

ЗАСНОВНИКИ

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

Головний редактор – Миронюк І.С.
Заступник головного редактора – Слабкий Г.О.
Відповідальні редактори – Брич В.В., Ситенко О.Р.
Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Гуцол І.Я. (Ужгород), Білак-Лук'янчук В.Й. (Ужгород), Кабацій Н.О. (Ужгород), Левко Л.В. (Ужгород)
Інформаційний супровід, дизайн та підтримка – Кривенко Є.М.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Афанасьєв С.М. Васильєв К.К. Вежновець Т.А. Горачук В.В.	Грузєва Т.С. Децик О.З. Ковальова О.М. Короп О.А.	Лехан В.М. Любінець О.В. Матюха Л.Ф.	Медведовська Н.В. Овоц А. Одинець Т.Є. Рачкевич Д.	Сигіт К. Сміянов В.А. Урбаніак М. Шатило В.Й.
---	--	---	---	--

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Алипова О.Є. (Запоріжжя, Україна), **Беловічкова М.** (Братислава, Словаччина), **Ванцак П.** (Братислава, Словаччина), **Гойда Н.Г.** (Київ, Україна), **Голованова І.А.** (Полтава, Україна), **Голубчиков М.В.** (Київ, Україна), **Жарова І.О.** (Київ, Україна), **Жилка Н.Я.** (Київ, Україна), **Клименко В.І.** (Запоріжжя, Україна), **Лашкул З.В.** (Запоріжжя, Україна), **Лемко І.С.** (Ужгород, Україна), **Михалюк Є.Л.** (Запоріжжя, Україна), **Моїсєнко Р.О.** (Київ, Україна), **Нагорна А.М.** (Київ, Україна), **Ніканоров О.К.** (Київ, Україна), **Огнєв В.А.** (Харків, Україна), **Парій В.Д.** (Київ, Україна), **Рогач І.М.** (Ужгород, Україна), **Толстанов О.К.** (Київ, Україна), **Чепелевська Л.А.** (Київ, Україна)

Журнал включено до категорії «Б» Переліку наукових фахових видань України за медичними спеціальностями – 222, 223, 227, 229 (наказ Міністерства освіти і науки України від 02.07.2020 р. № 886).

Видання індексується BASE (Bielefeld Academic Search Engine), CrossRef, Google Scholar та «Україніка наукова».

Вебсайт журналу:

healty-nation.uzhnu.edu.ua

Рекомендовано до друку Вченою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Протокол № 9 від 30.09.2021 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 1 жовтня 2021 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 4125

Видавець:

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»
Адреса: пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна

Видавник:

«СПД ФО «Коломідин В.Ю.»
Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95, тел./факс +380 44 501-35-69
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовані. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

FOUNDERS

Public Establishment “Ukrainian Institute of Scientific Research of Ministry of Health of Ukraine”
Higher State Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Dental Academy”
State University “Uzhhorod National University”

Chief Editor – Myronyuk I.S.

Deputy Chief Editor – Slabkiy G.O.

Executive Editors – Brych V.V., Sytenko O.R.

Secretariat – Belikova I.V. (Poltava), Butenko I.V. (Kyiv), Hutsol I.Ya. (Uzhhorod),
Bilak-Lukianchuk V.Y. (Uzhhorod), Kabatsiy N.O. (Uzhhorod), Levko L.V. (Uzhhorod)

Informational support, design and layout – Kryvenko Ye.M.

EDITORIAL COLLEGIUM

Afanasiev S.M.
Vasyliov K.K.
Vezhnovets T.A.
Gorachyuk V.V.

Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.
Kovaliova O.M.
Korop O.A.

Lekhan V.M.
Liubinets O.V.
Matiukha L.F.

Medvedovska N.V.
Ovoc A.
Odynets T.E.
Rachkevich D.

Sygit K.
Smilianov V.A.
Urbaniak M.
Shatylo V.Y.

EDITORIAL BOARD

Alypova O.E. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Belovicova M.** (Bratislava, Slovakia), **Vansac P.** (Bratislava, Slovakia), **Hoida N.G.** (Kyiv, Ukraine),
Golovanova I.A. (Poltava, Ukraine), **Golubchikov M.V.** (Kyiv, Ukraine), **Zharova I.E.** (Kyiv, Ukraine), **Zhylka N.Ya.** (Kyiv, Ukraine),
Klymenko V.I. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Lashkul Z.V.** (Zaporizhzhya, Ukraine), **Lemko I.S.** (Uzhhorod, Ukraine),
Mykhaliuk Ye.L. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Moiseenko R.O.** (Kyiv, Ukraine), **Nahorna A.M.** (Kyiv, Ukraine),
Nikanorov A.K. (Kyiv, Ukraine), **Ohniev V.A.** (Kharkiv, Ukraine), **Pariy V.D.** (Kyiv, Ukraine), **Rogach I.M.** (Uzhhorod, Ukraine),
Tolstanov O.K. (Kyiv, Ukraine), **Chepelevska L.A.** (Kyiv, Ukraine)

The journal is included in category “B” of the List of scientific professional publications of Ukraine by medical specialties – 222, 223, 227, 229
(Decree of the Ministry of education and science of Ukraine from 02.07.2020 № 886).

The publication is indexed by BASE (Bielefeld Academic Search Engine), CrossRef, Google Scholar and “Ukrainika scientific”.

Web-site:

healty-nation.uzhnu.edu.ua

It is recommended for print by the Academic Council of the SU “Uzhhorod National University”
Protocol № 9 of 30.09.2021

Address of the Publisher: lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, 02099, Ukraine

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

Signed for publication on October 1, 2021. The total circulation is 100 copies. Order № 4125

Editor:

State University “Uzhhorod National University”

Address: Narodna Square, 3, Uzhhorod, 88000, Ukraine

Publisher:

“SEA NP “Kolomitsyn V.Yu.”

Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC “Medinform”

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

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

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

ЗМІСТ

Громадське здоров'я

Вороненко Ю.В., Кошова С.П., Михальчук В.М., Радичи Я.Ф.
Здоров'я громадян України – важлива складова національної безпеки та потенціалу суверенітету держави 5

Belovičová M., Popovičová M.
Fatty liver disease in social reintegration facilities clients 14

Гребняк М.П., Кірсанова О.В., Таранов В.В., Мікрюкова Н.Г.
Парадигма медичної географії у сучасний період 18

Кальчук Р.Д., Клименко В.І.
Дослідження впливу соціальних факторів на стан психічного здоров'я дорослого населення 24

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Брич В.В., Білак-Лук'ячук В.Й., Рябінчук М.В.
Щодо викладання магістрам громадського здоров'я дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» ... 28

Любінець О.В., Качмарська М.О., Гржибовський Я.Л., Боровець В.А.
Структура та динаміка смертності населення України внаслідок розладів психіки та поведінки 33

Організація і управління охороною здоров'я

Круть А.Г., Толстанов О.К., Горачук В.В.
Моніторинг і оцінка в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги та підходи до їх удосконалення 40

Слабкий Г.О., Дудник С.В.
Характеристика інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні 50

Брич В.В.
Стан кадрового та освітнього забезпечення сфери реабілітаційної допомоги при ураженнях опорно-рухового апарату 58

Клименко І.А., Толстанов О.К.
Оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози (за даними соціологічного опитування) 67

Тодуров І.М., Печиборщ В.П., Якимець В.М., Перехрестенко О.В., Качур О.Ю., Ніконенко А.В., Волянський П.Б., Вороненко В.В., Якимець В.В., Печиборщ О.В.
Розвиток державної служби медицини катастроф в єдиній державній системі цивільного захисту за часи незалежності 73

Лисенко О.С., Вежновець Т.А.
Стан хірургічної стоматологічної допомоги в Україні за умов пандемії COVID-19 87

Медсестринство

Popovičová M., Belovičová M.
Effective communication with the patient as part of nursing care 97

Фізична реабілітація, фізична терапія, ерготерапія

Снівак А.П.
Концептуальні підходи до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини 103

Майкова Т.В., Толстикова Т.М.
Провідні фактори розвитку коксартрозу у поєднанні з остеопенією у жінок 108

Гузак О.Ю., Дуб М.М.
Ефективність технології корекції нефіксованих порушень ОРА у юних спортсменів ігрових видів спорту 116

Потокий Н.Й., Дудащ Г.В., Миронюк І.С.
Доступність послуг з фізичної реабілітації для пацієнтів Закарпатської області з центральною формою анкілозуючого спондилоартриту 121

Наука – практиці охорони здоров'я

Корчинська О.О., Созанська М.А.
Сучасні аспекти ведення пацієнток із аномальними матковими кровотечами 127

Історія медицини

Васильєв К.К., Васильєв Ю.К.
Професор кафедри гігієни, медичинської поліції, медичинської географії та статистики Університета Святого Володимира В.А. Субботин (1844–1898) 133

CONTENT

Public health

Voronenko Y.V., Koshova S.P.,
Mihalchuk V.N., Radysh Y.F.
**Citizens' health of Ukraine is an important component
of national security and potential of state sovereignty** 5

Belovičová M., Popovičová M.
Fatty liver disease in social reintegration facilities clients 14

Grebnyak N.P., Kirsanova E.V.,
Taranov V.V., Mikryukova N.G.
**The paradigm of medical geography
in the modern period** 18

Kalchuk R.D., Klimentko V.I.
**Research on the influence of social factors
on the state of mental health of the adult population** 24

Slabkiy G.O., Myronyuk I.S.,
Brych V.V., Bilak-Lukianchuk V.J., Riabynchuk M.V.
**To the issue of teaching the discipline "Organization
of health care in Ukraine" to masters of public health** 28

Lyubinets O.V., Kachmarska M.O.,
Grzybowski Y.L., Borovets V.A.
**Structure and dynamics of mortality of the population
of Ukraine due to mental and behavioral disorders** 33

Organization and management of health care

Krut A.G., Tolstanov K.O., Gorachuk V.V.
**Monitoring and evaluation in certified quality
management systems of dental care
and approaches to their improvement** 40

Slabkiy G.O., Dudnyk S.V.
**Characteristics of the innovative system of medical-
social care for children up to 5 years in Ukraine** 50

Brych V.V.
**The state of staffing and educational support
in the field of rehabilitation care for disorders
of the musculoskeletal system** 58

Klymenko I.A., Tolstanov O.K.
**Evaluation of the effectiveness
of interdisciplinary interaction in order to provide
medical care to patients with thyroid pathology
(according to sociological survey)** 67

Todurov I.M., Pechyborshch V.P.,
Yakymets V.M., Perekhrestenko A.V.,
Kachur O.Yu., Nikonenko A.V., Volianskiy P.B.,
Voronenko V.V., Yakymets V.V., Pechyborshch O.V.
**Development of the State Disaster Medicine Service
in the unified state system of civil protection
during the years of independence** 73

Lysenko O.S., Vezhnovets T.A.
**Surgical dental care state of Ukraine
in the COVID-19 pandemic context** 87

Nursing

Popovičová M., Belovičová M.
**Effective communication with the patient
as part of nursing care** 97

Physical rehabilitation, physical therapy, ergotherapy

Spivak A.P.
**Conceptual approaches to the organization
of staged rehabilitation of patients who undergone
emergency surgery on the abdominal cavity** 103

Maikova T., Tolstykhova T.
**Leading factors in the development of coxarthrosis
in combination with osteopenia in women** 108

Huzak O.Y., Dub M.M.
**The effectiveness of the technology of correction
of non-fixed disorders of the musculoskeletal system
in young athletes of game sports** 116

Potokiy N.I., Dudash H.V., Myronyuk I.S.
**Availability of physical rehabilitation services
for patients of Transcarpathian region with central form
of ankylosing spondyloarthritis (according to the results
of patient surveys)** 121

Science for health care practice

Korchynska O.O., Sozanska M.A.
**Modern aspects of the management of patients
with abnormal uterine bleeding** 127

History of medicine

Vasyliiev K.K., Vasyliiev Ju.K.
**Professor of the Department of hygiene, medical police,
medical geography and statistics of the University
of Saint Vladimir V.A. Subbotin (1844–1898)** 133

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240802
УДК 614:614.2(477):321.011:325.455

Вороненко Ю.В., Кошова С.П., Михальчук В.М., Радиш Я.Ф.

