ятник медичним працівникам усього світу»	76
Вимоги до оформлення статей	xiii
Медична книга	xix

Содержание

Научные редакторы	xii
Медицина	
<i>Медведовская Н. В., Шекера О. Г., Денисюк Л. И., Анисимов Е. Н., Яновская Н. Н.</i> Результаты исследования осведомленности учителей о профилактике нарушений зрения у детей школьного возраста	57
<i>Царенко А. В., Бабский А. А., Криничный Ю. В., Щетко Ю. Ю.</i> Опыт внедрения «Программы оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях в г. Днепр на 2018-2021 годы»: проблемы и перспективы	61
<i>Мостепан Т. В., Шекера О. Г., Горачук В. В., Долженко М. Н.</i> Болезни системы кровообращения как перманентная проблема	68
Колонка редактора	
Представляем вашему вниманию социальный проект «Памятник медицинским работникам всего мира»	76
Требования к оформлению статей	xv
Медицинская книга	xix

Contents

Scientific editors	xii
Medicine	
<i>N. V. Medvedovska, O. G. Shekera, L. I. Denisyuk, Ye. M. Anisimov, N. M. Yanovskaya</i> The results of teachers' awareness about visual impairment prevention among school-age children study	57
<i>A. V. Tsarenko, A. A. Babskiy, Yu. V. Krynychniy, Yu. Yu. Shchetko</i> The experience of the "Program of palliative care in an outpatient setting in the Dnipro City for 2018-2021" implementation: the problems and prospects	61
<i>T. V. Mostepan, O. G. Shekera, V. V. Horachuk, M. M. Dolzhenko</i> Heart disease as a permanent problem	68
Editor column	
We present to your attention a social project «A monument to health providers around the word»	76
Author Guidelines	xvii
Medical books	xix

Наукові редактори

Научные редакторы
Scientific editors

ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА
ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА HEALTH OF SOCIETY



I. Абабії,
академік АН Республіки Молдова, доктор мед. наук, проф., науковий редактор (Республіка Молдова)
I. Ababii,
академик Академии наук Республики Молдова, доктор мед. наук, проф., научный редактор (Республика Молдова)
I. Ababii,
academician of the Academy of Sciences of Republic of Moldova, MD, PhD, Prof., scientific editor (Republic of Moldova)



З. Вадачкорія,
доктор мед. наук, проф., науковий редактор (Грузія)
З. Вадачкорія,
доктор мед. наук, проф., научный редактор (Грузия)
Z. Vadachkoria,
MD, PhD, Prof., scientific editor (Georgia)



Ю. Вороненко,
академік НАМН України, доктор мед. наук, проф., науковий редактор (Україна)
Ю. Вороненко,
академик НАМН Украины, доктор мед. наук, проф., научный редактор (Украина)
Yu. Voronenko,
academician of the NAMS of Ukraine MD, PhD, Prof., scientific editor (Ukraine)



I. Кудайбергенова,
доктор мед. наук, проф., науковий редактор (Республіка Киргизстан)
I. Кудайбергенова,
доктор мед. наук, проф., научный редактор (Республика Кыргызстан)
I. Kudaybergenova,
MD, PhD, Prof., scientific editor (Republic of Kyrgyzstan)



А. Сікорський,
доктор мед. наук, проф., науковий редактор (Республіка Білорусь)
A. Sikorskiy,
доктор мед. наук, проф., научный редактор (Республика Беларусь)
A. Sikorskiy,
MD, PhD, Prof., scientific editor (Republic of Belarus)



О. Шекера,
академік АНВО України, доктор мед. наук, проф., головний редактор (Україна)
О. Шекера,
академик АНВО Украины, доктор мед. наук, проф., главный редактор (Украина)
O. Shekera,
academician of the NAHE of Ukraine, MD, PhD, Prof., chief editor (Ukraine)

N. V. Medvedovska^{1,6}, O. G. Shekera^{2,6}, L. I. Denisyuk³, Ye. M. Anisimov⁴,
N. M. Yanovskaya⁵

¹National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³Kyiv City Clinical Ophthalmological Hospital «Eye Microsurgery Center», Kyiv, Ukraine

⁴Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

⁵International Innovation Center of Human Harmonious Development, Kyiv, Ukraine

⁶International Public Organization «International Association «Health of Society», Kyiv, Ukraine

THE RESULTS OF TEACHERS' AWARENESS ABOUT VISUAL IMPAIRMENT PREVENTION AMONG SCHOOL-AGE CHILDREN STUDY

Abstract. Background. According to the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, the number of children with ophthalmic diseases has increased significantly over the last decade. The purpose of the study was to determine the awareness of teachers of secondary schools (schools, lyceums) on the problem of visual impairment among schoolchildren with the identification of their willingness to participate in preventive measures. **Materials and methods.** The materials of the study were the results of a sociological survey of teachers of schools and lyceums in Ukraine (a total of 6215 questionnaires were subject to analysis). We used the method of sociological research and methods of medical statistics, in particular to calculate the representativeness and reliability of the survey results. The study complied with modern European requirements for anonymity; each of the respondents was involved in the survey only after prior oral voluntary consent. The **results** revealed a lack of awareness of teachers in the prevention of visual impairment among schoolchildren, their willingness to participate in prevention activities and the high need for information support for modern prevention technologies. The majority of respondents supported the need to introduce regular vision testing in childhood, including in the framework of the relevant state prevention program. **Conclusions.** The majority of teachers (99.40 ± 0.10 %) supporting the expediency of introducing regular vision testing in children, (97.38 ± 0.20 %) support the introduction of a state prevention program to preserve vision from childhood. Based on the results of the study, promising for further research is the study of the possibility of involving teachers in preventive measures and participation in comprehensive programs for the prevention of ophthalmic pathology among students. It is also important to find effective ways of information support for educators on modern prevention technologies, risk factors for the formation of visual impairments in schoolchildren in order to prevent the formation of stigma against children with visual impairments and disorders in their environment.

Keywords: high school teachers; visual impairment; school-age children

Introduction

Visual functions play an extremely important role in a child's life and growth. The education of children in school at the age of 6-7 years is accompanied by a sharp increase in visual load, especially when the child begins secondary education, because it becomes necessary to learn to read and write.

Visual load is also excessive, because modern children from an early age master the computer, phone, tablet, and can work with them for hours.

The child's eyes are extremely sensitive to the mode and duration of visual load, especially at close range. The beginning of classes at school becomes a period of testing for the functions of the visual analyzer, and therefore, it exacerbates the problem of preventive support, timely detection of risk factors, prerequisites for the formation of ophthalmic pathology and, if necessary, medical intervention in case of disease.

According to the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, the number of children with

ophthalmic diseases has increased significantly over the last decade. The identified domestic trends resonate with published WHO data and forecasts, which show that more than 1.7 million blind children are diagnosed in the world, while about 12 million children under the age of 15 suffer from visual impairment. Numerous studies provide examples of increasing the incidence of visual impairment in schoolchildren, among whom every tenth (8-10 %) in primary school has been diagnosed with ophthalmic pathology. Among high school students, this figure can rise to 30 % [1-5].

The above actualizes the search for ways to prevent the occurrence of visual impairments among school-age children, strengthening the preventive vector, compliance with the rules of visual hygiene of schoolchildren, which makes this problem not only medical.

Educators who are in daily contact with school-age children have the opportunity to actively participate in the educational process.

The purpose of our study was to study the attitude of teachers and teachers of secondary schools (schools, lyceums) to the prevention of visual impairments among students, shifting their willingness to participate in joint preventive activities with physicians.

Materials and methods

The materials of the study were the results of a sociological survey conducted among educators of secondary schools in Ukraine (teachers, school and lyceum teachers) (a total of 6215 questionnaires were subject to analysis). To perform the objectives of the study and achieve the stated goal, we used the method of sociological research and methods of medical statistics, in particular to calculate the representativeness and reliability of the survey results. The study complied with modern European requirements for anonymity; each of the respondents was involved in the survey only after prior oral voluntary consent.

The survey, which was preceded by a pilot study (50 questionnaires), involved a total of 6,350 respondents, although 135 questionnaires (2.12 %) were rejected during the analysis and entry of the survey results into the electronic database, so the results of the survey were further analyzed. 6,215 questionnaires.

Results and discussion

Most of the surveyed teachers were female (92.71±0.33 %) in the main working age 25-54 years (78.66±0.52 %) and had higher pedagogical education (95.11±0.27 %). More than half of the respondents had a long experience of educational work, every fourth (25.68±0.55 %) worked as a teacher from 26-35 years, another 24.55±0.55 % had a work experience of 16-25 years. Only 7.84±0.34 % of respondents said that visual impairment in children and knowledge of their first signs is a purely medical problem. Instead, 90.46±0.37 % of respondents believe that a high school employee should have knowledge of the early signs of visual impairment in schoolchildren.

Most teachers (86.39±0.43 %) are familiar with the hygienic norms of visual load in childhood, and therefore consciously prefer and encourage students to play actively in the fresh air (94.16±0.30 %).

In most schools/lyceums whose teachers have agreed to become respondents to the survey, the school employs a nurse, who is responsible for, among other things, preventive work to prevent visual impairment among students. At the same time, almost every fifth (17.84±0.49 %) school does not have such medical staff.

More than a third (39.52±0.62 %) of the surveyed educators of secondary educational institutions expressed the opinion that even in the presence of physicians in the educational institution, preventive educational work to preserve vision from childhood is insufficient, another 5.70±0.29 % respondents expressed a categorical negative assessment of such preventive work at school, explaining it by the lack of medical staff in the school, whose responsibilities include this area of work.

At the same time, almost half of the surveyed teachers (54.79±0.63 %) consider the amount of preventive work carried out by medical staff at the school / lyceum sufficient.

Positively, almost all (94.92±0.28 %) educators of schools and lyceums consider it their duty to inform children about the risk of eye diseases and injuries and only 13.37±0.43 % are not familiar with the hygienic norms of visual load. in childhood, and therefore due to ignorance they are not followed.

The most common eye diseases in childhood according to secondary school teachers are: refractive errors, such as myopia (75.74±0.54 %), astigmatism (35.72±0.61 %) and farsightedness (70±0.63 %); conjunctivitis (68.19±0.59 %); strabismus (66.32±0.60 %); barley (57.01±0.63 %); eye injuries (55.40±0.63 %).

Most teachers allow the possibility of the impact of poor eyesight on the appearance of headaches, especially with prolonged visual load (94.59±0.29 %); the appearance of the habit of moving closer (to approach) to see the details of the image (object) (92.24±0.34 %); reduction of student performance due to the impossibility of clear copying from the board (78.95±0.52 %). Manifestations of visual impairment in schoolchildren can be: slow reading and writing (72.07±0.57 %); slowing of letter recognition, uncertainty of movements when drawing (71.30±0.57 %); the appearance of the habit of rubbing the eyes with the hands (69.69±0.58 %) and "crouching" when drawing (writing) with the appearance of distortion or violation of posture (69.44±0.58 %).

According to educators, vision problems in children of school age in most cases (91.63±0.35 %) are caused by burdened heredity, while 8.37±0.35 % believe that heredity has no decisive influence on the occurrence of ophthalmic pathology. More than half (58.25±0.63 %) of respondents believe that the child's vision is influenced by the nature of nutrition, while 41.75±0.63 % believe that such an effect is absent.

Almost all (97.80±0.19 %) are informed that insufficient lighting at close range is a risk for the formation of eye pathology in childhood.