Здоров'я громадян України – важлива складова національної безпеки та потенціалу суверенітету держави

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

office@nuozu.edu.ua

Вороненко Ю.В., Кошова С.П.,
Михальчук В.М., Радиш Я.Ф.
**Здоровье граждан Украины – важная составляющая
национальной безопасности и мощности
государственного суверенитета**
Национальный университет здравоохранения Украины
имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Voronenko Y.V., Koshova S.P.,
Mihalchuk V.N., Radysh Y.F.
**Citizens' health of Ukraine is an important component
of national security and potential of state sovereignty**
Shupyk National Healthcare University of Ukraine,
Kyiv, Ukraine

*“Суверенітет – це абсолютна і постійна влада”
Жан Боден¹*

*Si vis pacem, para bellum²
(лат. “якщо хочете миру, готуйтеся до війни”)*

Вступ

Здоров'я населення в цивілізованому суспільстві в усі часи було й залишається пріоритетом держави, ООН відносить його до показників, які визначають людський розвиток. Але, коли здоров'я населення розглядається в контексті національної безпеки та оборони, воно набуває ще й стратегічного значення. Історичний досвід свідчить – хвора популяція нездатна відстояти ні свою безпеку, ні свої інші інтереси. Із часом тут відбулися певні еволюційні зміни – на відміну від часів, що минули, зараз більшої уваги слід приділяти психічному здоров'ю. І це цілком зрозуміло – сучасна безпека та оборона держави здійснюється з використанням інформаційних та інших наукоємних технологій, складних машин і пристроїв. Для цього потрібна не тільки відповідна підготовка, а й здатність долати високі нервово-психічні навантаження, до того ж в екстремальних умовах [3].

Як свідчить проведений авторами аналіз літературних джерел, результати численних сучасних

медико-соціальних досліджень підтверджують соціальну обумовленість здоров'я, оскільки стан здоров'я громадян України і національної галузі охорони здоров'я є наглядним відображенням рівня економічного розвитку країни, спрямованості її державної політики, а, головне, – тієї уваги, яка приділяється соціальним питанням і формуванню “людського капіталу”. Однак, відсутність в українському суспільстві ідеології здоров'я³ й свідомого ставлення громадян до необхідності його збереження і зміцнення свідчать про інфляцію здоров'я⁴ у нашій державі. А для України, яка сьогодні перебуває в стадії трансформації всієї системи державного управління, значно ускладнюється процес реалізації змін у системі охорони здоров'я, ефективного управління якою є вагомим внеском у досягнення належних стандартів життя населення і обороноздатність держави.

В українських і зарубіжних дослідників не має сумніву в тому, що проблема “Здоров'я населення і безпека та оборона держави” потребує участі не тільки медиків, а й соціологів, економістів, екологів і, врешті решт, політиків,

¹ Боден (Bodin) Жан, 1530–1596, французький політичний мислитель, ідеолог французького абсолютизму, творець сучасного поняття суверенітету [13].

² Відомий вислів Веґеція з трактату “De Re Militari”. Публій Флавій Веґецій Ренат, більш відомий як просто Веґецій (лат. Publius Vegetius Renatus; кінець IV – початок V ст. н.е.) – давньоримський військовий теоретик, письменник – матеріал з Вікіпедії

³ Ідеологія здоров'я (Health ideology) – система найбільш поширених і усталених поглядів на здоров'я людини в суспільстві, політиці, галузях господарювання, засобах масової інформації – *Авт.*

⁴ Інфляція здоров'я (Health inflation) - знецінення поняття здоров'я, зниження попиту на здоров'я, перевищене використання повсякденного “кредиту” здоров'я за рахунок стресів, паління, гіподинамії – *Авт.*

вона є міждисциплінарною. Складність її полягає, перш за все, у тому, щоб знайти взаємозв'язки та оцінити характер впливу всієї сукупності чинників, а їх, як відомо, безліч. Важко знайти чинник, який би прямо чи опосередковано не впливав на здоров'я, але є вирішальні – детермінанти здоров'я. Серед них: демографічні процеси, відтворення населення, смертність, стан оточуючого й виробничого середовища, поширеність соціально значимих хвороб (хвороби системи кровообігу, онкологічні захворювання, розлад психіки та поведінки, стан репродуктивного здоров'я, травматизм тощо) та соціально небезпечних (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, інфекційні гепатити, алкоголізм, наркоманія тощо). До аналізу повинні бути залучені такі соціальні явища як безробіття, бідність, трудова міграція, рівень освіти, матеріальне забезпечення населення, його добробут. Кожна з названих і багато ще не виокремлених складових має беззаперечний і досить сильний вплив на здоров'я населення та безпеку держави.

Ґрунтуючись на викладеному вище, робимо висновок про те, що збереження здоров'я населення в Україні виходить за рамки сучасного медичного питання і стає загальнодержавною, між секторальною проблемою, яка потребує свого вирішення на національному рівні.

Виклад основного матеріалу

За визначенням провідних фахівців у системі цінностей, які цінує будь-яка цивілізована нація, особливе місце посідає здоров'я людей. Як з погляду формування окремої людської біографії, так і на рівні суспільства важко знайти інший феномен, якому б здоров'я поступалося своєю роллю, глибинним внутрішнім значенням і впливом на різні сторони діяльності. Демографічна криза зумовлює посилення уваги до здоров'я населення, передусім з точки зору відтворення трудових ресурсів України.

Філософський аналіз феноменів здоров'я і хвороби в першу чергу націлений на з'ясування їх взаємозв'язку зі сферою людської волі, з особистим вибором індивіда певного типу свого буття. Під "здоров'ям" у філософії розуміється така форма актуалізації тілесних потенцій, що забезпечує максимум можливостей для самоздійснення людини. При цьому особистісна настанова на здоров'я полягає в позиції "невідчуженої відповідальності за власне буття".

Щодо соціологічного вивчення здоров'я, то воно, перш за все, стосується таких питань, як соціальна обумовленість суспільного здоров'я у системі сенсожиттєвих цінностей особистості. Підкреслимо, що за сучасних умов підвищена увага приділяється саме особистісному ставленню до здоров'я. При цьому акцент робиться на тому, що здоров'я є не тільки найважливішою термінальною цінністю людини, воно має інструментальний характер і часто виступає як єдиний засіб досягнення поставлених цілей, задоволення різноманітних потреб.

Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я України – збереження та зміцнення здоров'я громадян держави –

неможливе без знання основних характеристик, тенденцій та закономірностей стану здоров'я Українського народу. А рівень здоров'я громадян нашої держави є важливою складовою національної безпеки та інтегральним (узагальненим) показником соціальної політики та державного управління в цілому.

Як стверджують дослідники [6], національна безпека України розглядається як сукупність взаємопов'язаних елементів, різномірних за функціональними сферами, важливими складовими якої є політична, економічна, екологічна, технологічна, воєнна, інформаційна та людська (демографічна) безпека (рис.).

На наше глибоке переконання, стан здоров'я громадян – як основа демографічної безпеки, є одним з головних чинників забезпечення високого рівня усіх інших функціональних елементів національної безпеки. Виходячи з цього, здоров'я Українського народу посідає найважливіше місце серед компонентів системи національної безпеки.

Після короткого викладу авторами публікації свого розуміння щодо ролі та місця здоров'я людини у комплексі елементів національної безпеки, зупинимось на короткому аналізі значення здоров'я у забезпеченні потенціалу суверенітету держави.

Обґрунтування і формування дефініції того чи іншого поняття, явища або процесу – одна з найскладніших процедур наукового дослідження. Поширена навіть думка про те, що правильне тлумачення наукових понять вирішує майже половину наукового завдання [14].

У "Тлумачному словнику іншомовних слів" вказується, що категорія "потенціал" має латинське походження і тлумачиться як сукупність усіх наявних засобів, можливостей, продуктивних сил можуть бути використані в будь-якій галузі, ділянці, сфері [7,8].

Відомо, що потенціал суверенітету держави має два значущі компоненти. Перший – воєнно-політичний і фінансово-економічний потенціал, що визначає гранично допустимий статус держави у світовій політиці та на глобальних економічних і фінансових ринках. Другий – політичний, соціальний і економічний потенціал, що визначає гранично допустимий рівень задоволення соціальних очікувань громадян і населення країни [5].

Таким чином, визначальними у структурі державного суверенітету є дві складові. До першої відносяться можливості у вигляді воєнного, політичного і структурного потенціалу, ступінь державності, тобто імідж держави, можливості її економіки у світовому господарстві. Друга складова – можливості задоволення інтересів держави та його інститутів, соціальних потреб.

Суверенітет – це історично сформована унікальна конфігурація влади. Але влада держави є такою, що не може поєднуватися з владою іншої держави на одному демографічному і територіальному полі. Тут володарює або одна, або інша держава. Саме в цьому проявляється виключність суверенітету. Саме цим пояснюється необхідність постійно займатися проблемами державного суверенітету, адже в сучасному світі суверенітети не скасовуються, а зміцнюються.