When asked whether children with vision problems are prone to solitude, one third of secondary school teachers (37.41±0.61 %) confirmed that they had encountered this, although more than half (58.50±0.63 %) respondents, never noticed this.

At the same time, almost half of teachers (43.17±0.63 %) noticed how children "tease" and insult their peers who have visual impairments (for example, wearing glasses). At the same time, almost all teachers (95.98±0.25 %) deny the idea that children with visual impairments should grow and study separately from peers, as they consider it inappropriate.

The vast majority of educators (96.35±0.24 %) in case of detection of ophthalmic pathology would entrust the supervision of the formation of vision in a child to a pediatric ophthalmologist.

The results of the sociological study revealed that 71.70±0.57 % of high school teachers need information support on the prevention of risk factors, detection of signs and symptoms of ophthalmic pathology among school-age children. Sources of information preferred by teachers were also identified, among them: Internet (74.18±0.56 %) and periodicals (38.92±0.62 %); informing medical staff, in particular receiving information from family doctors (52.74±0.63 %), other doctors 35.21±0.61 %.

Almost all (99.4±0.10 %) teachers support the idea of the need for regular vision testing in childhood. Also, the majority (97.38±0.20 %) of respondents support the need to introduce a state prevention program to preserve vision from childhood in Ukraine.

Conclusions

The results of the survey of secondary school teachers revealed their lack of awareness of the prevention of visual impairment among students, insufficient level of preventive work of medical staff in schools combined with the willingness of educators to participate in preventive measures (86.39 ± 0.43% are familiar with hygiene). norms of visual load in childhood, 94.92±0.28 % inform children about the risk of diseases and injuries of the eye, 94.16±0.30 % encourage children to play actively in the fresh air. The majority of teachers (99.40±0.10 %) supporting the expediency of introducing regular vision testing in children, 97.38±0.20 % support the introduction of a state prevention program to preserve vision from childhood.

Prospects of further research. Based on the results of the study, promising for further research is the study of the possibility of involving teachers in preventive measures and

participation in comprehensive programs for the prevention of ophthalmic pathology among students. It is also important to find effective ways of information support for educators on modern prevention technologies, risk factors for the formation of visual impairments in schoolchildren in order to prevent the formation of stigma against children with visual impairments and disorders in their environment.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest in the preparation of this article.

References

1. Медико-соціальний моніторинг стану зору та факторів ризику його порушень у школярів : метод. Рекомендації / уклад.: С. О. Риков, Н. М. Орлова, А. О. Костецька; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Укр. Центр наук. мед. інформації та патент.-ліценз. роботи. – К., 2013. – 20 с.
2. Орлова Н. М. Стан офтальмологічного здоров'я школярів та організаційна технологія його медико-соціального моніторингу / Н. М. Орлова, А. О. Костецька // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 7–12.
3. Офтальмологічна допомога в Україні за 2006–2011 роки: (аналіт.-статист. довідник) / розроб.: Ю. В. Баринюк, Т. А. Аліфанова, Н. А. Обухова, Л. В. Венгер, А. С. Гудзь, О. П. Вітовська, І. В. Шаргородська, О. М. Черемухіна, В. І. Шевченко, А. О. Костецька, Н. Г. Руденко, Г. Л. Степанюк, Г. В. Шпак, К. В. Коробов, Н. В. Некрасова. – К., 2012. – 183 с.
4. Сліпота та слабкозорість. Шляхи профілактики в Україні. С. О. Риков, О.П. Вітовська, Н. А. Обухова, С. А. Сук, І. В. Шаргородська. Навчальний посібник // За редакцію проф. Рикова С. О. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа». – 2012. – 164 с.
5. Риков С. О., Медведовська Н. В., Збітнева С. В. Моніторинг регіональних особливостей поширеності хвороб ока та додаткового апарату серед населення України // Східноєвроп. Журн. громад. здоров'я. – 2012. – Спец. Вип. – С. 95–96.

Received 02.02.2021

Revised 16.02.2021

Accepted 20.02.2021 ■

Медведовська Н. В.^{1,6}, Шекера О. Г.^{2,6}, Денисюк Л. І.³, Анісімов Є. М.⁴, Яновська Н. М.⁵

¹Національна академія медичних наук України, м. Київ, Україна

²Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

³Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока», м. Київ, Україна

⁴Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

⁵Міжнародний інноваційний центр гармонійного розвитку людини, м. Київ, Україна

⁶Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ ВЧИТЕЛІВ ПРО ПРОФІЛАКТИКУ ПОРУШЕНЬ ЗОРУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Резюме. *Актуальність.* За даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, кількість дітей з офтальмологічними захворюваннями за останнє десятиліття значно збільшилася. *Метою* дослідження стало визначення обізнаності вчителів загальноосвітніх навчальних закладів (школи, ліцеї) з проблем порушення зорових функцій серед

школярів з виявленням їх готовності взяти участь в профілактичних заходах. *Матеріали та методи.* Матеріалами дослідження були результати соціологічного опитування вчителів шкіл та ліцеїв України. Всього проаналізовано 6215 анкет. Використано методи соціологічного дослідження і медичної статистики, у тому числі, для розрахунку репрезентативності

та достовірності результатів опитування. Дослідження відповідало сучасним європейським вимогам до анонімності; кожен з респондентів брав участь в опитуванні тільки після попередньої усної добровільної згоди. **Результати.** Виявлено недостатню поінформованість педагогів у питаннях попередження порушень зорових функцій серед школярів, при їх готовності взяти участь у профілактичних заходах і високу потребу в інформаційній підтримці щодо сучасних профілактичних технологій. Більшість опитаних підтримали думку про доцільність впровадження регулярної перевірки зору в дитячому віці, у тому числі, у рамках відповідної державної профілактичної програми. **Висновки.** Більшість вчителів (99.40 ± 0.10 %) підтри-

мують доцільність введення регулярної перевірки зору у дітей, 97.38 ± 0.20 % підтримують введення державної профілактичної програми по збереженню зору з дитинства. За результатами дослідження, перспективним для подальших досліджень є вивчення можливості залучення вчителів до профілактичних заходів і до участі в комплексних програмах профілактики офтальмопатології серед учнів. Також важливо знайти ефективні способи інформаційної підтримки вчителів з приводу сучасних профілактичних технологій, факторів ризику формування порушень зору у школярів.

Ключові слова: вчителі середньої школи; порушення зорових функцій; діти шкільного віку

Медведевская Н. В.^{1,6}, Шекера О. Г.^{2,6}, Денисюк Л. И.³, Анисимов Е. Н.⁴, Яновская Н. Н.⁵

¹Национальная академия медицинских наук Украины, г. Киев, Украина

²Национальный университет здравоохранения Украины имени П. А. Шупика, г. Киев, Украина

³Киевская городская клиническая офтальмологическая больница «Центр микрохирургии глаза», г. Киев, Украина

⁴Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

⁵Международный инновационный центр гармоничного развития человека, г. Киев, Украина

⁶Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», г. Киев, Украина

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ УЧИТЕЛЕЙ О ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Актуальность. По данным Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины, количество детей с офтальмологическими заболеваниями за последнее десятилетие значительно увеличилось. **Целью** исследования стало определение осведомленности учителей общеобразовательных учебных заведений (школы, лицеи) по проблеме нарушения зрительных функций среди школьников с выявлением их готовности принять участие в профилактических мероприятиях. **Материалы и методы.** Материалами исследования были результаты социологического опроса учителей школ и лицеев Украины. Всего проанализировано 6215 анкет. Использованы методы социологического исследования и медицинской статистики, в частности для расчета репрезентативности и достоверности результатов опроса. Исследование соответствовало современным европейским требованиям к анонимности; каждый из респондентов участвовал в опросе только после предварительного устного добровольного согласия. **Результаты.** Выявлена недостаточная осведомленность педагогов в вопросах предупреждения нарушений зрительных функций среди школьников, при их готовности принять уча-

стие в профилактических мероприятиях и высокой потребности в информационной поддержке касательно современных профилактических технологий. Большинство опрошенных поддержали мнение о целесообразности внедрения регулярной проверки зрения в детском возрасте, в том числе в рамках соответствующей государственной профилактической программы. **Выводы.** Большинство учителей (99.40 ± 0.10 %) поддерживают целесообразность введения регулярной проверки зрения у детей, 97.38 ± 0.20 % поддерживают введение государственной профилактической программы по сохранению зрения с детства. По результатам исследования, перспективным для дальнейших исследований является изучение возможности привлечения учителей к профилактическим мероприятиям и к участию в комплексных программах профилактики офтальмопатологии среди учеников. Также важно найти эффективные способы информационной поддержки учителей по поводу современных профилактических технологий, факторов риска формирования нарушений зрения у школьников.

Ключевые слова: учителя средней школы; нарушение зрительных функций; дети школьного возраста

Царенко А. В.^{1,4}, Бабський А. А.², Криничний Ю. В.^{2,4}, Щетко Ю. Ю.^{3,4}

¹ Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

² Дніпровська міська рада, Департамент охорони здоров'я населення, м. Дніпро, Україна

³ КНП «Дніпровська міська клінічна лікарня № 16» Дніпровської міської ради, м. Дніпро, Україна

⁴ Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ «ПРОГРАМИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ У М. ДНІПРІ НА 2018–2021 РОКИ»: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Резюме. Актуальність. У роботах багатьох українських авторів зазначено, що сьогодні в Україні створення і впровадження інноваційної системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) та служби соціальної послуги з паліативного догляду (СППД) є одним з найважливіших медико-соціальних завдань уряду і суспільства, за яким у сучасному світі оцінюють цивілізованість та гуманність нашої держави і суспільства. Саме ПХД є сучасним пацієнт-сім'я-орієнтованим гуманітарним підходом, який сприяє збереженню людської гідності паліативних пацієнтів (ПП) і може забезпечити належну якість життя ПП і їх рідних. Згідно з рекомендаціями ВООЗ та Комітету міністрів Ради Європи, паліативна допомога повинна стати одним з пріоритетних напрямів політики урядів у галузі охорони здоров'я в Європейському регіоні. **Мета дослідження:** аналіз виконання «Програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки». **Матеріали та методи.** У роботі були використані національні та міжнародні нормативно-правові документи і літературні джерела, дані медичної статистики, методи системного та структурно-функціонального аналізу, бібліосемантичні та статистичні методи дослідження. **Результати.** Контент-аналіз міжнародних та національних нормативно-правових документів і наукової літератури засвідчив, що відповідно до сучасних підходів та стандартів, ПХД надається з урахуванням потреб, побажань і згоди ПП та членів його родини, залежно від медико-демографічних, соціально-економічних та культурно-етнічних особливостей регіону. Порівняльний аналіз стану надання ПХД в Україні та в м. Дніпрі засвідчив деякі регіональні особливості, зокрема, значну потребу надання ПХД і СППД пацієнтам вдома та необхідність розробки і забезпечення механізму співпраці лікарів первинної ланки медичної допомоги, стаціонарних ЗОЗ та закладів соціальної опіки. У 2017 р. була розроблена та затверджена на сесії міської ради «Програма надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки» (далі – Програма), яка дозволила забезпечити впровадження мультидисциплінарних і міжвідомчих підходів, ефективну міжвідомчу координацію, співпрацю та доступність надання ПХД і СППД. Війзна бригада спеціалізованої паліативної допомоги працює в місті з червня 2019 р. у тісному контакті із сімейними лікарями і соціальними працівниками. У рамках реалізації Програми ПП забезпечуються ліками, технічними та іншими засобами догляду і реабілітації безоплатно або на пільгових умовах. Крім того бригада забезпечує ПП, за наявності показань, концентраторами кисню та противопротезними матрацами. Крім того, в рамках міської Програми створюються пункти прокату засобів медичного догляду за ПП (інвалідні візки, ходунки, протипролежневі матраци, милиці тощо), а також забезпечення хворих засобами медичного догляду вдома (сечо- й калоприймачами, підгузками тощо). У 2020 р. з бюджету міської Програми на комплектацію бригади медичним обладнанням, медикаментами й технічними засобами реабілітації було виділено 300 тис. грн. Загалом на реалізацію Програми з міського бюджету заплановано виділити понад 40 млн грн. **Висновки.** 1. Таким чином, сьогодні в м. Дніпрі завдяки співфінансуванню з Державного бюджету і за рахунок «Програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у

© «Здоров'я суспільства» / «Здоровье общества» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2021

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Издатели Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», Заславский А.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2021

Для кореспонденції: Царенко Анатолій Володимирович, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: atsarenko@gmail.com

For correspondence: Anatoliy Tsarenko, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: atsarenko@gmail.com

м. Дніпрі на 2018–2021 роки», що затверджена депутатами Дніпровської міської ради, впроваджується система комплексної допомоги ПП вдома. 2. Важливою умовою комплексного забезпечення потреби населення м. Дніпра у ПХД та СППД є підтримка Дніпровською міською радою створення сучасної доступної, якісної та ефективної служби ПХД і СППД, яка забезпечує ефективну міжвідомчу координацію, наступність і співпрацю між ЗОЗ та закладами соціального захисту населення за рахунок створення та розвитку мультидисциплінарних спеціалізованих виїзних бригад ПХД вдома у кожному районі міста, забезпечує координацію та наступність надання стаціонарної ПХД у ЗОЗ міста. 3. У багатьох розвинених країнах світу існує як державна підтримка, так і системне цільове програмне забезпечення надання ПХД за рахунок муніципальних або регіональних бюджетів. Впровадження міжнародних стандартів та досвіду ПХД може значно покращити забезпечення потреб та підвищити якість життя як самих ПП, так і членів їх сімей.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога; паліативні пацієнти; мультидисциплінарна виїзна бригада спеціалізованої паліативної допомоги; мультидисциплінарні та міжвідомчі підходи

Вступ

У роботах багатьох українських авторів зазначено, що сьогодні в Україні створення і впровадження інноваційної системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) та служби соціальної послуги з паліативного догляду (СППД) є однією з найважливіших медико-соціальних проблем та завдань уряду і суспільства, за яким у сучасному світі оцінюють цивілізованість та гуманність нашої держави і суспільства, взагалі [1–5 та інші].

Згідно з сучасним визначенням ВООЗ (2014), паліативна допомога – це підхід, метою якого є поліпшення якості життя хворих на захворювання, що загрожують життю або обмежують життя, та членів їх сімей [6]. Це досягається шляхом попередження та полегшення страждань пацієнтів завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці і адекватному контролю болю та інших тяжких фізичних симптомів, психоемоційній, соціальній і духовній підтримці пацієнтів та членів їх сімей. Згідно з рекомендаціями ВООЗ та Комітету міністрів Ради Європи, паліативна допомога повинна стати одним з пріоритетних напрямів політики урядів у галузі охорони здоров'я в Європейському регіоні. [7–11].

Важливе значення для забезпечення доступності, якості та ефективності ПХД має фінансування закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) ПХД з різних джерел, зокрема: Державного бюджету (Національна служба здоров'я України – НСЗУ), регіональних та місцевих бюджетів (цільові програми надання паліативної допомоги) та залучення благодійних коштів громадян, благодійних фондів, громадських та релігійних організацій, бізнесових структур тощо.

Мета роботи: аналіз виконання «Програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки».

Матеріали та методи

У роботі були використані національні та міжнародні нормативно-правові документи і літературні джерела, дані медичної статистики, методи системного та структурно-функціонального аналізу, бібліосемантичні та статистичні методи дослідження.

Результати та обговорення

В Україні паліативна допомога, як окремий вид медичної допомоги, законодавчо регламентується Законом України «Основи законодавства України про

охорону здоров'я» (Стаття 8, Стаття 33 і Стаття 35-4 «Паліативна допомога») [12], а також Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII (Стаття 4. «Програма медичних гарантій» [13], а також низкою нормативно-правових актів Кабінету Міністрів України та МОЗ України.

Основним галузевим нормативно-правовим актом, що сьогодні регулює надання паліативної і хоспісної медичної допомоги як в стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах та вдома, є наказ МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», яким затверджено: «Порядок надання паліативної допомоги», «Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги» і «Критерії визначення пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги», а також передбачено заходи щодо післядипломної освіти медичних працівників з питань ПХД та інше [14].

Контент-аналіз міжнародних та національних нормативно-правових документів і наукової літератури засвідчив, що відповідно до сучасних підходів та стандартів, ПХД надається з урахуванням потреб, побажань і згоди ПП та членів його родини. ПХД може надаватися вдома, в амбулаторіях або центрах первинної медичної допомоги, територіальних центрах соціального обслуговування населення або у стаціонарних закладах будь-якої форми власності, застосовуючи різні організаційні форми, зокрема, денний стаціонар, мультидисциплінарні виїзні команди/бригади ПХД, спеціалізовані стаціонарні ЗОЗ ПХД (центри паліативної та хоспісної медицини, хоспіси, паліативні або хоспісні відділення багатопрофільних чи спеціалізованих ЗОЗ, установ соціального обслуговування населення тощо), залежно від медико-демографічних, соціально-економічних та культурно-етнічних особливостей регіону. [1–11].

Аналіз статистичних даних і розрахункових потреб у ПХД засвідчив, що при середній щорічній смертності населення м. Дніпра впродовж останніх 5 років у понад 14,0 тис. осіб щорічна потреба у ПХД і СППД складає близько 11,2 тис. пацієнтів і, відповідно, майже 34 тис. їх родичів. ПХД і СППД щорічно потребують понад 1,8 тис. онкологічних хворих, 9,9 тис. пацієнтів з інкурабельними формами і тяжкими

ускладненнями захворювань серцево-судинної системи, органів дихання та травної системи, цукрового діабету тощо. Окрему групу складають хворі на туберкульоз, серед яких понад 90 пацієнтів щороку потребують ПХД і СППД, а також хворі на ВІЛ-інфекцію/СНІД, середня щорічна смертність серед яких складає 250 осіб і, відповідно, усі вони потребують ПХД і СППД.

Порівняльний аналіз стану надання ПХД в Україні та в м. Дніпрі засвідчив деякі регіональні особливості, зокрема, значну потребу надання ПХД і СППД пацієнтам вдома та необхідність розробки і забезпечення механізму співпраці лікарів ПМД, стаціонарних ЗОЗ та закладів соціальної опіки, а також велику зацікавленість та прихильність міської влади і департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради щодо створення та впровадження сучасної служби ПХД населенню м. Дніпра. У 2017 р. за ініціативи мера м. Дніпра була розроблена та затверджена на сесії міської ради «Програма надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки» (рішення Дніпровської міської ради від 15.11.2017 р. № 13/26 (зі змінами, внесеними рішенням міської ради від 10.03.2019 р. № 13/43) (далі – Програма). Основна мета зазначеної Програми – удосконалити надання ПХД в амбулаторних умовах для забезпечення гідної якості життя паліативних пацієнтів (ПП) шляхом ефективного і вчасного контролю хронічного больового синдрому, інших важких проявів захворювань, а також соціальної, психологічної підтримки та духовного супроводу ПП і їх рідних. У рамках реалізації Програми ПП забезпечуються ліками, технічними та іншими засобами догляду і реабілітації безоплатно або на пільгових умовах. Зазначена Програма дозволила забезпечити впровадження мультидисциплінарних і міжвідомчих підходів та ефективну міжвідомчу координацію і співпрацю та наступність надання ПХД і СППД. У Програмі визначено чіткий механізм взаємодії медичної служби із соціальними працівниками територіальних центрів, психологами, волонтерами, священнослужителями.

Для розробки зазначеної Програми при департаменті охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради була створена робоча група із залученням фахівців кафедри паліативної та хоспісної медицини Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика та експертів ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» і МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

Реорганізація служби охорони здоров'я м. Дніпра, зокрема повернення лікувальних закладів вторинного рівня у підпорядкування міської влади дало можливість створити єдину повноцінну систему надання паліативної допомоги – на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги. Йдеться, зокрема, про ЗОЗ, до складу яких входять стаціонарні паліативні відділення (серед них – міські лікарні № 2 та № 12, в яких розгорнуто 55 ліжок для ПП), а також створення ви-

їзної бригади спеціалізованої паліативної допомоги на базі КНП «Міська клінічна лікарня №16» Дніпровської міської ради.

Виїзна бригада спеціалізованої паліативної допомоги працює в місті з червня 2019 року згідно з наказом Департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради від 10.06.2019 № 303. До складу бригади входять: терапевт – 1,5 ставки, хірург – 1,25 ставки, психотерапевт – 1,0 ставки, а також хірургічна та маніпуляційні медичні сестри. За необхідності до виїзdv та консультацій можуть залучатися вузькопрофільні фахівці (ендокринолог, кардіолог, травматолог, уролог, гінеколог тощо). Наявність хірурга у складі бригади дає змогу проводити, за необхідності, деякі термінові амбулаторні оперативні втручання ПП вдома (зокрема, розкриття абсцесів, некретомії, хірургічну обробку пролежнів тощо). Бригада забезпечена 2 автомобілями санітарного автотранспорту за договором з міським комунальним підприємством санітарного автотранспорту. З часу організації роботи бригади було здійснено 2492 виїзди та надано паліативну допомогу 740 ПП вдома, з яких 54,2 % – онкологічні хворі (Табл. 1). 30,8 % ПП мали групу інвалідності. Незважаючи на пандемію коронавірусної інфекції, у бригаді не було жодних обмежень стосовно обсягу надання допомоги ПП – співробітники бригади забезпечені засобами індивідуального захисту для протидії коронавірусу, виконуються усі визначені чинними нормативно-правовими актами протиепідемічні заходи.

Для зручності ПП виїзна бригада спеціалізованої паліативної допомоги надає медичну допомогу вдома, а також, за необхідності, направляє ПП до відповідних стаціонарних ЗОЗ ПХД. Бригада працює у тісному контакті із сімейними лікарями і соціальними працівниками. Виїзди до ПП здійснюються виключно за викликом сімейного лікаря чи відповідальної особи центру. У квітні за погодженням з Департаментом охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради склад бригади поповнився дитячим лікарем-отоларингологом, що дає змогу надавати виїзду паліативну допомогу ПП дітям із захворюваннями цього профілю, а також обслуговувати ПП з функціонуючими трахеостомами. Надання допомоги таким пацієнтам здійснюється в тісній співпраці з фахівцями педіатричного профілю КНП «МДКЛ № 6» Дніпровської міської ради.

Розподіл ПП за віком:

- до 18 років – 0,7 %,
- 18–60 років – 2,3 %,
- 61–75 років – 37,1 %,
- більше 75 років – 41,9 %.