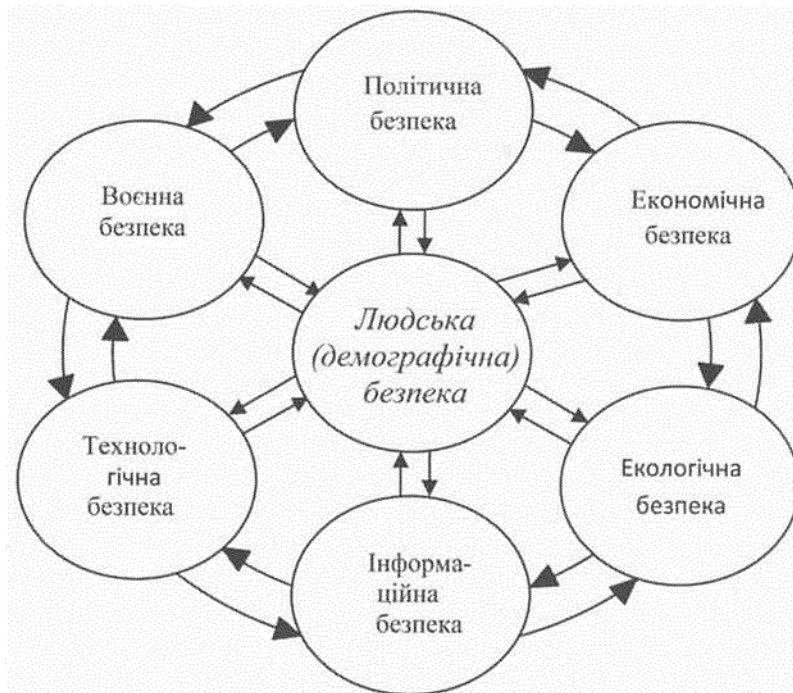


Рис. Функціональні елементи системи національної безпеки України

Поняття “державний суверенітет” традиційно розглядають в контексті забезпечення національної безпеки. Але зміна поглядів на місце та роль держави, як політичного інституту в сучасній світовій політиці, зумовлює необхідність розглянути проблему забезпечення національної безпеки у контексті співвідношення національного та державного інтересу, а також міжнародного і національного інтересу.

За часів колишнього СРСР поняття “національна безпека” більшою мірою ототожнювалося з поняттям “державна безпека” (основними компонентами останньої виступали зовнішня безпека та воєнна безпека). Це знаходило свій прояв в ототожненні понять “національний інтерес” та “державний інтерес”, а також у назві відповідних органів, на які покладалася функція та повноваження, спрямовані на забезпечення національної безпеки в тогочасному її розумінні (зокрема, Комітет державної безпеки).

Аналіз показує – в умовах зростання інтенсивності процесів глобалізації, всебічна оцінка співвідношення національного і державного інтересу є ключовою передумовою розуміння зміни поглядів на місце і роль сучасної держави в суспільному розвитку.

Відомо, що поняття “державна”, будучи на сьогодні основною й вищою формою політичного життя суспільства, передбачає наявність як мінімум трьох компонентів: нації, території та державного суверенітету. Тому не випадково у західних наукових школах поняття “національна безпека” практично тотожне поняттю “державна безпека”. Але це не може свідчити про відсутність грані між національною й державною безпекою.

Основу сучасної системи міжнародних відносин утворює система національних держав, хоча

національності, які виступають в державній оболонці розрізняються між собою рівнями свого розвитку, національної консолідації й гомогенності.

Звичайно, як форма організації суспільства, держава володіє значною самостійністю і незалежністю щодо пануючої в даному суспільстві системи політичних і соціально-економічних відносин. Але варто погодитися з тими, які стверджують, що держава має дві іпостасі (змістовні складові) – вона абстрактна й одночасно історично-конкретна.

Суспільство, яке утворило національну державу, відстоює за її допомогою своє право бути рівноправним суб’єктом міжнародних відносин. Тому в своєму абстрактному значенні, держава намагається посісти гідне місце серед інших держав на міжнародній арені. Тобто держава потрібна для найбільш органічного входження в загальнолюдську спільноту. Це, безумовно, передбачає розробку та здійснення відповідної державної політики національної безпеки.

Одночасно, у будь-якій конкретно-історичний момент свого розвитку, держава – це арена і предмет внутрішньополітичної боротьби різних суспільних груп і прошарків суспільства у межах існуючої соціально-економічної та політичної системи.

При цьому соціальні групи, які знаходяться при владі розглядають державу, як головне знаряддя своєї влади. Намагаючись забезпечити власну безпеку, вони оберігають безпеку держави від посягань з боку інших соціальних груп і, таким чином, вкрай зацікавлені у політичній стабільності, що є однією із передумов забезпечення національної безпеки.

Тобто у цьому випадку держава (завдяки зусиллям соціальної групи, яка знаходиться при владі) забезпечує свою безпеку, виходячи із власних інтересів, які проте не

обов'язково співпадають з національними інтересами (якщо розуміти під ними хоча б інтереси більшої частини нації).

Таким чином необхідно проводити чітку грань між національною та державною безпекою. Остання відображає неоднозначний характер сутності держави, яка, як правило, виникає й успішно функціонує за умови зацікавленості у ній всіх соціальних груп і прошарків. При цьому за своєю суттю поняття національна і державна безпека можуть співпадати, а можуть і розрізнятися, коли національні інтереси не співпадають з державними інтересами (як їх уявляє політична сила, яка перебуває при владі). У загальному ж випадку державна безпека є компонентом національної безпеки. З іншого боку, держава потрібна для належного представлення та захисту інтересів нації (у загальному випадку – інтересів населення, яке проживає на певній території) у загальнолюдській спільноті. Тому важливим завданням є забезпечення державного суверенітету, суть якого полягає у верховенстві та незалежності державної влади при вирішенні всіх питань внутрішньої та зовнішньої політики [6].

Але концепція державного суверенітету сьогодні зазнає суттєвих еволюційних змін. Головним чином під кутом таких транснаціональних та взаємопов'язаних дискурсів як демократія, лібералізм та права людини.

Зокрема, у теорії та практиці набуває все більшого визнання концепція так званого “гуманітарного втручання” з боку міжнародного співтовариства, якщо мають місце масові порушення прав людини “суверенною державою”. Вказану концепцію інколи ще називають “новим ліберальним імперіалізмом”.

Звичайно, порушення прав і свобод людини в різних куточках нашої планети, як правило, мають драматичні наслідки для міжнародного співтовариства. Тому це питання сьогодні є ключовим на порядку денному в міжнародних відносинах. Все більше стає противників щодо абсолютного права держав діяти на своїй території так, як їм заманеться, коли це стосується прав і свобод її громадян.

Саме тому питання економіки, законотворчості та оборони все більше стають предметом міжнародних домовленостей і угод, а територіальні кордони у вказаному контексті значною мірою втрачають своє значення. Одночасно держава поступово втрачає і свою невід’ємну монополію на застосування насилля.

Але необхідно підкреслити, сказане не означає, що національна само-свідомість, демократичні інститути, національне законодавство (щодо регулювання міграційних потоків, боротьби з організованою злочинністю, соціальних питань тощо) як і раніше не входять до сфери компетенції окремих держав.

З іншого боку, варто зазначити, що абсолютною “вищою владою” чи “незалежністю”, тобто абсолютним суверенітетом, не володіють навіть США. Зокрема, у більшості випадків з метою досягнення своїх національних інтересів вони вимушені переконувати інші країни, радитися з ними тощо. Тому чимало фахівців переконані – сьогодні розподіл “світової влади” між

державами нагадує, так би мовити, складну гру у тривимірній шахи.

Але вищесказане не означає, що будь-які практичні дії, спрямовані проти суверенітету, територіальної недоторканості або ж політичної незалежності держави не повинні розглядатися як реальна загроза для її національних інтересів. Якщо ж при цьому має місце збройний напад, з метою загарбання території, ліквідації незалежності держави, зміна її політичного устрою, то такі дії, згідно резолюції Генеральної Асамблеї ООН від 14 грудня 1974 р. повинні однозначно розцінюватися як агресія.

Варто зазначити, що згідно вказаної резолюції агресія може бути не тільки воєнною, а й економічною, психологічною, ідеологічною тощо. Тобто в будь-якому випадку, застосування сили державою (групою держав) проти другої держави або народу в порушення норм міжнародного права є агресією.

Загалом же, акцент на права і свободи людини, як абсолютну цінність, на цінності та інтереси кожної суспільної групи, на заперечення будь-яких спроб підміняти державними інтересами національні інтереси, дозволяє:

- значною мірою просунути у напрямку операціоналізації поняття “на-ціональна безпека”;

- більш чітко та однозначно окреслити суть проблеми забезпечення національної безпеки, розв’язання якої покладається на органи державної влади (бо стає зрозумілішим, що потрібно вирішувати, як і за допомогою яких засобів і способів, а відтак окреслюються можливі напрямки пошуку оптимальних управлінських рішень).

Принциповим є й те, що при розв’язанні проблеми забезпечення національної та міжнародної безпеки, в арсеналі держав і міжнародних структур безпеки з’являються додаткові можливості вийти за вузькі межі існуючої тупикової парадигми міжнародних відносин (несумісності права націй на самовизначення та принципів непорушності державного суверенітету) і, таким чином, наблизитися до вирішення цієї ключової проблеми сучасності.

Дійсно, будь-яка національна група (нація), бажаючи визначитися зі своєю державністю, як правило, входить у протиріччя з міжнародною спільнотою, з національними інтересами тих чи інших держав. Останні можуть визнати, а можуть і не визнати нове державне утворення. В даному випадку на перший план висувається проблема забезпечення внутрішньої безпеки.

Розв’язання цієї проблеми залежить від того, якою мірою органам державної влади вдалося забезпечити належний розвиток найважливіших сфер суспільно-політичної, економічної, культурної та інших сфер життєдіяльності суспільства у контексті задоволення життєво важливих потреб кожного громадянина, кожної суспільної групи та суспільства в цілому.

Розв’язання цієї проблеми не має стандартних рішень. Але те, що у понятті “національна безпека” вирізняють три рівні безпеки: особи, суспільства та держави, зобов’язує державні інститути до пошуку конструктивних, компромісних рішень, принципово

розглядаючи їх в контексті дотримання прав і свобод людини.

Безумовно, вказані рівні динамічні, бо їх місце та роль визначаються багатьма характеристиками. Передусім це: характер суспільних відносин, тип політичного режиму, сукупність внутрішніх і зовнішніх загроз національній безпеці в той чи інший історичний період розвитку держави.

Але за будь-яких умов національна безпека в демократичному суспільстві забезпечується [2,6]:

- наявністю ефективних механізмів забезпечення національної безпеки;
- належною координацією діяльності політичних інститутів та інститутів громадянського суспільства сил;
- наявністю таких правових норм і суспільної свідомості, за яких стає можливою реалізація прав і свобод усіх соціальних груп населення та протидія будь-яким спробам розколу суспільства з огляду на його цінності.

Саме тому в кінцевому підсумку безпека особи у демократичному суспільстві залежить від формування і належного функціонування комплексу правових і морально-етичних норм, суспільних інститутів і організацій, які дозволяють їй реалізувати свій потенціал, свої соціально значимі здібності та потреби.

Принципово важливо, що ціннісні орієнтації людини і суспільства не виключають певних відмінностей, зумовлених етнічними, релігійними, політичними, економічними та іншими аспектами. Але є базові. І національна безпека, в основі якої примат забезпечення прав і свобод людини, кожної суспільної групи, створення сприятливих умов для їх сталого, прогресивного розвитку є саме такою неперехідною цінністю.

Звичайно, інтереси забезпечення безпеки суспільства чи держави можуть в критичних (надзвичайних) умовах (ситуаціях) їх життєдіяльності домінувати над інтересами забезпечення безпеки окремого громадянина (наприклад, під час війни).

Але в демократичних суспільствах безпека держави й суспільства передусім є функцією забезпечення прав і свободи індивіда, тобто похідною від рівня безпеки особи. Саме в цьому й полягає найголовніша, принципова різниця між демократичним режимом та тоталітарним. В останньому, на першому плані, як правило, завжди безпека держави за рахунок особи, а часто – і всього суспільства.

Таким чином, в контексті сказаного, такі питання як забезпечення територіальної цілісності держави, збереження громадського миру, свобод і прав громадян дуже взаємопов'язані. У разі неврахування цієї обставини активізується сепаратизм, має місце зростання соціальної напруженості, що в кінцевому рахунку, стає однією із головних внутрішніх причин і рушійних сил розпаду (руйнації) державного організму. Тому, як порушення прав і свобод людини, так і активізація сепаратизму, а також низька ефективність системи забезпечення національної безпеки щодо нейтралізації намірів тих чи інших сил порушити територіальну цілісність, ослаблюють державу і генерують реальну загрозу для її існування.

Кожна держава має різні ресурсно-технологічні можливості (економічні, військові, інтелектуально-кадрові, політичні тощо) щодо реалізації своїх національних інтересів. Вказані можливості є величиною змінною, яка залежить від значної кількості факторів суб'єктивного та об'єктивного характеру.

Підсумовуючи викладене вище, можна дійти висновку, що:

- у всіх випадках під потенціалом розуміються деякі можливості (ресурси, запаси, засоби) для досягнення цілі;
- розрізняють різні види потенціалу держави;
- той чи інший вид потенціалу пропонується вимірювати (оцінювати) певними показниками (індикаторами);
- вважається, що міць держави залежить від потенціалу держави й можна припустити, що її максимальний рівень (теоретично) співпадає з потенціалом держави;
- потенціал держави є величина кінцева, бо обмеженими є ресурси, від яких залежать можливості (економічні, науково-технологічні та інші);
- під потенціалом держави щодо забезпечення національної безпеки розуміється деяка сукупність можливостей (різних видів потенціалу).

Безпека держави – це передусім захищеність її конституційного ладу, суверенітету і територіальної цілісності від зовнішніх та внутрішніх загроз. Принциповим є те, що вказані складові “національної безпеки” є величинами змінними.

Конкретний рівень (ступінь, міра) безпеки людини (громадянина) залежить від багатьох чинників, зокрема, політичного режиму, стану економіки та соціальної сфери, від результатів розв'язання проблеми щодо прогнозування, своєчасного виявлення, запобігання та нейтралізації загроз її прогресивному розвитку та самореалізації у політичній, економічній, соціальній та гуманітарній сферах.

Рівень (ступінь, міра) безпеки суспільства, залежить від політичного режиму, стану економіки та соціальної сфери, розвитку духовно-культурного потенціалу суспільства, сукупності умов, що дозволяють реалізувати права і свободи всіх суспільних груп населення та протистояти діям, що ведуть до розколу суспільства, і як і безпека людини – від результатів розв'язання проблеми щодо прогнозування, своєчасного виявлення, запобігання та нейтралізації загроз прогресивному розвитку суспільства у різних сферах його життєдіяльності.

Окрім того забезпечення безпеки людини (громадянина) та суспільства передбачає наявність та розвиток суспільних інститутів (зокрема інститутів громадянського суспільства), розвинутих форм суспільної свідомості, чинного законодавства, що гарантують реалізацію законних інтересів, захист прав і свобод кожного члена суспільства.

Пріоритетність вказаних рівнів визначається дією багатьох факторів суб'єктивного та об'єктивного характеру, зокрема, станом розвитку суспільних відносин, політичної системи, економічного укладу, інститутів громадянського суспільства, характером зовнішніх зносин

з іншими країнами. З огляду на сказане національна безпека також є змінною величиною.

За своєю суттю це інтегральна багатокомпонентна оцінка наявного (бажаного, прогнозованого) рівня (ступеню) захищеності життєво важливих національних інтересів та умов їх реалізації, зокрема, стану соціально-економічної системи, соціальних та політичних інститутів в країні, спроможності національних збройних сил протистояти загрозам територіальній цілісності та незалежності держави тощо.

Конкретне значення національної безпеки завжди знаходиться на інтервалі від абсолютної безпеки (ідеальний стан), коли події, явища, процеси, які породжують небезпеки реалізації національних інтересів повністю відсутні, до абсолютної небезпеки, коли сукупний вплив вказаних небезпек вносить до порядку денного питання про можливість існування соціальної системи (держави), наприклад, питання щодо загрози її розпаду, насильницької зміни конституційного устрою тощо.

Таким чином, за будь-яких умов національну безпеку в цілому та її складових не можна розглядати як стан, коли немає небезпеки або як статичну величину. Історичний досвід не містить прикладів, коли б такого стану вдалося досягти навіть окремій людині, не кажучи вже про соціальні системи.

Бажаний рівень національної безпеки (гарантований, критично допустимий чи недопустимий тощо) часто розглядається як мета, спосіб або необхідна умова життєдіяльності (прогресивного розвитку) людини, соціальної групи, суспільства чи держави. Вказаний розвиток можна уявити як рух по певній траєкторії у середовищі, яке характеризується сукупністю взаємозумовлених факторів зовнішнього та внутрішнього характеру, які можуть бути описані певним набором показників (індикаторів).

У такому розумінні “національна безпека” є системною кількісно-якісною характеристикою розвитку соціальної системи, як об’єкта реальної дійсності.

Це означає, що “національна безпека” є не тільки оцінкою певної захищеності вказаної системи від потенційних і реальних загроз. Вона також відображає, зокрема, результати впливу тенденцій розвитку й умов життєдіяльності соціуму, його інститутів, які визначаються відповідними настановами (політичними, правовими та іншими), за яких забезпечується збереження якісної визначеності соціальної системи та вільне, яке відповідає її природі, функціонування.

Таким чином, конкретний рівень національної безпеки формується в руслі об’єктивних і суб’єктивних процесів, під прямим та опосередкованим впливом багатьох факторів, які можуть мати економічне, політичне, воєнне, природне, техногенне чи інше походження.

Фахівці в галузі військової медицини [1] стверджують, що у новій редакції Воєнної доктрини України [9] визначено, що головна роль у забезпеченні воєнної безпеки, державного суверенітету і територіальної цілісності держави належить Збройним Силам (ЗС) України. Пріоритетним завданням для ЗС України визначено досягнення повної сумісності з відповідними силами держав-членів НАТО, а одним із напрямів їх реформування та розвитку є модернізація системи медичного забезпечення військ із максимальною інтеграцією її з цивільною системою охорони здоров’я.

Концепція розвитку сектору безпеки і оборони України [10] визначила пріоритети розвитку ЗС України та, в тому числі, їх системи медичного забезпечення, а саме: розвиток польової медицини; удосконалення системи підготовки та перепідготовки військово-медичних кадрів⁵; психологічну підтримку військовослужбовців; координацію цивільної та військової систем охорони здоров’я; удосконалення системи управління військово-медичною службою, її функціональної та організаційної структури; поглиблення міжнародного співробітництва тощо.

Стратегічним оборонним бюлетенем України [11] деталізовано завдання щодо реформування і розвитку ЗС України та встановлено оперативну ціль для розвитку системи військової охорони здоров’я – це побудова системи медичного забезпечення для надання належної медичної підтримки всім завданням Сил оборони [1].

У Воєнній доктрині України та у Стратегічному оборонному бюлетені України стверджується на необхідності інтеграції систем військової та цивільної охорони здоров’я на засадах єдиного медичного простору України. Слід наголосити на тому, що інтеграція системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України передбачає функціональне поєднання сил і засобів військово-медичних служб та системи охорони здоров’я цивільного населення з метою максимальної реалізації їхньої спроможності щодо ефективного медичного забезпечення військ із збереженням організаційної самостійності на підставі єдиного законодавства з питань охорони здоров’я з урахуванням вимог Організації Об’єднаних Націй та положень Женевських конвенцій щодо захисту жертв війни, а також Принципів і політики медичного забезпечення НАТО [1,4].

У контексті викладеного вище, слід наголосити на тому, що новою редакцією Стратегії національної безпеки, що затверджена указом Президента України наприкінці 2020 року, першим же пунктом стверджується: “Людина, її життя і здоров’я, честь і гідність, недоторканність і безпека – найвища соціальна цінність в Україні. Реалізації цієї норми Конституції України – головна ціль державної політики національної безпеки” [1,12].

Але за будь-яких умов задоволення потреби у безпеці на всіх її рівнях (індивідуальному, суспільному, національному, міжнародному) передбачає застосування

⁵ Даному напрямку роботи сприятиме відкриття у 2020 р. на базі Національного університету охорони здоров’я України імені П.Л. Шупика системи підготовки

магістрів за спеціальністю “Публічне управління та адміністрування” – *Авт.*

системного підходу щодо всебічного врахування низки факторів, які здійснюють вплив на безпечний розвиток соціальної системи.

Комплексний аналіз цих факторів та підходів щодо визначення сутності поняття “національна безпека” крізь призму сучасних трансформацій світового економічного, політичного та культурного простору, дозволяє також дійти висновку про доцільність подальших досліджень співвідношення національного, державного та міжнародного інтересу.

Висновки

Грунтуючись на викладеному вище, робимо висновок про те, що:

1. Виконання основного стратегічного завдання діяльності сфери охорони здоров'я України – збереження

та зміцнення здоров'я громадян держави – неможливе без знання основних характеристики, тенденцій та закономірностей стану здоров'я Українського народу. А рівень здоров'я громадян нашої держави є важливою складовою національної безпеки, відіграє важливу роль у зміцненні потенціалу країни, слугує інтегральним (узагальненим) показником соціальної політики та державного управління в цілому.

2. Сьогодні надзвичайно важливо враховувати можливі конфігурації майбутнього: визначати стратегічні пріоритети, створювати сприятливі умови для стійкого розвитку. А такий розвиток в сучасних умовах залежить не тільки і не стільки від стану економіки, скільки від рівня здоров'я громадян держави та якості державного управління.