Для забезпечення якісної амбулаторної ПХД в усіх дванадцяти міських центрах ПМСД заплановано створення спеціальних мобільних бригад для виїзду до ПП додому – з цією метою передбачено придбання автотранспорту. До складу таких бригад, окрім сімейного лікаря та медсестри, за потреби, входять соціальний працівник і психолог або психотерапевт. Адже

крім медичних процедур (знеболювання, перев'язки тощо) багато ПП потребують ще соціально-побутової та психологічної допомоги. Зараз у Дніпрі створюються спеціалізовані мультидисциплінарні виїзні бригади, які зможуть надавати ПП вдома консультаційно-діагностичні послуги (аналіз крові, ЕКГ тощо). По суті, бригади будуть об'єднуючою ланкою між первинним та вторинним рівнями надання медичної допомоги ПП.

Важливим є те, що спеціалісти виїзної бригади спеціалізованої паліативної допомоги можуть надавати не лише медичну та психологічну допомогу ПП, а й психологічну підтримку членам його родини. Крім того бригада забезпечує ПП, за наявності показань, концентраторами кисню та протипролежневими матрацами (на теперішній час на оснащенні бригади є 15 концентраторів кисню та 10 протипролежневих матраців). З початку 2020 р. ними були забезпечені 92 ПП. У 2020 р. на комплектацію бригади медичним обладнанням, медикаментами й технічними засобами реабілітації з бюджету міської Програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах було виділено 300 тисяч грн.

Зараз запроваджено нову послугу мобільної бригади паліативної допомоги — супроводження паліативних хворих після виписки із загально-соматичних стаціонарів. З метою своєчасного обслуговування та збільшення обсягу надання консультативної допомоги

планується збільшити щоденну тривалість роботи бригади.

У 2020 р. було здійснено 1074 виїзди бригади із залученням вузьких спеціалістів, надано допомогу 335 ПП, проведено навчання родичів ПП основам догляду за тяжкими хворими, а також забезпечено їх засобами особистої гігієни (спеціальні набори для дотримання особистої гігієни немобільних хворих). Крім того, в рамках міської Програми створюються пункти прокату засобів медичного догляду за ПП (інвалідні візки, ходунки, протипролежневі матраци, милиці тощо), а також забезпечення хворих засобами медичного догляду вдома (сечо- й калоприймачами, підгузками тощо). У Програму закладена і додаткова закупівля ліків та знеболювальних засобів для ПП. Загалом на реалізацію Програми з міського бюджету заплановано виділити понад 40 млн грн.

Враховуючи важливе значення підготовки кадрів для забезпечення якості та ефективності надання ПХД, за підтримки департаментів охорони здоров'я Дніпровської міської ради і Дніпропетровської ОДА впродовж останніх років співробітники кафедри паліативної і хоспісної медицини Інституту сімейної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика провели 6 виїзних циклів тематичного удосконалення, на яких понад 120 лікарів м. Дніпра і Дніпропетровської області одержали нові знання і навички з питань організації і надання ПХД і паліативного догляду.

Таблиця 1. Показники діяльності виїзної бригади спеціалізованої паліативної допомоги за період з 12.06.2019 по 31.08.2020 року

Назва ЗОЗ	К-сть заявок (викли-ків) від координатора	Кількість виїздів бригади спеціалізованої паліативної допомоги				Кількість ПП, які отримали паліативну допомогу вдома	Кількість нецільових заявок
		усього	лікарі	середній медичний персонал	інші		
ДЦПМСД №1	46	117	49	53	15	41	0
ДЦПМСД №2	152	679	276	373	30	155	0
ДЦПМСД №3	36	85	42	40	3	27	0
ДЦПМСД №4	82	269	118	124	27	78	2
ДЦПМСД №5	70	292	87	199	6	65	1
ДЦПМСД №6	56	171	85	74	14	59	1
ДЦПМСД №7	115	371	164	184	23	122	0
ДЦПМСД №8	69	181	75	88	18	61	0
ДЦПМСД №9	43	104	51	46	7	43	1
ДЦПМСД №10	44	95	46	40	9	39	0
ДЦПМСД №11	50	114	55	49	8	41	0
ДЦПМСД №12	6	14	9	4	1	9	0
Усього:	769	2492	1057	1274	161	740	5

Висновки

1. Таким чином, сьогодні в м. Дніпрі завдяки співфінансуванню Державного бюджету і за рахунок «Програми надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах у м. Дніпрі на 2018–2021 роки», що затверджена депутатами Дніпровської міської ради, впроваджується система комплексної допомоги ПП вдома, що передбачає контроль хронічного больового синдрому, усунення або зменшення розладів життєдіяльності й інших важких проявів захворювань. Завдяки забезпеченню мультидисциплінарних і міжвідомчих підходів передбачені також догляд, психологічна і соціальна допомога та духовна підтримка ПП і їх близьких в амбулаторних і стаціонарних умовах.

2. Важливою умовою комплексного забезпечення потреби населення м. Дніпра у ПХД та СППД є підтримка Дніпровською міською радою створення сучасної доступної, якісної та ефективної служби ПХД і СППД, яка забезпечує ефективну міжвідомчу координацію, наступність і співпрацю між ЗОЗ та закладами соціального захисту населення за рахунок створення та розвитку мультидисциплінарних спеціалізованих виїзних бригад ПХД вдома у кожному районі міста, забезпечує координацію та наступність надання стаціонарної ПХД у ЗОЗ міста.

3. У багатьох розвинених країнах світу існує як державна підтримка, так і системне цільове програмне забезпечення надання ПХД за рахунок муніципальних або регіональних бюджетів. Впровадження міжнародних стандартів та досвіду ПХД може значно покращити забезпечення потреб та підвищити якість життя як самих ПП, так і членів їх сімей, що визначає велике медико-соціальне, гуманітарне та економічне значення цього інноваційного напрямку системи охорони здоров'я та соціального захисту населення. Вирішення питання створення і розвитку системи ПХД в нашій країні стане важливим кроком на шляху до євроінтеграції України.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Вороненко Ю. В. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Вороненко, В. М. Князевич, О. В. Заволока, Ю. І. Губський, Р. О. Моїсеєнко [та ін.] // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. / За ред. В.В.Шафранського; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2016. – с. 284-301.

2. Гойда Н. Г. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2 (2). – С. 23–30.

3. Губський Ю. І. Паліативна медична допомога в Україні: соціальні, медико-правові та клініко-фармацевтичні аспекти // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Організаційні, медико-юридичні та клініко-фармацевтичні питання. Матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конфер. 22-24.04.2015 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком. – 2015. – С. 9–31.

4. Князевич В. М. Перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні / В.М.Князевич // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2. – С. 131–134.

5. Царенко А. В. Обґрунтування концептуальної моделі системи паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги/ А. В. Царенко, Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8. – № 2. - С. 76 – 87.

6. ВОЗ. Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла.// Резолюция 67-й Сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, ВНА 67.19, 24 мая 2014 г. – Женева, 2014. – 11 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-ru.pdf.

7. WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. – World Health Organization, 2016. – 172 p.

8. Council of Europe. Рекомендации Rec (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода (12 ноября 2003 г.). – Совет Европы. – 2004. – 89 с.

9. EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care // European Journal of Palliative Care. – 2010; 17(1). – P. 22–33.

10. Council of Europe. European Declaration on Palliative Care. Launched in Brussels, October 2014. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: <http://palliativecare2020.eu/declaration/>.

11. EAPC. Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe – presenting a new EAPC publication / Europ. J. of Palliative Care. – 2014. – № 21 (6). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC21\(6\)_Centeno.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC21(6)_Centeno.pdf).

12. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. № 3611-VI. // ВВР, 2012 р., № 12-13.

13. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII.

14. Наказ МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>)

Отримано / Received 03.02.2021

Рецензовано / Revised 20.02.2021

Прийнято до друку / Accepted 25.02.2021 ■

A. V. Tsarenko^{1,4}, A. A. Babskiy², Yu. V. Krynychniy^{2,4}, Yu. Yu. Shchetko^{3,4}

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Dnipro City Council, Health Care Department, Dnipro City, Ukraine

³Dnipro City Hospital 16, Dnipro City, Ukraine

⁴International Public Organization «International Association «Health of Society», Kyiv, Ukraine

THE EXPERIENCE OF THE "PROGRAM OF PALLIATIVE CARE IN AN OUTPATIENT SETTING IN DNIRO CITY FOR 2018-2021" IMPLEMENTATION: THE PROBLEMS AND PROSPECTS

Abstract. Background. Many Ukrainian authors noted that an innovative System of Palliative and Hospice Care (PHC) and Social Services for Palliative Care (SSPC) the creation and implementation are the most important medical and social tasks of the Government and society in Ukraine today which appreciate the civilization and humanity of our state and society. PHC are a modern patient-family-oriented humanitarian approach that contributes to the preservation of the human dignity of palliative care patients (PCP) and can ensure the proper quality of life of PCP and their relatives. According to the WHO and the Council of Europe Committee of Ministers Recommendations, palliative care should be one of the priorities of the Health Care Government Policy in the European region. The purpose of the study: the "Program of palliative care in an outpatient setting in Dnipro City for 2018-2021" the implementation analysis. **Materials and methods.** The work used national and international legal documents and literature sources, data from medical statistics, methods of systemic and structural-functional analysis, bibliosemantic and statistical research methods. **Results.** The international and national legal documents and scientific literature a content analysis showed that in accordance with modern approaches and standards, PHC is provided taking into account the PCP and its family members needs, wishes and consent, depending on medical, demographic, socio-economic and cultural ethnic features of the region. A comparative analysis of the PHC state in Ukraine and Dnipro City showed some regional features, in particular, the significant need to provide PHC and SSPC to patients at home and the need and ensure a mechanism of cooperation between primary health care physicians, inpatient health care and social care institutions to develop. In 2017, the "Program of outpatient palliative care in Dnipro City for 2018-2021" (hereinafter - the Program) was developed and approved at the City Council session, which allowed the PHC and SSPC multidisciplinary and interagency approaches implementation, effective interdepartmental coordination, cooperation and the continuity of PHC and SSPC to ensure. The Multidisciplinary Mobil

Specialized Palliative Care Team has been working in close contact with family doctors and social workers in the city since June 2019. As part of the Program, PCP are provided with medicines, technical and other means of care and rehabilitation free of charge or on preferential terms. In addition, the Palliative Care Team provides PCP, if indicated, oxygen concentrators and anti-decubitus mattresses. The Program creates points for renting medical care for PCP (wheelchairs, walkers, anti-decubitus mattresses, crutches, etc.), as well as providing patients with medical care at home (urine and feces, diapers, etc.). In 2020, UAH 300,000 was allocated from the Program budget for the Palliative Care Team with medical equipment, medicines and rehabilitation technical means complete set. In total, it is planned to allocate over UAH 40 million from the Dnipro City Budget for the Program implementation. **Conclusions.** 1. Thus, today in Dnipro City the Comprehensive Palliative Care System at home is implemented due to co-financing from the State Budget and due to the "Program of palliative care in outpatient conditions in Dnipro City for 2018-2021", approved by the Dnipro City Council the deputies. 2. An important condition for comprehensive provision of the Dnipro City population needs in PHC and SSPC is the Dnipro City Council support to create a modern accessible, high-quality and efficient PHC and SSPC service, which an effective interagency coordination, continuity and cooperation between health care providers and social care institutions provides, Multidisciplinary Mobil Specialized Palliative Care Team creation and development of in each the city district, the coordination and continuity of inpatient PHC in the city health provides. 3. There is both the Government support and municipal or regional budgets support for PHC Programs in many developed countries. The international PHC standards and experience implementation can significantly the provision of needs and the quality of life of both PCP and their families improve.