Література

1. Білий В.Я., Жаховський В.О., Лівінський В.Г. Воєнно-медична доктрина України як основа медичної складової національної безпеки держави. Наука і оборона . № 4 (149), 2018. С.8-14.
2. Горбулін В. Как победит Россию в войне будущего. К.: Брайт Букс, 2020. 256 с.
3. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М.М. Білінської, проф. Я.Ф. Радиша]. К.: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
4. Жаховський В.О., Лівінський В.Г. Єдиний медичний простір та військова медицина. Монографія. Київ: “Видавництво Людмила”. – 2018. – 336 с.
5. Радиш Я. Потенціал суверенітету держави: сутність, структура, вимір – досвід Росії (запрошення до роздуму). Новая медицина тысячелетия, 2009. – № 2. С. 36 – 41.
6. Ситник Г.П. Державне управління у сфері національної безпеки (концептуальні та організаційно-правові засади): Підручник К.: НАДУ, 2012. – 544 с.
7. Соколов В.А. Категоріально-понятійний апарат проблематики аналітичної діяльності у сфері забезпечення національної безпеки України // Інвестиції: практика та досвід, 2016, № 15. С.73 – 78.
8. Тлумачний словник іншомовних слів. Авт.-уклад. О.М. Сліпущко. К.: Школа, 2006, 288 с.
9. Указ Президента України від 24.09.2015 року № 555/2015 “Про рішення Ради національної безпеки і оборони від 2 вересня 2015 року “Про нову редакцію Воєнної доктрини України”.
10. Указ Президента України від 14 березня 2016 року № 92/2016 “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 березня 2016 року “Про Концепцію розвитку сектору безпеки і оборони України”.
11. Указ Президента України від 6 червня 2016 року № 240/2016 року “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року “Про Стратегічний оборонний бюлетень України”.
12. Указ Президента України від 14 вересня 2020 року № 392/2020 “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року “Про Стратегію національної безпеки України”.
13. УСЕ Універсальний словник-енциклопедія. Гол. ред. чл.-кор. НАНУ М. Попович. Київ, “Ірина”, 1999, 1551 с.
14. Ярменчук А.Д. Менеджеру здравоохранения. Теория искусства управления. В 2 ч. Ч.2. Частные проблемы. К., 1991; 300 с.

References

1. Bilyi, V.Ia., Zhakhovskiy, V.O., Livinskiy V.H. (2018). “Military medical doctrine of Ukraine as the basis of the medical component of national security”. Nauka i oborona. vol. 4 (149), pp.8-14.
2. Horbulyn, V. (2020). Kak pobedyt Rossiyu v voine budushcheho [How to defeat Russia in the war of the future]. Kyiv Brait Buks, 256 p. Ukraine.
3. Derzhavna polityka u sferi okhorony zdorovia: kol. monohr: u 2 ch. (2013) [State policy in the field of health care: col. monograph: 2 p.] [ed. M.M. Bilynska, Ya.F. Radysh]. Kyiv: NADU, ch. 1. 396 p. Ukraine.
4. Zhakhovskiy, V.O., Livinskiy, V.H. (2018). Yedyniy medychnyi prostir ta viiskova medytsyna. Monohrafiia [Unified medical space and military medicine. Monograph]. Kyiv: Vydavnytstvo Liudmyla. 336 p. Ukraine.
5. Radysh, Ya. (2009). “The potential of state sovereignty: essence, structure, dimension – the experience of Russia (invitation to reflection)”. Novaia medytsyna tysyacheletyia, vol. 2. pp. 36 – 41.

6. Sytnyk, H.P. (2012). Derzhavne upravlinnia u sferi natsionalnoi bezpeky (kontseptualni ta orhanizatsiino-pravovi zasady): pidruchnyk [Public administration in the field of national security (conceptual and organizational and legal principles): Textbook]. Kyiv: NADU, 544 p. Ukraine.

7. Sokolov, V.A. (2016). "Categorical-conceptual apparatus of analytical activities in the field of national security of Ukraine". Investytsii: praktyka ta dosvid, vol. 15. pp.73 – 78.

8. Tlumachnyi slovnyk inshomovnykh sliv (2006). [Explanatory dictionary of foreign words] ed. O.M. Slipushko. Kyiv: Shkola, 288 p. Ukraine.

9. Decree of the President of Ukraine (2015). "On the decision of the National Security and Defense Council of September 2, 2015, № 555/2015. On the new version of the Military Doctrine of Ukraine".

10. Decree of the President of Ukraine (2016). "On the decision of the National Security and Defense Council of Ukraine of March 4, 2016, № 92/2016. On the Concept of Development of the Security and Defense Sector of Ukraine".

11. Decree of the President of Ukraine (2016). "On the decision of the National Security and Defense Council of Ukraine of May 20, 2016" № 240/2016. On the Strategic Defense Bulletin of Ukraine".

12. Decree of the President of Ukraine (2020). "On the decision of the National Security and Defense Council of Ukraine of September 14, 2020", № 392/2020. On the National Security Strategy of Ukraine".

13. USE Universalnyi slovnyk-entsyklopediia (1999) [UDE Universal dictionary-encyclopedia]. ed M. Popovych. Kyiv, "Iryna", 1551p. Ukraine.

14. Iarmenchuk, A.D. (1991). Menedzheru zdavoookhraneniya. Teoryia yskusstva upravleniya [To the health manager. Management art theory.]. in 2 p. P.2. Kyiv; 300 p. Ukraine.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.09.2021 р.

Мета дослідження: висвітлення проблеми здоров'я людини як філософського феномена і важливої складової національної безпеки та потенціалу суверенітету держави.

Матеріали та методи. Проаналізовано наукові джерела за темою (14) з використанням методів системного підходу та системного аналізу.

Результати. Стан здоров'я нації безпосередньо зумовлює рівень продуктивності праці в суспільстві і значною мірою впливає на перспективи його соціально-економічного розвитку. Але коли здоров'я громадян розглядається в контексті національної безпеки та оборони, воно набуває ще й стратегічного значення. Сутність поняття "суверенітет" дає підстави стверджувати, що стійкий державний суверенітет – це те, що створює гарантію стабільності і високий рівень національної безпеки.

Висновки. Сьогодні надзвичайно важливо враховувати можливі конфігурації майбутнього: визначати стратегічні пріоритети, створювати сприятливі умови для стійкого розвитку. А такий розвиток в сучасних умовах залежить не тільки і не стільки від стану економіки, скільки від рівня здоров'я громадян держави та якості державного управління.

Ключові слова: здоров'я громадян, національна безпека, потенціал суверенітету держави.

Цель исследования: освещение проблемы здоровья человека как философского феномена и важной составляющей национальной безопасности и потенциала суверенитета государства.

Материалы и методы. Проанализировано научные источники за темой (14) с использованием системного подхода и системного анализа.

Результаты. Состояние здоровья нации непосредственно влияет на уровень продуктивности труда в обществе и определяет перспективы его социально-экономического развития. Когда здоровье нации рассматривается в контексте национальной безопасности и обороны, оно приобретает еще и стратегическое значение. Сущность понятия "суверенитет" дает основание утверждать, что надежный государственный суверенитет – это то, что обеспечивает гарантию стабильности и высокий уровень национальной безопасности.

Выводы. Сегодня должны учитываться возможные конфигурации будущего и определяться стратегические приоритеты, создаваться условия для развития. Такое развитие в современных условиях зависит не столько от состояния экономики, сколько от уровня здоровья нации и качества государственного управления.

Ключевые слова: здоровье нации, национальная безопасность, потенциал государственного суверенитета.

The purpose of the article: to highlight the problem of human health as a philosophical phenomenon and an important component of national security and the potential of state sovereignty.

Materials and methods. Scientific sources on the topic (14) have been analyzed using the methods of system approach and system analysis.

Results. The state of health of the nation directly determines the level of labor productivity in society and significantly affects the prospects of its socio-economic development. But when citizens' health is seen in the context of national security and

defense, it also becomes strategically important. The essence of the concept of "sovereignty" gives grounds to assert that a stable state sovereignty is something that creates a guarantee of stability and a high level of national security.

Conclusions. Today it is extremely important to take into account possible configurations of the future: to determine strategic priorities, to create favorable conditions for sustainable development. And such development in modern conditions depends not only and not so much on the state of the economy, but on the level of citizens' health and the quality of public administration.

Key words: citizens' health, national security, potential of state sovereignty.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Вороненко Ю.В. – ректор, академік, професор, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика.
office@nuozu.edu.ua, ORCID ID 0000-0003-4945-1817.

Кошова С.П. – к.держ.упр., доцент кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика.
ORCID ID 0000-0002-7637-4311.

Михальчук В.М. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика.
ORCID ID 0000-0002-5398-4758.

Радіш Я.Ф. – д.н.держ.упр., професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика.
ORCID ID 0000-0002-8374-5424.

Fatty liver disease in social reintegration facilities clients

St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava, Slovak Republic

mriab9@gmail.com, majapopovicova7361@gmail.com

Беловічова М., Поповічева М.

Жирова хвороба печінки у клієнтів закладів соціальної реінтеграції

Вища школа охорони здоров'я та соціальної роботи
Св. Алжбети, м. Братислава, Словаччина

Беловичова М., Поповичева М.

Жировая болезнь печени у клиентов учреждений социальной реинтеграции

Высшая школа здравоохранения и социальной работы
Св. Елизаветы, г. Братислава, Словакия

Introduction

NAFLD – Non-Alcoholic Fatty Liver Disease – is characterized by the presence of liver steatosis, i. e. excessive accumulation of fat in liver tissue (steatosis must be present in more than 5% of hepatocytes), which is associated with insulin resistance. NAFLD is considered a benign, non-progressive form of the disease, while NASH – Non-Alcoholic Steatohepatitis – is a progressive form with the development of fibrogenesis, with a high risk of liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma of the liver [1].

NAFLD is the most common liver disease in economically developed countries. The prevalence ranges from 17 to 46% depending on diagnostic procedures, ethnicity, age, gender [2]. In children, the prevalence of NAFLD is related to the age of the child: 3-10%, but in obese children it reaches a value of 40-70% [3].

In Europe, in 2016, 73 million people suffered from NAFLD, out of which 2.5 million suffered from advanced fibrosis. By 2030, the NAFLD can be expected to increase to 84 million. The alarming assumption is that by 2030, in Europe, the number of people suffering from advanced fibrosis will double – from 2.5 million to 5 million [4].

The prevalence of NAFLD increases with age as older patients have more risk factors for metabolic syndrome [2]. It is generally believed that the progression of NAFLD to steatohepatitis or to fibrosis results rather from associated diseases and their duration than from the age itself. Risk factors for the development of NAFLD are: obesity, type 2 diabetes mellitus (DM), hypertriglyceridemia [5–7].

Characteristics of the sample

The project "Screening of liver diseases in social reintegration facility" ran from 1/2020 to 10/2020. It was carried out within the institutional project of the St. Elizabeth University of Health and Social Sciences (VŠZaSP sv. Alžbety) and the Slovak Society of Practical Obesityology (SSPO).