Keywords: palliative and hospice care (PHC); palliative patients; Multidisciplinary Mobil Specialized Palliative Care Team; multidisciplinary and interagency approaches

Царенко А. В.^{1,4}, Бабский А. А.², Криничный Ю. В.^{2,4}, Щетко Ю. Ю.^{3,4}

¹Национальный университет здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

²Днепропетровский городской совет, Департамент здравоохранения населения, г. Днепр, Украина

³КЗ «Днепропетровская городская больница № 16» Днепропетровского городского совета, г. Днепр, Украина

⁴Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», г. Киев, Украина

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ «ПРОГРАММЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В Г. ДНЕПР НА 2018-2021 ГОДЫ»: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Резюме. Актуальность. В работах многих украинских авторов отмечено, что сегодня в Украине создание и внедрение инновационной системы паллиативной и хосписной помощи (ПХП) и службы социальной услуги паллиативного ухода (СУПУ) является одним из важнейших медико-социальных задач правительства и общества, по которому в современном мире оценивают цивилизованность и гуманность нашего государства и общества. Именно ПХП является современным пациент-семья-ориентированным гуманитарным подходом, который способствует сохранению человеческого достоинства паллиативных пациентов (ПП) и может обеспечить надлежащее качество жизни ПП и их родных. Согласно рекоменда-

ция ВОЗ и Комитета министров Совета Европы, паллиативная помощь должна стать одним из приоритетных направлений политики правительств в области здравоохранения в Европейском регионе. **Цель исследования:** анализ выполнения «Программы оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях в г. Днепр на 2018-2021 годы». **Материалы и методы.** В работе были использованы национальные и международные нормативно-правовые документы и литературные источники, данные медицинской статистики, методы системного и структурно-функционального анализа, библиосемантические и статистические методы исследования. **Результаты.** Контент-анализ международных и национальных нормативно-

правовых документов и научной литературы показал, что в соответствии с современными подходами и стандартами, ПХП оказывается с учетом потребностей, пожеланий и согласия ПП и членов его семьи, в зависимости от медико-демографических, социально-экономических и культурно-этнических особенностей региона. Сравнительный анализ оказания ПХП в Украине и в г. Днепр показал некоторые региональные особенности, в частности, значительную потребность оказания ПХП и СУПУ пациентам дома и необходимость разработки и обеспечения механизма сотрудничества врачей первичного звена медицинской помощи, стационарных учреждений здравоохранения и учреждений социальной опеки. В 2017 г. была разработана и утверждена на сессии городского совета «Программа оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях в г. Днепр на 2018-2021 годы» (далее - Программа), которая позволила обеспечить внедрение мультидисциплинарных и межведомственных подходов, эффективную межведомственную координацию, сотрудничество и преемственность оказания ПХП и СУПУ. Выездная бригада специализированной паллиативной помощи работает в городе с июня 2019 г. в тесном контакте с семейными врачами и социальными работниками. В рамках реализации Программы ПП обеспечиваются лекарствами, техническими и другими средствами ухода и реабилитации бесплатно или на льготных условиях. Кроме того бригада обеспечивает ПП, при наличии показаний, концентраторами кислорода и противопролежневыми матрасами. Кроме того, в рамках городской Программы создаются пункты проката средств медицинского ухода за ПП (инвалидные коляски, ходунки, противопролежневые матрасы, костыли и т.п.), а также обеспечение больных средствами медицинского ухода на дому (моче- и калоприемниками, подгузниками и т.д.). В 2020 г. из бюджета городской Программы на комплек-

тацию выездной бригады специализированной паллиативной помощи медицинским оборудованием, медикаментами и техническими средствами реабилитации было выделено 300 тыс. грн. Всего на реализацию Программы из городского бюджета запланировано выделить более 40 млн грн. **Выводы.** 1. Таким образом, сегодня в г. Днепр благодаря софинансированию из Государственного бюджета и за счет «Программы оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях в г. Днепр на 2018-2021 годы», утвержденной депутатами Днепровского городского совета, внедряется система комплексной помощи ПП дома. 2. Важным условием комплексного обеспечения потребности населения г. Днепр в ПХП и СУПУ является поддержка Днепровским городским советом создания современной доступной, качественной и эффективной службы ПХП и СУПУ, которая обеспечивает эффективную межведомственную координацию, преемственность и сотрудничество между учреждениями здравоохранения и учреждениями социальной защиты населения за счет создания и развития мультидисциплинарных выездных бригад специализированной ПХП в каждом районе города, что обеспечивает координацию и преемственность оказания стационарной ПХП в учреждениях здравоохранения города. 3. Во многих развитых странах мира существует как государственная поддержка, так и системное целевое программное обеспечение оказания ПХД за счет муниципальных или региональных бюджетов. Внедрение международных стандартов и опыта ПХП может значительно улучшить обеспечение потребностей и повысить качество жизни как самих ПП, так и членов их семей.

Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь (ПХП); паллиативные пациенты; мультидисциплинарная выездная бригада специализированной паллиативной помощи; мультидисциплинарные и межведомственные подходы

Мостепан Т. В.¹, Шекера О. Г.^{1,2}, Горачук В. В.¹, Долженко М. М.¹

¹ Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

² Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ЯК ПЕРМАНЕНТНА ПРОБЛЕМА

Резюме. Актуальність. Хронічні неінфекційні захворювання тривалий час зберігають свою актуальність, оскільки продовжують впливати на стан життя й здоров'я населення світу. Серед них надзвичайно актуальними є хвороби системи кровообігу, оскільки вони залишаються основною причиною інвалідності та передчасної смерті людей.

Мета дослідження: провести аналіз стану захворюваності й смертності населення від хвороб системи кровообігу в окремих розвинених країнах світу, європейських країнах, зокрема, в Україні, чинників ризику, що їх обумовлюють, та визначити можливі напрями профілактичних і реабілітаційних стратегій щодо покращання епідемічної ситуації в Україні. **Матеріали та методи.** Дані мета-аналізів і систематичних оглядів з академічних баз даних, державної й галузевої статистики; методи: бібліосемантичний, порівняльного, медико-статистичного аналізу, узагальнення. **Результати.** Встановлено, що кількість років, прожитих людством з інвалідністю внаслідок хвороб системи кровообігу, зросла за 10 років на 4,5 %. Показано, що рівні захворюваності й смертності, пов'язані з цими хворобами, значно вищі в країнах Центральної і Східної Європи, зокрема, в Україні, порівняно з Швецією, Великою Британією, Канадою, США та країнами Західної Європи. Виявлено, що найвищі рівні смертності населення усіх цих країн і регіонів, обумовленої факторами ризику, що пов'язані з артеріальною гіпертензією, нерациональним харчуванням, високим рівнем холестерину в крові, однак за значеннями вони істотно переважають аналогічні в країнах Східної Європи, зокрема, в Україні, зі зростанням за 2009 - 2019 рр. внаслідок високого артеріального тиску – з 494,88 до 536,51 на 100 тис. нас., нерационального харчування – з 397,29 до 430,66 на 100 тис. нас., високого рівня холестерину – з 345,98 до 373,13 на 100 тис. нас. Обґрунтовано стратегії профілактики й реабілітації хворих на серцево-судинні захворювання на популяційному та індивідуальному рівнях в Україні. **Висновки.** Вплив хвороб системи кровообігу на здоров'я населення постійно зростає, що підтверджує перманентність проблеми та вимагає постійної уваги та дієвих заходів з боку урядів країн і систем охорони здоров'я.

Ключові слова: здоров'я населення; хвороби системи кровообігу; фактори ризику; профілактичні й реабілітаційні стратегії

Вступ

З початку 2020 року увага людства, керівників держав і урядів, світових систем охорони здоров'я прикута до глобальної проблеми боротьби з коронавірусною хворобою. Зважаючи на всі труднощі в приборканні епідемії COVID-19 та соціальну й економічну дестабілізацію, обумовлені швидким поширенням вірусу та особливостями його впливу на організм людини, не слід втрачати пильність стосовно інших хвороб, які мають важливе епідемічне значення, зокрема, хронічних неінфекційних захворювань. Вони зберігають свою актуальність, оскільки продовжують впливати на стан життя й здоров'я населення світу.

За висновками експертів ВООЗ [1; 2], епідемія хронічних неінфекційних захворювань, провідне місце серед яких займають хвороби системи кровообігу (ХСК), тривалий час залишається серйозним викликом для громадського здоров'я. До ХСК належать: гіпертонія, ішемічна хвороба серця (інфаркт); порушення мозкового кровообігу (інсульт); захворювання периферичних судин; серцева недостатність; ревматичні хвороби серця; вроджені аномалії серця; кардіоміопатії.

ХСК є основною причиною інвалідності та передчасної смерті у всьому світі. Загалом, щороку від ХСК вмирає 17,5 млн осіб, а прогнози показники свідчать про зростання чисельності смертей до 23,3 млн випадків до

2030 року. Більше 75,0 % випадків смертей від ХСК відбуваються в країнах із низьким та середнім рівнем доходу, до яких належить і Україна [3].

В Україні, за даними вітчизняних науковців [4], з 2006 по 2012 роки смертність населення від ХСК зменшилась на 11,4 % за стандартизованими показниками, але з 2012 р. знову поступово почала зростати, що збіглося в часі з економічною кризою та військовими подіями на сході України. За даними Державної служби статистики, Україна втратила у 2020 році 616 835 життів, з них 408 721 осіб, або 66,3 %, померли від ХСК. Ішемічна хвороба серця (ІХС) стала причиною смерті 284 997 осіб (69,7 % у структурі причин смертності від ХСК), алкогольна кардіоміопатія – 3 597 осіб (0,9 %), цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) – 78 140 осіб (19,1 %) [5].

Значний внесок ХСК здійснюють у формування інтегрального показника «тягаря хвороб» українців (DALY): у чоловіків він становить 27,0 %, у жінок – 33,0 % [6].

Високі рівні поширеності та постійне зростання смертності населення від ХСК, незважаючи на прогрес у знаннях і технологіях щодо менеджменту цих хвороб, свідчать про недостатню ефективність проведених профілактичних і реабілітаційних заходів, що обумовлює актуальність даного дослідження.

Мета дослідження: провести аналіз стану захворюваності й смертності від ХСК в окремих розвинених країнах світу, Європейському регіоні та в Україні, чинників ризику, що їх обумовлюють, та визначити можливі напрями профілактичних і реабілітаційних стратегій щодо покращання епідемічної ситуації з ХСК в Україні.

Матеріали та методи

Використані дані мета-аналізів і систематичних оглядів з академічних баз даних через пошук PubMed з використанням ключових слів «Хвороби системи кровообі-

гу», «Серцево-судинні хвороби», «Смертність від хвороб системи кровообігу», «Фактори ризику хвороб системи кровообігу». Дані про смертність від ХСК взяті також з Щорічного звіту американської кардіологічної асоціації (2020), Європейської кардіологічної мережі (2017), поширеність, захворюваність і смертність в Україні від ХСК – з даних Державної служби статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України. Використані методи: бібліосемантичний, порівняльного, статистичного аналізу, узагальнення.