We examined a total of 229 clients and employees in the social reintegration facility of the Institute of Christ the High Priest in Žakovce: 188 clients (82%) and 41 employees (18%). Males made up 63% of the sample (145), females 37% (84). The average age of clients in Žakovce was 51.4 years, the average length of stay in the facility was 5.87 years. We determined the nutritional status of clients by determining their BMI: 95 clients (including employees) had physiological weight (41.4%), 69 were overweight (30.1% of the sample), 34 were obese (14.8%), 7 clients suffered from malnutrition (3%).

Methodology

At the beginning we clinically examined all the clients and employees interested in the examination. We took a medical history (what diseases clients are being treated for, what medications they take, whether they are allergic to any medications or food).

In addition to anamnestic data, we asked the clients / employees about the length of their stay in the facility, we determined their height, weight, waist circumference. We also collected venous blood. Due to the larger number of clients and employees, we visited the facility in Žakovce a total of 20 times.

We examined following biochemical parameters of clients' and employees' venous blood samples: fat spectrum (cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triacylglycerols), so-called liver function tests (AST, ALT, GGT, ALP), albumin, bilirubin, glycemia, creatinine, levels of vitamin D and of folic acid. Out of the capillary blood we examined the level of ammonia (NH₃).

To examine the stiffness of the liver tissue we used transient elastography (TE). It is a non-invasive painless method that measures the liver stiffness. We used special software to quantify the presence of steatosis (a so-called CAP module – controlled attenuation parameter).

The aim of the research was: a) to find a correlation between the degree of fibrosis and the degree of CAP; b) determination of the correlation between NH₃ indicators and

the fat spectrum (CHOL, TAG, LDL, HDL); c) determination of the correlation between the NH₃ level and the CAP level.

Results

We investigated whether there was a correlation between the degree of fibrosis and the degree of CAP. According to the Cohen scale (Pearson = 0.137) the correlation between CAP values and Fibroscan values was weak. The results are shown in table.

On the CAP module, we distinguish the degrees of hepatic steatosis according to the percentage of liver impairment as follows: S0 (0–10% of hepatic steatosis), S1 (11–33%), S2 (34–66%), S3 (67–100%).

In our cohort: 42/99 patients had steatosis grade 0 (42.4%), 23/99 had steatosis grade 1 (23.2%), 11/99 had steatosis grade 2 (11.1%), 23/99 had steatosis grade 3 (23.2%).

Table. Correlation between the degree of fibrosis and the degree of CAP

Correlations		CAP	Fibroscan
CAP	Pearson Correlation	1	,137
	Sig. (2-tailed)		,179
	N	99	98

On a device from the ARKRAY company, using the microdiffusion method, out of a drop of capillary blood we determined the ammonia level in 194/229 clients (85% of the group) at the Institute of Christ the High Priest (IKV) in Žakovce. The average level of NH₃ in clients, but also in employees, was 181.8 μmol/l.

In our research, we set several goals associated with the level of NH₃. One of them was: to find out whether there is a correlation between ammonia level (NH₃) and fat spectrum indicators (CHOL, TAG, LDL, HLD).

At the same time, we analyzed the individual parameters of the fat spectrum. We found an increased level of cholesterol in 106/221 clients (47.9%), 100/225 clients (46.4%) had an increased level of triacylglycerides (TAG), we found an increased level of LDL in 132/190 patients (69.4%), a decreased level of HDL was found in 72/191 clients (37.7%).

On the whole, we can state that dyslipoproteinemia was very common in the clients, which is a risk factor not only for fatty liver disease but also for cardiovascular diseases.

Another goal was to determine possible correlations between the level of NH₃ and the degree of CAP. According to the Cohen scale (Pearson = 0.083) the correlation between NH₃ and CAP was trivial / (negligible).

Discussion

In the group of examined clients and employees of the social reintegration facility in Žakovce, we were mainly looking for the presence of liver diseases (with a focus on NAFLD). During the examination of the clients we found not only frequent occurrence of dyslipoproteinemia, but also of other diseases of civilization.

The aim of the treatment of patients diagnosed with NAFLD/NASH is to slow down or to stop the progression of the disease and the development of liver fibrosis/cirrhosis and subsequent serious complications [8].

Epidemiological studies confirm a correlation between the incidence of NAFLD and unhealthy lifestyle [1]. The treatment strategy for NAFLD is mostly based on regimen measures and treatment of individual components of the metabolic syndrome [9]. For morbidly obese patients, bariatric surgery is a suitable alternative. A thorough treatment of the present risk factors is required.

Rational eating is taking on a new dimension in the context of the COVID-19 pandemic. It has become a global health and social problem with specific contexts in the field of gastroenterology and hepatology. There is a correlation between COVID-19 infection and NAFLD [10].

Physical activity is important not only in the treatment of NAFLD, but also in its primary prevention. Physical activity supports the production of active body mass, prevents undesired reduction of muscle mass during a reduction diet. It also reduces diet-induced decrease in resting energy expenditure, favorably affects the amount of postprandial energy expenditure and it increases the mobilization of fats from fat stores.

As important as the exercise itself is the limitation of the sedentary way of spending free time outside of the exercise. Sedentary lifestyle and low cardiorespiratory fitness are among the most important independent predictors of premature mortality.

Conclusions

NAFLD is considered to be a slowly progressing chronic liver disease in both adults and children. Over the last 30 years, NASH has become a serious health problem due to the obesity epidemic and metabolic syndrome. NAFLD/NASH is considered to be an organ/liver manifestation of the metabolic syndrome, and is likely to play a key role in the pathogenesis of systemic atherosclerosis.

Besides taking care of our outpatient clinics patients, we should not forget about clients of the social reintegration facilities, in whom due to the presence of several risk factors (including stress and difficult life circumstances that brought them to such facility), the incidence of liver diseases and other diseases of civilization is even higher compared to the general population.

References

1. Holomáň, J., Szántová, M., Zima, M., Slobodová, L. Management of non – alcoholic fatty liver disease. *Via pract.*, 2016, 13(5): 179 -186. ISSN 1339-424X (Online).
2. Vernon, G., Baranova, A., Younossi, ZM.. Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011; 34: 274-285. ISSN:1365-2036 (Online).
3. Leite, NC., Villea-Nogueria, CA., Cardoso, CRL., Salles, GF. Non-alcoholic fatty liver disease and diabetes. From pathophysiological interplay to diagnosis and treatment. *WJG.* 2014; 14: 8377/8392. ISSN 2219-2840 (online).
4. Dražilová, S. Non-alcoholic fatty liver disease. p. 249.265. In: Dražilová, S., Gombošová, L., Janičko, M., Skladaný, L., Veselíny, E. Selected chapters from hepatology gastroenterology. Košice: UPJŠ LF, 2020, 284 p. ISBN 978-80-8152-838-5 (e-publication)
5. EASL-EAS-EASO Clinical Practice Guidelines: For the management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *J Hep.* 2016; <http://dx.doi.org/10.2016/j.jhep>. 2015.11.004.
6. Belovičová, M. Selected liver diseases and their impact on public health. Bardejov: SSPO, 2018, p. 159. ISBN 978-80-971460-6-1.
7. Belovičová, M. Non-alcoholic fatty liver disease and its impact on public health. Krakow: Towarzystwo Slowakow w Polsce, 2019, p. 96. ISBN 978-83-8111-142-3.
8. Holomáň, J., Szántová, M., Zima, M., Koller, T., Fábryová, L. Non-alcoholic fatty liver disease – standard diagnostic and therapeutic procedure. 63. Methodical sheet of rational pharmacotherapy. 2017; 20 (1-2).
9. Belovičová, M., Mašterová, V. Non-alcoholic fatty liver disease – severe comorbidity of diabetes. *Forum Diab* 2016; 5(1): 45-48. ISSN 1805–3807.
10. Špičák, J. Covid-19 a hepatogastroenterologie. *Gastroent Hepatol* 2020; 74(5): 415-423. ISSN 1804-7874.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.09.2021 р.

NAFLD (Non-alcoholic fatty liver disease) is characterized by the presence of hepatic steatosis, i. e. excessive accumulation of fat in liver tissue that is associated with insulin resistance. NAFLD/NASH is considered to be an organ/liver manifestation of the metabolic syndrome, and is likely to play a key role in the pathogenesis of systemic atherosclerosis. The project "Screening of liver diseases in social reintegration facility" ran from 1/2020 to 10/2020. It was carried out within the institutional project of the St. Elizabeth University of Health and Social Sciences (VŠZaSP sv. Alžbety) and the Slovak Society of Practical Obesity (SSPO) at the Institute of Christ the High Priest in Žakovce.

The aim of the research was: a) to find a correlation between the degree of fibrosis and the degree of CAP; b) to determine the correlation between NH₃ and fat spectrum indicators (CHOL, TAG, LDL, HDL); c) to determine the correlation between the NH₃ level and the CAP level. The author evaluates individual results of the projects in the article. Besides taking care of our outpatient clinics patients, we should not forget about clients of the social reintegration facilities, in whom due to the presence of several risk factors, the incidence of liver diseases and other diseases of civilization is even higher compared to the general population.

Key words: NAFLD – Non-alcoholic fatty liver disease, liver diseases, social reintegration facility.

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) характеризується наявністю жирового гепатозу, тобто надмірного накопичення жиру в тканинах печінки, пов'язаного з інсулінорезистентністю. НАЖХП вважається проявом метаболічного синдрому органу/печінки, він може відіграти ключову роль у патогенезі системного атеросклерозу. Проект «Скринінг захворювань печінки в установі соціальної реінтеграції» проводився з 1/2020 по 10/2020. Він здійснювався в рамках інституційного проекту Університету здоров'я та соціальних наук Святої Єлизавети і Словацької спільноти практичного ожиріння при Інституті Христа Первосвященника в Жаковце.

Метою дослідження було: а) знайти взаємозв'язок між ступенем фіброзу та ступенем стеатозу; в) визначити взаємозв'язок між рівнем NH₃ та індикаторами жирового спектру (CHOL, TAG, LDL, HDL); с) визначити взаємозв'язок між рівнем NH₃ та рівнем стеатозу. У статті автор оцінює індивідуальні результати проектів. Крім догляду за пацієнтами в поліклініках, не слід забувати про клієнтів в установах соціальної реінтеграції, у яких через наявність декількох факторів ризику поширеність хвороб печінки та інших хвороб цивілізації є навіть вищою порівняно із усім населенням.

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, захворювання печінки, установа соціальної реінтеграції.

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) характеризуется наличием жирового гепатоза, то есть чрезмерного накопления жира в тканях печени, связанного с инсулинорезистентностью. НАЖХП считается проявлением метаболического синдрома органа/печени, он может сыграть ключевую роль в патогенезе системного атеросклероза. Проект «Скрининг заболеваний печени в учреждении социальной реинтеграции» проводился с 1/2020

по 10/2020. Он осуществлялся в рамках институционального проекта Университета здоровья и социальных наук Святой Елизаветы и Словацкой сообщества практического ожирение при Институте Христа Первосвященника в Жаковце.