Результати та обговорення

Результатами дослідження встановлено, що загалом у світі епідемічна ситуація щодо поширеності й смертності від ХСК тривалий час залишається несприятливою: у 2017 році зареєстровано 485 620,9 тис. випадків захворювань на ці хвороби, з них 72 721,2 тис. випадків – уперше; кількість років, прожитих людством з інвалідністю, обумовленою ХСК, зросла за 2007-2017 роки на 4,5 %, зокрема, за рахунок ревматичних хвороб серця – на 2,4 %, інсульту – на 11,2 %, гіпертонічної хвороби (ГХ) – на 1,9 % [7] (табл.1).

Найвищою чисельністю випадків, накопичених в популяції, серед ХСК відзначаються: ІХС (зареєстровано в світі всього 126 451,5 тис. випадків, вперше – 10 636,5 тис. випадків); хвороби периферичних судин (відповідно 118 123,6 тис. випадків та 10 811,7 тис. випадків) та інсульту (відповідно 104 178,7 тис. випадків та 11 931,0 тис. випадків).

Рівні захворюваності й поширеності ХСК характеризуються гетерогенністю та різняться в залежності від країни/регіону. Аналіз даних [8] дозволив виявити певні закономірності змін та особливості рівнів цих показників у 2009-2019 роках в окремих найбільш розвинених країнах світу (США, Канада, Великобританія,

Таблиця 1. Поширеність, смертність та роки, прожиті з інвалідністю внаслідок ХСК у 2017 році населення світу, з динамікою зміни років, прожитих з інвалідністю, унормованих за віком, за 1990–2007 роки та 2007–2017 роки

Хвороби	Поширеність (випадків, тис.)	Захворюваність (випадків, тис.)	Роки, прожиті з інвалідністю (тис.)	Динаміка зміни років, прожитих з інвалідністю, унормованих за віком, у %	
				1990–2007	2007–2017
ХСК	485 620,9	72 721,2	35 697,3	-5,5	4,5
Ревматичні хвороби серця	39 345,4	1 311,3	1 901,0	7,3	2,4
ІХС	126 451,5	10 636,5	5 291,9	-10,9	-5,2
Серцева недостатність внаслідок ІХС	17 007,2	-	1 388,9	-13,5	-6,4
Інфаркт міокарда внаслідок ІХС	566,4	10 636,5	52,7	-4,2	-14,6
Інсульт	104 178,7	11 931,0	18 695,4	-4,7	11,2
Ішемічний інсульт	82 417,3	7 737,5	14 304,4	-4,1	18,1
Внутрішньо- церебральні крововиливи	17 914,9	3 128,6	2 946,9	6,8	-9,5
ГХ	17 067,7	-	1 408,0	6,0	1,9
Кардіоміопатії					
і міокардити	5 429,9	3 071,0	623,8	-12,6	-3,9
Хвороби периферичних судин	118 123,6	10 811,7	515,6	-8,5	-4,7

Швеція) та країнах Західної, Центральної і Східної Європи (табл. 2).

Як видно з табл. 2, захворюваність на ХСК у всіх визначених країнах і регіонах зростає, як і у всьому світі, окрім Швеції (1,175.05 на 100 тис. нас. у 2009 р., 1,115.91 – у 2019 р.). Однак, рівні захворюваності зберігалися значно нижчими як у 2009 р., так і в 2019 р., у Великій Британії (відповідно 873.88 та 955.82 на 100 тис. нас.), Канаді (відповідно 1,009.61 та 1,119.48 на 100 тис. нас.), США (відповідно 1,028.31 та 1,126.16 на 100 тис. нас.), країнах Західної Європи (відповідно 1,044.89 та 1,107.38 на 100 тис. нас.), у порівнянні з країнами Східної Європи (відповідно 1,545.19 та 1,630.80 на 100 тис. нас.). Проміжні значення займали рівні захворюваності на ХСК у країнах Центральної Європи (1,133.21 та 1,241.98 на 100 тис. нас.).

Високі рівні захворюваності населення на ХСК мали місце в таких країнах Східної Європи, як Республіка Білорусь (1,614.12 на 100 тис. нас. у 2009 р., 1,676.32 на 100 тис. нас. у 2019 р.), Республіка Молдова (відповідно 1,262.13 та 1,433.59 на 100 тис. нас.), Російська Федерація (відповідно 1,470.50 та 1,538.23 на 100 тис. нас.) та Україна (1,782.81 та 1,918.33 на 100 тис. нас.); в останній вони виявились найвищими.

Аналіз динаміки захворюваності за окремими нозологіями з класу ХСК засвідчив, що найвищі її рівні припадали на ІХС, інсульти, кардіоміопатії та міокардити з повторенням диспропорцій у рівнях і динаміці показників, як виявлено для усього класу ХСК в обраних для розгляду регіонах та країнах.

За 10 років, що піддавались аналізу, ХСК у зазначених регіонах та країнах активно накопичувались (табл. 3). Це підтвердило перманентну актуальність і значимість проблеми ХСК, оскільки хворі з хронічними хворобами потребують медичного спостереження, лікувально-діагностичних і реабілітаційних утручань, а отже, вкладення ресурсів, що позначається на економіках країн.

Найвищі, але стабільні рівні поширеності ХСК за досліджуваний період, як видно з табл. 3, відзначені у Швеції (12,037.34 на 100 тис. нас. у 2009 р. та 12,036.06 на 100 тис. нас. у 2019 р.), а найнижчі – у Великій Британії (відповідно 8,844.51 та 9,668.34 на 100 тис. нас.). У США, Канаді та європейських країнах рівні поширеності при загальних тенденціях до зростання коливались у 2019 р. від 11,218.87 на 100 тис. нас. до 12,578.35 на 100 тис. нас. Найвагомий внесок у поширеність класу ХСК належить ІХС, рівень поширеності якої найвищий у країнах Центральної (4,690.62 на 100 тис. нас. у 2009 р. та 5,257.77 на 100 тис. нас. у 2019 р.) та Східної Європи (відповідно 5,541.34 та 6,118.54 на 100 тис. нас.). В Україні рівні поширеності ІХС склали відповідно 6,602.44 та 7,137.08 на 100 тис. нас. й перевищували аналогічні у Республіці Білорусь (5,874.82 на 100 тис. нас. у 2009 р. та 6,108.72 на 100 тис. нас. у 2019 р.), Республіці Молдова (відповідно 4,519.36 та 5,458.46 на 100 тис. нас.) та Російській Федерації (відповідно 5,162.86 та 5,764.51 на 100 тис. нас.).

Стандартизовані за віком показники поширеності ХСК відрізнялись у залежності від статі: у всіх європейських країнах, зокрема, в Україні, вони були вищими серед чоловіків, ніж серед жінок [9] (табл. 4).

Аналогічні статеві відмінності мали місце у США: за скорегованими за віком показниками поширеність ХСК, зокрема, ІХС, гіпертонії та інсульту була також вищою серед чоловіків (11,8 %, 7,2 %, 26,0 % та 3,3 % відповідно), ніж серед жінок (9,5 %, 4,2 %, 23,1 % та 2,5 % відповідно) [10].

Несприятливі епідеміологічні тенденції за географічним критерієм простежуються при співставленні рівнів поширеності й смертності від ХСК. При помірних коливаннях рівнів поширеності ХСК серед населення США, Канади та європейських країн рівні смертності в них істотно відрізняються: у Швеції, Великій Британії, країнах Західної Європи, США та Канаді рівень смертності насе-

Таблиця 2. Захворюваність населення деяких регіонів і країн світу на ХСК та окремі хвороби з класу ХСК за 2009/2019 роки, на 100 тис. відповідного населення

Країна / регіон	Захворюваність за причинами, на 100 тис. відповідного нас., 2009/2019 роки			
	ХСК	ІХС	Інсulti	Міокардити та кардіоміопатії
США	1,028.31/1,126.16	313.63/292.55	134.66/138.95	20.63/23.78
Канада	1,009.61/1,119.48	332.76/356.01	105.82/117.03	24.33/26.75
Країни Західної Європи	1,044.89/1,107.38	391.10/412.69	143.28/138.20	23.12/25.11
Країни Центральної Європи	1,133.21/1,241.98	427.58/470.18	262.09/269.38	19.35/21.54
Країни Східної Європи	1,545.19/1,630.80	818.29/845.03	304.04/300.01	20.79/21.93
Велика Британія	873.88/955.82	296.77/324.35	113.81/110.36	22.59/25.12
Швеція	1,175.05/1,115.91	393.01/376.46	166.63/153.79	26.99/28.51
Республіка Білорусь	1,614.12/1,676.32	906.90/924.78	310.44/298.78	19.23/20.07
Республіка Молдова	1,262.13/1,433.59	686.40/760.71	241.63/255.21	17.95/19.61
Російська Федерація	1,470.50/1,538.23	735.37/749.23	314.20/303.96	20.70/21.83
Україна	1,782.81/1,918.33	1,071.90/1,134.31	274.02/289.44	21.71/22.77

лення від ХСК був нижчим приблизно вдвічі, порівняно з аналогічним у країнах Центральної та Східної Європи (табл. 5).

Найвищі показники смертності від ХСК серед досліджуваних країн Східної Європи відмічалися в Україні: 947.94 на 100 тис. нас. у 2009 р. та 1,020.33 на 100 тис. нас. у 2019 р. при відповідних показниках у Республіці Білорусь 835.95 та 792.98 на 100 тис. нас., Республіці Молдова – 657.68 та 635.48 на 100 тис. нас., Російській Федерації – 795.48 та 684.94 на 100 тис. нас. Характерно, що за наявності високого рівня смертності спостерігалось його зниження за період 2009-2019 років в усіх зазначених країнах, крім України, де він продовжував зростати.

Систематичними дослідженнями доведено, що запобіжними причинами смертності людства від ХСК є

поведінкові фактори ризику по відношенню до здоров'я (куріння тютюну, надмірне вживання алкоголю, низька фізична активність, нераціональне харчування, високий індекс маси тіла), а також інші фактори, які безпосередньо впливають на здоров'я (високі рівні холестерину і глюкози в крові та високий артеріальний тиск) [11-13].

Епідеміологічними дослідженнями виявлені нові фактори ризику ХСК: клінічні й субклінічні системні запальні процеси; хронічні хвороби нирок; мікроальбумінурія; підвищений рівень ліпопротеїну А; апное уві сні; протромботичні чинники [10].

Немодифікованими факторами ризику ХСК визнані сімейний анамнез, стать і вік, зокрема, поширеність ХСК значно збільшується з кожним десятиліттям життя [14]. Зрозуміло, що ці фактори ризику будуть продовжу-

Таблиця 3. Поширеність ХСК та окремих хвороб з класу ХСК серед населення деяких регіонів і країн світу за 2009/2019 роки, на 100 тис. відповідного населення

Країна/регіон	Поширеність за причинами, на 100 тис. відповідного нас., 2009/2019 роки				
	ХСК	ІХС	ГХС	Інсульти	Міо-кардити та кардіо-міопатії
США	10,780.24/12,095.06	2,546.22/2,703.60	416.20/ 453.71	1,985.44/2,162.13	267.98/286.99
Канада	10,531.64/11,771.44	2,706.79/3,054.48	134.16/143.35	1,462.32/1,671.56	211.34/217.80
Країни Західної Європи	10,283.30/11,218.87	3,288.80/3,611.52	260.85/297.58	1,264.00/1,282.48	146.85/168.03
Країни Центральної Європи	10,999.67/12,578.35	4,690.62/5,257.77	318.03/343.54	1,923.98/2,024.17	174.48/194.36
Країни Східної Європи	10,710.60/11,966.64	5,541.34/6,118.54	90.37/ 94.72	2,069.07/2,056.99	111.64/100.80
Велика Британія	8,844.51/9,668.34	2,676.30/2,938.93	96.66/105.12	1,097.54/1,068.46	47.31/52.05
Швеція	12,037.34/12,036.06	3,436.72/3,562.51	337.26/364.43	1,696.73/1,724.57	213.14/241.04
Республіка Білорусь	10,711.92/11,590.02	5,874.82/6,108.72	47.65/ 47.56	2,105.14/ 2,029.77	65.66/ 73.80
Республіка Молдова	8,520.71/10,363.39	4,519.36/5,458.46	132.29/ 151.53	1,529.84/ 1,614.79	47.99/ 64.18
Російська Федерація	10,455.84/11,721.72	5,162.86/5,764.51	110.74/114.22	2,121.30/ 2,058.87	116.61/ 101.97
Україна	11,463.17/12,679.43	6,602.44/7,137.08	20.07/ 20.82	1,958.71/ 2,103.90	108.78/ 100.72

Таблиця 4. Рівні поширеності ХСК в залежності від статі, в країнах Європи, Європейського Союзу та України, за стандартизованими за віком показниками, у 2015 році, на 100 тис. населення відповідної статі

Країна	Усі ХСК	ІХС	Інсульти	Хвороби периферійних судин	Інші ХСК
<i>Чоловіки</i>					
Країни ЄС	6,308	2,016	478	2,476	1,243
Країни Європи	7,147	2,895	603	2,604	1,226
Україна	8,801	5,852	908	3,050	77
<i>Жінки</i>					
Країни ЄС	4,921	1,127	430	2,372	934
Країни Європи	5,612	1,692	597	2,515	919
Україна	6,499	3,146	909	2,930	87

вати формувати рівень смертності населення світу від ХСК. Однак запобіжні традиційні фактори ризику впливають більш як на 80,0 % підвищеного ризику смертності від ХСК на популяційному рівні [15].

Результати аналізу рівнів смертності населення від ХСК, обумовлених поведінковими, метаболічними факторами ризику та високим рівнем артеріального тиску, доводять, що найвагомий вплив на смертність населення країн і регіонів, обраних до розгляду, здійснюють артеріальна гіпертензія та нерациональне харчування, далі слідує фактори ризику метаболічного характеру – високі рівні холестерину та глюкози в крові; завершують рейтинг високий індекс маси тіла, куріння тютюну та надмірне вживання алкоголю (табл. 6, 7).

Найвищі рівні смертності від ХСК, обумовлені визначеними факторами ризику, незважаючи на зменшення показників у 2019 році, у порівнянні з 2009 роком, реєструвалися в країнах Східної Європи: 448.03 на 100 тис.

нас. у 2009 р., 415.27 на 100 тис. нас. у 2019 р. – внаслідок високого рівня артеріального тиску; відповідно 337.66 на 100 тис. нас. та 307.32 на 100 тис. нас. – внаслідок нерационального харчування; відповідно 277.75 на 100 тис. нас. та 258.40 на 100 тис. нас. – внаслідок високого рівня холестерину в крові; відповідно 123.63 на 100 тис. нас. та 117.49 на 100 тис. нас. – внаслідок високого рівня глюкози в крові.

Високий індекс маси тіла населення країн Східної Європи був причиною смертності від ХСК на рівні 190.21 на 100 тис. нас. у 2009 р. та 176.72 на 100 тис. нас. – у 2019 р., куріння тютюну – на рівні відповідно 163.50 на 100 тис. нас. та 142.82 на 100 тис. нас., а надмірне вживання алкоголю – відповідно на рівні 47.84 на 100 тис. нас. та 23.46 на 100 тис. нас.

У Швеції, Великій Британії, Канаді, США, країнах Західної Європи аналогічні за факторами ризику рівні смертності були у 2-3 рази нижчими, в залежності від

Таблиця 5. Смертність населення деяких регіонів і країн світу від ХСК та окремих хвороб з класу ХСК за 2009/2019 роки, на 100 тис. відповідного населення

Країна/регіон	Смертність за причинами, на 100 тис. відповідного нас., 2009/2019 роки			
	ХСК	ІХС	ГХС	Інсульти
США	268.76/291.93	161.80/170.03	13.37/16.15	52.03/ 57.76
Канада	205.80/226.30	125.66/133.55	3.02/4.29	46.16/50.60
Країни Західної Європи	309.75/328.65	150.99/152.82	18.26/23.27	81.95/84.85
Країни Центральної Європи	569.04/604.23	293.46/310.03	36.14/42.64	186.72/187.70
Країни Східної Європи	825.43/761.23	500.63/469.86	12.53/11.74	241.04/216.81
Велика Британія	287.71/279.84	148.29/138.94	6.08/7.29	79.04/75.32
Швеція	402.91/353.01	225.55/185.62	13.24/16.86	97.21/82.19
Республіка Білорусь	835.95/792.98	599.65/574.88	5.03/4.02	196.81/177.95
Республіка Молдова	657.68/635.48	443.58/416.64	20.88/43.13	172.29/152.47
Російська Федерація	795.48/684.94	440.30/383.46	15.01/12.55	258.87/223.48
Україна	947.94/1,020.33	681.80/739.91	2.15/2.60	209.41/213.13

Таблиця 6. Смертність населення деяких регіонів і країн світу, обумовлена факторами ризику ХСК за 2009/2019 роки, на 100 тис. відповідного населення

Країна/регіон	Рівень смертності, обумовлений факторами ризику, на 100 тис. відповідного нас., 2009/2019 роки		
	вживання тютюну	надмірне вживання алкоголю	нерациональне харчування
США	48.33/46.07	3.11/ 4.75	99.45/105.10
Канада	37.11/ 33.12	0.74/1.65	73.27/76.89
Країни Західної Європи	44.34/ 38.20	9.64/ 9.95	96.98/ 98.51
Країни Центральної Європи	112.32/100.54	15.88/16.30	242.94/249.32
Країни Східної Європи	163.50/ 142.82	47.84/23.46	337.66/ 307.32
Велика Британія	54.19/42.49	-0.79/-0.69	100.24/94.79
Швеція	54.42/44.14	4.76/ 6.91	139.86/ 115.28
Білорусь	176.87/153.22	25.81/19.01	398.08/ 368.60
Республіка Молдова	117.27/101.92	2.31/7.80	281.54/255.72
Російська Федерація	159.49/129.76	61.98/28.13	318.21/ 268.09
Україна	184.15/193.51	16.20/11.41	397.29/430.66

фактору, що вказало на більш здорову поведінку населення в цих країнах та резервні можливості для населення країн Східної Європи позбавитись значної частини запобіжних випадків смертності за прикладом розвинених країн Європи та світу.

Населення України через показники смертності від ХСК, обумовлені факторами ризику, демонструє найгірші зразки нездорової поведінки, у порівнянні з іншими країнами та регіонами, зокрема, Республікою Білорусь, Республікою Молдова та Російською Федерацією з підвищенням показників смертності за період з 2009 р. по 2019 р.: внаслідок нерационального харчування – відповідно з 397.29 на 100 тис. нас. до 430.66 на 100 тис. нас.; внаслідок високого індексу маси тіла – відповідно з 217.58 на 100 тис. нас. до 236.18 на 100 тис. нас.; з причини куріння тютюну – відповідно з 184.15 на 100 тис. нас. до 193.51 на 100 тис. нас. Лише рівень смертності від надмірного вживання алкоголю в Україні зменшився з 16.20 на 100 тис. нас. до 11.41 на 100 тис. нас. та був значно нижчим, ніж у Російській Федерації (61.98 на 100 тис. нас. у 2009 р., 28.13 на 100 тис. нас. у 2019 р.) та Республіці Білорусь (відповідно 25.81 та 19.01 на 100 тис. нас.).

Однак, найвагоміший вплив на рівень смертності населення України здійснюють, як і в інших досліджуваних країнах та регіонах, високий рівень артеріального тиску та метаболічні фактори ризику, які відрізняються високими значеннями та зростанням за 2009-2019 роки: смертність за рахунок високого артеріального тиску – відповідно з 494.88 на 100 тис. нас. до 536.51 на 100 тис. нас.; високого рівня холестерину – відповідно з 345.98 на 100 тис. нас. до 373.13 на 100 тис. нас. й глюкози в крові – відповідно з 134.85 на 100 тис. нас. до 143.23 на 100 тис. нас.

Проведений аналіз показує, що потенціал управління факторами ризику ХСК тривалий час залишається

повною мірою невикористаним в країнах Центральної та Східної Європи, зокрема, в Україні. На думку дослідників, фактори ризику часто залишаються невиявленими, мотивація пацієнтів і прихильність до терапії недостатніми, а лікарі загальної практики-сімейні лікарі далеко не всі, а менше 50,0 % з них оцінюють загальний ризик ХСК для своїх пацієнтів, і лише близько 36,0-57,0 % лікарів загальної практики в Європі дотримуються рекомендацій щодо застосування заходів профілактики ХСК серед пацієнтів [16; 17].

Високий рівень поширеності ХСК лягає важким тягарем на системи охорони здоров'я та економіки країн. Так, у 2014 – 2015 рр. у США орієнтовні прямі витрати у зв'язку з ХСК склали 213,8 млрд. доларів США, а розрахункові непрямі витрати – 237 млрд. доларів на рік з прогнозом збільшення до 368 млрд. доларів до 2035 року [10; 18].

За оцінками [9; 19], ХСК обходяться економіці країн Європейського Союзу у 210 млрд. євро в рік.

Виходячи з вищезазначеного аналізу даних, можна зробити висновки, що в Україні існує гостра потреба в удосконаленні як популяційних, так і індивідуальних стратегій профілактики, оскільки проблема запобіжної смертності від ХСК пов'язана в першу чергу з поведінковими факторами ризику населення. Держава несе відповідальність за здоров'я населення країни та має бути зацікавлена у збереженні людського капіталу, що потребує необхідного перегляду існуючих політик і програмних заходів щодо постійної мотивації та забезпечення доступу населення до здорового харчування, фізичної активності, відмови від куріння тютюну та надмірного споживання алкоголю.