Целью исследования было: а) найти взаимосвязь между степенью фиброза и степенью стеатоза; в) определить взаимосвязь между уровнем NH3 и индикаторами жирового спектра (CHOL, TAG, LDL, HDL) с) определить взаимосвязь между уровнем NH3 и уровнем стеатоза. В статье авторы оценивают индивидуальные результаты проектов. Помимо ухода за пациентами в поликлиниках, не следует забывать о клиентах в учреждениях социальной реинтеграции, в которых из-за наличия нескольких факторов риска распространенность болезней печени и других болезней цивилизации является даже выше по сравнению со всем населением.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, заболевания печени, учреждение социальной реинтеграции.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Assoc. Prof. **Mária Belovičová**, MD. PhD. – St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava, Internal Clinic for Liver Disease Diagnosis and Treatment, Remedium s.r.o. Bardejov Spa, Slovak Society of Practical Obesity (SSPO), Bardejov.
mriab9@gmail.com.

Assoc. Prof. PhDr. **Mária Popovičová**, PhD. – St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava - teacher
St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava, Námestie 1. mája 1, 811 02 Bratislava.
majapopovicova7361@gmail.com.

Гребняк М.П., Кірсанова О.В., Таранов В.В., Мікрюкова Н.Г.

Парадигма медичної географії у сучасний період

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

kirsanova@zsmu.zp.ua, nattanarova57@gmail.com

Гребняк Н.П., Кірсанова Е.В.,
Таранов В.В., Мікрюкова Н.Г.

Парадигма медицинской географии в современный период

Запорожский государственный медицинский университет

Grebnyak N.P., Kirsanova E.V.,
Taranov V.V., Mikryukova N.G.

The paradigm of medical geography in the modern period

Zaporizhzhia State Medical University

Вступ

Однією з умов збереження громадського здоров'я є розробка нових, перспективних методів профілактики захворювань населення, серед яких особливе місце займає медична географія. Медична географія (МГ) – наука, що вивчає вплив специфіки фізико-географічного середовища на здоров'я людини, закони географічного поширення хвороб та інших патологічних станів серед населення [1].

Здоров'я на регіональному рівні суттєвим чином формується під дією природних умов мешкання людей. Негативні тенденції у когортному здоров'ї населення значною мірою зумовлені несприятливими змінами геоактивного простору природних або антропогенних модифікованих умовах навколишнього середовища. Природні умови та пов'язана з цим якість життя призводять до зростання поширеності соціально-значимих неінфекційних хвороб (психічні розлади, злякисні новоутворення, захворювання системи кровообігу, органів травлення, нервової системи і органів почуття) [2–4].

У зв'язку з цим до актуальних проблем відноситься медико-географічне дослідження постійно діючих природних ризиків для здоров'я населення та виявлення територій, які потребують першочергових заходів з обґрунтування управлінських заходів зі збереження громадського здоров'я.

Мета роботи – обґрунтувати парадигму медичної географії у сучасний період.

Матеріали та методи

У процесі роботи проведено огляд літератури з метою аналізу методологічних основ медичної географії. В якості основного методу дослідження обрано медико-географічний підхід, так як він дозволяє встановити існуючі природні фактори і причини виникнення і поширення захворювань в регіонах. В роботі використані дані щорічних звітів Центру медичної статистики МОЗ

України і ВООЗ, міжнародних доповідей з статистики здоров'я та управління охороною здоров'я, а також додаткова інформація зі спеціалізованих сайтів, інтернет-джерел.

Результати дослідження та їх обговорення

Обґрунтування концептуальної моделі медичної географії вимагає узагальнення проблем, пов'язаних зі специфікою впливу природних умов на стан громадського здоров'я в регіонах. Результати досліджень дозволили систематизувати дані проблеми і виділити в ній основні блоки, властиві медичній географії у вигляді парадигми, тобто сукупності системи знань і концептуальних підходів до сутності і змісту МГ (рис.).

Пріоритетною метою медичної географії є виявлення причинно-наслідкового зв'язку, що детермінує патогенний вплив біологічних/абіотичних чинників на населення та заходи зі збереження і зміцнення громадського здоров'я [5,6].

До основних завдань медичної географії відносяться: дослідження закономірностей впливу природних умов та специфіки ландшафтних комплексів на стан здоров'я населення; встановлення закономірностей географічного поширення окремих захворювань населення в конкретних адміністративних територіях/природних комплексах, а також нозогеографічні дослідження; визначення закономірностей природних чинників у виникненні, поширенні та формуванні ареалів окремих хвороб.

До основних розділів МГ відносяться медичне ландшафтоведення, нозогеографія, медико-географічне картографування, медичне країно-, регіонознавство. Медичне ландшафтоведення вивчає вплив ландшафтів на здоров'я людини, нозогеографія – географічне поширення хвороб, медичне країно-, регіонознавство – існуючі природні фактори та причини виникнення і поширення захворювань в країнах або окремих регіонах.



Рис. Парадигма медичної географії

Основні принципи медичної географії полягають у наступному: просторова нерівномірність нозологічного процесу, зональність та аномальність чинників ризику і передумов ендемічних захворювань; математико-географічне моделювання, що дозволяє встановити закономірності розміщення зон із різним рівнем медико-географічної ситуації; медико-екологічне моніторування, що ґрунтується на дослідженні причинно-наслідкових зв'язків у системі «довкілля-здоров'я»; обґрунтування заходів, спрямованих на оздоровлення місцевості, профілактику ендемічних захворювань/географічної патології та раціоналізацію медичного забезпечення населення; біогеохімічне районування – визначення на місцевості та відображення на карті територіальних комплексів, що відрізняються спектром, складом і кількістю хімічних елементів у довкілля, а також у сільськогосподарчій продукції, харчових раціонах та враженістю населення ендемічними хворобами.

Географічні фактори диференціюються на природні умови та техноген. Основними компонентами природних умов є рельєф, ландшафт, ґрунт, поверхневі та підземні води, клімат, атмосферне повітря, рослинний покрив. В цілому вони, як природне середовище мешкання, підрозділяється на орографічні, кліматичні, едафічні, біотичні чинники. Специфічний склад компонентів довкілля формує біогеохімічні провінції, тобто це регіони,

які відрізняються вмістом хімічних елементів у гірських породах, ґрунтах, поверхневих та підземних водах, рослинності та інших середовищах, як вище так і нижче біологічного оптимуму. У відношенні металів найчастіше зустрічаються наступні зони: металогенічні (підвищені концентрації Zn, Cu, Pb, As), поліметалічні (Pb, Cd, Hg, Cu, Zn), із домінуючими асоціаціями (Cu-Zn, Cu-Ni, Pb-Zn), радіохімічні (підвищені природні радіонукліди).

Рельєф місцевості обумовлює просторову неоднорідність розподілу мікроелементів в ґрунті. Так, збільшення нахилу та розсіченості території, що характерно для Донецького кряжу детермінує зростання горизонтальної міграції, яка обумовлює мозаїчність вмісту мікроелементів в ґрунтах. При незначних нахилах території (<3°) властивий більш стабільний вміст мікроелементів. На характер формування мікроелементного складу ґрунтів також впливає їх рН – найбільша акумуляція відбувається при рН 6–7. Своєрідне поєднання погодно-кліматичних факторів впливає на формування мікроелементного балансу ґрунтів. При впливі сонячної радіації і опадів зростає адсорбція мікроелементів на поверхні частинок (внаслідок збільшення дисперсності і поверхневої енергії). При значних опадах мікроелементи мігрують з верхніх в нижні горизонти ґрунту.

Основними видами техногенного впливу на довкілля є забруднення атмосферного басейну, водних об'єктів та ґрунту, а також радіоактивне забруднення. З метою управління якістю атмосферного повітря директиви ЄС передбачають його моніторинг в зонах та агломераціях [7]. У відповідності з цими директивами під зоною розуміється частина території держави, визначеної для цілей управління якістю повітря. Агломерація – це компактна сукупність міст, які об'єднані у складну динамічну систему із інтенсивними зв'язками. Зокрема, в Україні виділено 49 аглоерацій.

Оцінка якості довкілля окремих регіонів передбачає визначення загальної стійкості природного середовища до техногенного впливу, здатність ґрунту нейтралізувати біологічні та хімічні забруднення, здатність атмосферного басейну розсіювати промислові викиди, інтенсивність вивію мінеральних забруднень поверхневими водами. Встановлено, що забруднення довкілля навіть сміттєзвалищами у сільській місцевості сприяє підвищенню захворюваності нервової системи, ендокринних розладів та хвороб, пов'язаних із імунітетом [8]. За типізацію регіонів України за поширенням хвороб та рівнем захворюваності населення на основі їх кластеризації (методи Варда, ранговий, агломерований, карти самоорганізації Кохонена) Запорізька область відноситься до 3 типу. Для якого характерно вище середнього рівень захворюваності на злоякісні новоутворення, серцево-судинних хвороб та ВІЛ/СНІД [9]. Показано, що територія Запорізького краю диференційована на 6 зон, що відрізняються наявністю геопатогенних місцевостей, значною мозаїчністю ґрунтового складу і водоносних горизонтів, за рівнем макро- і мікроелементів, радіоактивності, електромагнітних полів, ландшафтам розрізняються нозологічної патологією і визначаються єдністю кліматичних факторів і характером реакцій організму людини на геохімічні фактори середовища [4].

Системоутворюючою ланкою парадигми МГ є блок медико-географічна причинно-наслідкова діагностика. До його складу входять наступні елементи: статистичні критерії, індикаторна патологія, ендемічні хвороби, географічна патологія. Серед статистичних критеріїв найбільш інформативними є відношення шансів та атрибутивна фракція. Одним із основних статистичних підходів для кількісного вираження зв'язку між природними факторами ризику та певними медико-біологічними ефектами є відношення шансів. Воно розраховується як відношення шансів певної події, захворювання у експонованій групі до його шансів у неекспонованій групі. Атрибутивна фракція показує долю захворюваності зумовлену дією несприятливих медико-географічних факторів. Тобто, вона відображає надлишкову захворюваність у експонованій когорті населення. Атрибутивна фракція розраховується як відношення різниці ризиків між експонованими та неекспонованими групами до ризику в експонованій групі.

Пріоритетним постулатом причинно-наслідкової діагностики є біологічна, часова та географічна правдоподібність. Гігієнічна правдоподібність передбачає

закономірність детермінованості впливу природних умов на організм людини. Часова правдоподібність свідчить про попередній їх вплив на патологічний стан, географічна – вказує на зв'язок захворювань із місцем мешкання. Ключовим показником впливу навколишнього середовища на стан здоров'я людини є індикаторна патологія, яка вказує на високий ступінь його залежності від якості довкілля (онкозахворювання, вроджена патологія, генетичні дефекти, алергічні хвороби, перинатальна смертність, ендемічні захворювання). Особливий інтерес становить розуміння та врахування впливу у формування здоров'я природних геологічних особливостей територій, які як постійно діючий фактор на організм людини можуть спричинювати не тільки ендемічні хвороби, але й потенціювати або модифікувати антропогенний вплив.