На сьогодні в Україні діє Закон від 22 вересня 2005 року № 2899-IV «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідли-

Таблиця 7. Смертність населення деяких регіонів і країн світу, обумовлена факторами ризику ХСК за 2009/2019 роки, на 100 тис. відповідного населення

Країна/регіон	Рівень смертності, обумовлений факторами ризику, на 100 тис. відповідного населення, 2009/2019 роки			
	високий індекс маси тіла	високий рівень систолічного АТ	високий рівень глюкози в крові	високий рівень холестерину в крові
США	60.05/ 67.32	121.17/ 129.63	67.51/76.19	70.56/69.01
Канада	36.92/40.59	89.70/ 99.81	29.47/44.58	58.79/61.36
Країни Західної Європи	46.99/49.49	155.20/161.84	66.80/ 71.62	78.97/ 79.87
Країни Центральної Європи	130.22/135.78	332.88/335.04	123.45/140.73	160.43/164.17
Країни Східної Європи	190.21/176.72	448.03/415.27	123.63/117.49	277.75/258.40
Велика Британія	47.23/46.50	130.71/123.10	68.33/73.26	77.57/71.45
Швеція	52.00/ 49.81	206.32/177.38	83.32/ 73.84	113.53/ 92.09
Беларусь	181.87/177.64	491.15/461.55	112.29/106.69	273.51/261.07
Республіка Молдова	151.82/158.62	404.16/402.22	117.95/101.41	184.18/175.74
Російська Федерація	184.24/159.43	432.81/375.12	122.43/111.79	260.65/226.43
Україна	217.58/236.18	494.88/536.51	134.85/143.23	345.98/373.13

вого впливу на здоров'я населення», однак ефективність його впливу сумнівна, виходячи з даних про рівень смертності населення від ХСК, пов'язаних з курінням тютюну. Закон України від 24 грудня 1993 року № 3808-ХІІ «Про фізичну культуру і спорт» останній раз переглядався 21.06.2001. Окремого закону про запобігання п'янству та алкоголізму в Україні немає, а відповідальність за вживання алкогольних напоїв у публічних місцях та появу в нетверезому стані регулює Кодекс України про адміністративні правопорушення (ст. 178-180). На законодавчому рівні не регулюється виробництво та споживання продуктів, що містять вільний цукор та насичені жири, обмеження реклами на нездорову їжу. Загалом на державному рівні відсутній комплексний підхід до регулювання здорової поведінки населення, незважаючи на те, що остання впливає не лише на рівень інвалідності й смертності від ХСК, але й інших хронічних неінфекційних захворювань, які провідним чином формують популяційне здоров'я (хронічні обструктивні хвороби легень, онкологічні хвороби, діабет, хвороби кістково-м'язової системи та інші).

Відповідальність за профілактичні стратегії держава має розподіляти з професіоналами сфери охорони здоров'я в частині забезпечення індивідуальної профілактики з урахуванням персональних факторів ризику, діагностика яких є завданням, у першу чергу, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, а також лікарів-кардіологів. Вторинна й третинна профілактика ХСК мають тісно сполучатись з реабілітаційними заходами за індивідуальною програмою, що сприятиме ефективному відновленню та запобіганню прогресування патологічного процесу.

Висновки

Вплив хвороб системи кровообігу на здоров'я населення світу постійно зростає, що підтверджує перманентність проблеми та вимагає постійної уваги та дієвих заходів з боку урядів країн і систем охорони здоров'я.

Десятиліттями спостерігається накопичення хвороб системи кровообігу в популяції, обумовлене немодифікованими й модифікованими факторами ризику; останні призводять до передчасної інвалідності та смертності.

В Україні зберігається вкрай несприятлива епідемічна ситуація щодо ХСК внаслідок високого рівня смертності від ХСК, пов'язаної з ризикованою поведінкою населення. За умов фрагментарного й непослідовного законодавчого регулювання факторів ризику запобіжної смертності від хвороб системи кровообігу це вимагає невідкладного перегляду державної політики в напрямку удосконалення популяційних та індивідуальних стратегій профілактики хвороб системи кровообігу та одночасного запровадження, в комплексі із вторинною та третинною профілактикою, реабілітаційних заходів на індивідуальному рівні.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. *Noncommunicable diseases country profiles 2014.* World Health Organization: Geneva, 2014. 214 p.
2. *Global status report on noncommunicable diseases 2014.* World Health Organization: Geneva, 2014. 302 p.
3. *Сердечно-сосудистые заболевания.* Всемирная организация здравоохранения: глобальный веб-сайт. URL: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/ru/ (дата звернення: 10.04.2021).
4. Коваленко В. М., Дорогой А. П. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні. Український кардіологічний журнал. 2016. № 4, додаток 3: матеріали XVII Національного конгресу кардіологів України. С. 5-14.
5. *Кількість померлих за окремими причинами смерті.* Архів. Державна служба статистики України: веб-сайт. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/ds/krops/krops_u/arh_krops2020_u.html. (дата звернення: 10.04.2021).
6. Саханда І. В., Негода Т. С., Сятиня М. Л. Фактори ризику виникнення, структура і динаміка розвитку серцево-судинної захворюваності населення України. Ліки України. 2015. № 4 (25). С. 116–118.
7. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.* GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. *The Lancet*, 2018. Vol. 392, Issue 10159, P. 1789–1858. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
8. *Global Health Data Exchange: web-site.* URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (дата звернення: 10.04.2021).
9. *European Cardiovascular Disease Statistics 2017 /* Wilkins E. et al. *European Heart Network.* Brussels, 2017. 192 p.
10. *Heart disease and stroke statistics—2020 update: A report from the American Heart Association /* S. S. Virani et al. *Circulation*, 2020. Vol. 141, No. 9 Mar 3; Pages E139–E596. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>.
11. *Heart Disease and Stroke Statistics—2018 update: A Report From the American Heart Association /* E. J. Benjamin et al. *Circulation*, 2018. Vol. 137, No. 12 Jan 31; Pages e67–e492. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000558>.
12. *US Preventive Services Task Force. Risk Assessment for Cardiovascular Disease With Nontraditional Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement /* S. J. Curry et al. *JAMA*, 2018. Jul 17. № 320(3). P. 272–280.
13. Karunathilake S. P., Ganegoda G. U. *Secondary Prevention of Cardiovascular Diseases and Application of Technology for Early Diagnosis.* *Biomed Res Int.* 2018. 2018:5767864. Published 2018 May 8. doi:10.1155/2018/5767864.
14. Trepanowski J. F., Ioannidis JPA. *Perspective: Limiting Dependence on Nonrandomized Studies and Improving Randomized Trials in Human Nutrition Research: Why and How.* *Adv Nutr.* 2018 Jul 01. № 9(4). P. 367–377.
15. *Cardiovascular Diseases in Central and Eastern Europe: A Call for More Surveillance and Evidence-Based Health Promotion /* N. K. Movsisyan et al. *Annals of Global Health*, 2020. № 86(1)21, P.1–10. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.2713/>.

16. Francula-Zaninovic S., Nola I. A. Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. *Curr Cardiol Rev.*, 2018. № 14(3). P. 153-163. doi: 10.2174/1573403X14666180222102312.

17. Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen / J.H. Prochaska et al. *Herz.*, 2018 Feb; № 43(1). P. 87-100. doi: 10.1007/s00059-017-4669-8.

18. American Heart Association. Projected Costs of Informal Caregiving for Cardiovascular Disease 2015 to 2035: A Policy Statement From the American Heart Association /

S. B. Dunbar et al. *Circulation*, 2018. Volume 137, Issue 19, May 08. № 137 (19). P. e558-e577. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000570>.

19. Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? OECD and The King's Fund Workshop Proceedings: Paris, 2020. 82 p. <https://doi.org/10.1787/47a04a11-en>.

Отримано / Received 01.02.2021

Рецензовано / Revised 08.02.2021

Прийнято до друку / Accepted 17.02.2021 ■

T. V. Mostepan¹, O. G. Shekera^{1,2}, V. V. Horachuk¹, M. M. Dolzhenko¹

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²International Public Organization «International Association «Health of Society», Kyiv, Ukraine

HEART DISEASE AS A PERMANENT PROBLEM

Abstract. Background. Chronic noncommunicable diseases remain actual for a long time due to their impact on life expectancy and health of the world's population. Heart diseases as representatives of chronic non-infectious diseases are extremely actual. They remain the leading cause of disability and premature death for humankind. The purpose of the study: to analyze the incidence and mortality of the population from heart diseases in certain developed countries of the world, European countries, in particular in Ukraine, the risk factors that cause them, and to determine possible directions of preventive and rehabilitation strategies to improve the epidemic situation in Ukraine. **Materials and methods.** Data from meta-analyses and systematic reviews from academic databases; data from state and health care statistics; methods: bibliosemantic, comparative, medical and statistical analysis, generalization. **Results.** It was found that the number of years lived by mankind with disabilities increased by 4.5 % over 10 years due to heart diseases. It is shown that the level of morbidity and mortality is significantly higher in the countries of Central and Eastern Europe, in particular, in Ukraine, in comparison with

Sweden, Great Britain, Canada, the USA and Western European countries. It was revealed that the highest levels of mortality caused by risk factors for the population of all these countries and regions are associated with High Blood Pressure, nutrition, High Blood Cholesterol, however, in terms of values, they significantly prevail in the countries of Eastern Europe, in particular, in Ukraine, with an increase over 2009 – 2019 due to High Blood Pressure – from 494.88 to 536.51 per 100 thousand people, nutrition – from 397.29 to 430.66 per 100 thousand people, High Blood Cholesterol – from 345.98 to 373.13 per 100 thousand people. The population and personal strategies for the prevention of heart diseases and rehabilitation of patients depending on the clinical condition in Ukraine have been substantiated. **Conclusions.** The impact of heart diseases on the population health is constantly increasing. It confirms the permanence of the problem and requires constant attention and effective measures from the governments of countries and health systems.

Keywords: public health; heart diseases; risk factors; preventive and rehabilitative strategies

Мостепан Т. В.¹, Шекера О. Г.^{1,2}, Горачук В. В.¹, Долженко М. Н.¹

¹Национальный университет здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

²Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», г. Киев, Украина

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ПЕРМАНЕНТНАЯ ПРОБЛЕМА

Резюме. Актуальность. Хронические неинфекционные заболевания длительное время сохраняют свою актуальность, поскольку продолжают влиять на состояние жизни и здоровья населения мира. Среди них чрезвычайно актуальными являются болезни системы кровообращения, поскольку они остаются основной причиной инвалидности и преждевременной смертности человечества. **Цель исследования:** провести анализ заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения в отдельных развитых странах мира, европейских странах, в частности в Украине, факторов риска, которые их обуславливают, и определить возможные направления профилактических и реабилитационных стратегий по улучшению эпидемической ситуации в Украине. **Материалы и методы.** Данные мета-анализов и систематических обзоров из академических баз данных, государственной и отраслевой статистики; методы: библиосемантический, сравнительного, медико-статистического анализа, обобщения. **Результаты.** Установлено, что количество лет, прожитых человечеством с инвалидностью вследствие болезней системы кровообращения, увеличилось за 10 лет на 4,5 %. Показано, что уровень заболеваемости и смертности значительно выше в странах Центральной и Восточной Европы, в частности, в Украине, по

сравнению со Швецией, Великобританией, Канадой, США и странами Западной Европы. Выявлено, что самые высокие уровни смертности, обусловленной факторами риска, для населения всех этих стран и регионов связаны с артериальной гипертензией, нерациональным питанием, высоким уровнем холестерина в крови, однако по значениям они существенно преобладают в странах Восточной Европы, в частности, в Украине, с возрастанием за 2009- 2019 гг. за счет высокого артериального давления – с 494.88 до 536.51 на 100 тыс. нас., нерационального питания – с 397.29 до 430.66 на 100 тыс. нас., высокого уровня холестерина – с 345.98 до 373.13 на 100 тыс. нас. Обоснованы стратегии профилактики болезней системы кровообращения на популяционном и персональном уровнях и реабилитации больных в зависимости от клинического состояния в Украине. **Выводы.** Влияние болезней системы кровообращения на здоровье населения постоянно возрастает, что подтверждает перманентность проблемы и требует постоянного внимания и действенных мер со стороны правительств стран и систем здравоохранения.

Ключевые слова: здоровье населения; болезни системы кровообращения факторы риска; профилактические и реабилитационные стратеги