Серед хвороб як інфекційної, так і неінфекційної природи особливе місце займають ендемічні хвороби, тобто хвороби специфічні для певного регіону. Вони зазвичай мають масовий характер та зумовлені несприятливими змінами геоактивного простору у природних або антропогенно змінених умовах довкілля. У сучасний період відомо більше 50 неінфекційних захворювань, пов'язаних з порушенням макро- і мікроелементного обміну в організмі. До найчастіших ендемічних хвороб відносяться хвороби, зумовлені дефіцитом мікроелементів (міді, цинку, йоду, кальцію, марганцю, кобальту, фосфору, хрому) або їх надлишком (магнію, стронцію, марганцю, цинку, бору, молібдену).

Із місцевими клімато-географічними умовами пов'язана географічна патологія, тобто сукупність особливостей захворюваності населення, яке мешкає на певній території. До основних питань географічної патології відносяться характеристика патологічної панорами регіону, побудова нозологічного профілю, екстремальні локуси. Специфічною рисою географічної патології є дослідження усіх проявів порушень здоров'я або змінення життєдіяльності організму та порушення гомеостазу, що доступні клінічному, біохімічному і патоморфологічному дослідженням. До пріоритетних підходів географічної патології відноситься дослідження компенсаторно-приспосувальних реакцій організму до певних умов середовища мешкання. Актуальною проблемою географічної патології є виявлення найбільш ранніх порушень гомеостазу у відповідь на зміни умов мешкання (географічні чи екологічні чинники). Наприклад, розповсюджена форма географічної патології – ендемічний зоб, являє собою пристосувальну реакцію організму, в основному, на дефіцит йоду в навколишньому середовищі. Поряд з цим необхідно враховувати, що пристосувальний характер географічно зумовлених змін життєдіяльності з одного боку не завжди здатен забезпечити повноцінне функціонування організму, а з іншого, – може змінювати фон течії основних захворювань. Концентрованим вираженням негативної дії природних умов на стан здоров'я є геопатогенні зони. Зокрема, у шовній зоні розлому Українського кристалічного щита, відношення шансів захворюваності населення злоякісними новоутвореннями порівняно із

неекспонованою групою складають 1,4 (95% СІ 1,1–2,2, $p < 0,05$), а атрибутивна фракція становить 26,8% (95% СІ 24,3–29,2%, $p < 0,05$).

Серед напрямків досліджень у медичній географії домінуюче місце займають фактори онкоризику. Це зумовлено наступним: масштабністю впливу канцерогенних чинників, важкістю онкозахворювань (летальність, смертність, інвалідність), висока вірогідність кластерів експозиції та ефекту, високі темпи приросту онкопатології, комплексність та комбінованість дії, значна вірогідність віддалених шкідливих ефектів, наявність особливо чутливих груп населення, ідентифікація нових ризиків.

До пріоритетних напрямків досліджень відносяться: медико-географічна характеристика природних зон, ландшафтів та фізико-географічних регіонів; медико-географічна оцінка природних чинників навколишнього середовища з визначенням факторів ризику та антиризиків; медико-географічне прогнозування з визначенням вірогідного впливу природних факторів на стан здоров'я населення; медико-географічний менеджмент методів, форм та засобів управління охороною здоров'я населення на основі географії, медицини та управлінської науки; обґрунтування заходів, спрямованих на оздоровлення місцевості, профілактику ендемічних захворювань/географічної патології та раціоналізацію медичного забезпечення населення регіону.

Мета премордальної профілактики полягає у недопущенні виникнення чинників ризику, пов'язаних з несприятливими умовами навколишнього середовища та способу життя. Первинна профілактика ставить собі за мету запобігання виникнення захворювань, зниження ймовірності хвороб, тобто спрямована на їх причину. Вона включає в себе заходи щодо повного усунення шкідливих

факторів або зменшення їх впливу до безпечних рівнів. Основна мета вторинної профілактики – запобігання хронізації патологічних процесів. Заходи проводяться в двох напрямках: на організм (лікувально-оздоровчі заходи) і на довкілля (усунення факторів ризику). Третинна профілактика ставить собі за мету запобігання ускладнень певного захворювання, тобто попередження інвалідизації, передчасної смерті та інші.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням здоров'я населення у конкретному середовищі з певними природно-кліматичними, соціально-біологічними та медико-інфраструктурними факторами.

Висновки

Медична географія – наука, що вивчає вплив геоактивного простору на здоров'я людини, закони географічного поширення хвороб та інших патологічних станів серед населення. Пріоритетна мета медичної географії полягає у встановленні причинно-наслідкового зв'язку, що детермінує вплив біологічних/абіотичних чинників на здоров'я та є основою обґрунтування заходів зі збереження і зміцнення громадського здоров'я. Парадигма медичної географії складається з наступних блоків: мета, завдання, принципи, розділи, географічні фактори, громадське здоров'я, медико-географічна причинно-наслідкова діагностика, пріоритетні напрямки дослідження несприятливого впливу довкілля на здоров'я населення, профілактика несприятливого впливу довкілля на здоров'я населення. Системоутворюючою ланкою медичної географії є блок «Медико-географічна причинно-наслідкова діагностика», складовими якої є статистичні критерії, індикаторна патологія, ендемічні хвороби, географічна патологія та геопатогенні зони.

Література

1. Куролап С.А. Медицинская география на современном этапе развития. Вестник ВГУ. Серия: География. Геология, 2017, №1. - С.13 – 20.
2. Essentials of Medical Geology/ed. O.Selinus. Springer Netherlands, 2013. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-4375-5>.
3. Healthy People 2010. Progress Review Vision and Hearing. Oktober 21.2008 [Electronic resource]. URL: <http://www.healthypeople.gov/data/2010prog/focus28/default.htm>.
4. Гребняк М.П., Кірсанова О.В., Таранов В.В. Геопатогенні зони й онкологічна захворюваність населення. Запорізький медичний журнал, 2020.- №6.- С.811-815. <https://doi.org/10.14739/2310V1210.2020.6.218453>.
5. Савилов Е.Д., Брико Н.И., Колесников С.И. Эпидемиологические аспекты экологических проблем современности. Гигиена и санитария, 2020; 99 (2).- С.134-139. <https://doi.org/10.33029/0016-9900-2020-99-2-134-139>.
6. Чистобаев А.И., Семенова З.А. Медицинская география в системе наук. Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 7: Геология, География. 2009 (4), 72-80. <http://elibrary.ru/item.asp.cd=13755396>.
7. Баштаннік М.П., Дворецька І.В., Онос Л.М., Савець М.В. Основні засади виділення зон якості атмосферного повітря на території України та їх класифікація згідно з вимогами директив 2004/107/ЄС та 2008/50/ЄС.- Наукові праці УкрНДГМІ, 2016, Вип.269.- С. 123-137.
8. Delegan-Kokajko S.V., Slabky G.O. The impact of Landfills on incidence and prevalence rate of diseases across rural population. Україна. Здоров'я нації. 2020.- №1 (58).- С. 36-42. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.1.2020>.
9. Мезенцева Н.І., Батиченко С.П., Мезенцев К.В. Захворюваність та здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: Монографія.- К.: «Прінт Сервіс», 2018.- 136 с.

References

1. Kurolap S.A. Medicinskaya geografiya na sovremennom etape razvitiya. Vestnik VGU. Seriya: Geografiya. Geologiya, 2017, №1.- S.13 – 20.
2. Essentials of Medical Geology/ed. O.Selinus. Springer Netherlands, 2013. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-4375-5>.
3. Healthy People 2010. Progress Review Vision and Hearing. Oktober 21.2008 [Electronic resource]. URL: <http://www.healthypeople.gov/data/2010/prog/focus/28/default.htm>.
4. Grebnyak M.P., Kirsanova O.V., Taranov V.V. Geopatogeni zoni j onkologichna zahvoryuvanist' naseleण्या. Zaporiz'kij medichnij zhurnal, 2020.- №6.- S.811-815. <https://doi.org/10.14739/2310V1210.2020.6.218453>.
5. Cavirov E.D., Briko N.I., Kolesnikov S.I. Epidemiologicheskie aspekty ekologicheskikh problem sovremennosti. Gigiena i sanitariya, 2020; 99 (2).- S.134-139. <https://doi.org/10.33029/0016-9900-2020-99-2-134-139>.
6. CHistobaev A.I., Semenova Z.A. Medicinskaya geografiya v sisteme nauk. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 7: Geologiya, Geografiya. 2009 (4), 72-80. <http://elibrary.ru/item.asp.cd=13755396>.
7. Bashtannik M.P., Dvorec'ka I.V., Onos L.M., Savec' M.V. Osnovni zasady vidilennya zon yakosti atmosferного povitrya na teritorii Ukraїni ta ih klasifikaciya zgidno z vimogami direktiv 2004/107/ES ta 2008/50/ES.- Naukovi pracі UkrNDGMI, 2016, Vip.269.- S. 123-137.
8. Delegan-Kokajko S.V., Slabky G.O. The impact of Landfills on incidence and prevalence rate of diseases across rural population. Україна. Здоров'я нації. 2020.- №1 (58).- С. 36-42. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.1.2020>.
9. Mezenceva N.I., Batichenko S.P., Mezencev K.V. Zahvoryuvanist' ta zdorov'ya naseleण्या v Ukraїni: suspil'no-geografichnij vimir: Monografiya.- K.: «Print Servis», 2018.- 136 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.08.2021 р.

Мета дослідження. Обґрунтувати парадигму медичної географії у сучасний період

Матеріали та методи. У роботі використовували бібліосемантичний, медико-географічний, структурно-логічний та аналітичний методи.

Результати. Медична географія – наука, що вивчає вплив геоактивного простору на здоров'я людини, закони географічного поширення хвороб та інших патологічних станів серед населення. Пріоритетна мета медичної географії полягає у встановленні причинно-наслідкового зв'язку, що детермінує вплив біологічних/абіотичних чинників на здоров'я та є основою обґрунтування заходів зі збереження і зміцнення громадського здоров'я.

Висновки. У результаті проведеного дослідження обґрунтована парадигма медичної географії складається з наступних блоків: мета, завдання, принципи, розділи, географічні фактори, громадське здоров'я, медико-географічна причинно-наслідкова діагностика, пріоритетні напрямки дослідження несприятливого впливу довкілля на здоров'я населення, профілактика несприятливого впливу довкілля на здоров'я населення. Системоутворюючою ланкою медичної географії є блок «Медико-географічна причинно-наслідкова діагностика», складовими якої є статистичні критерії, індикаторна патологія, ендемічні хвороби, географічна патологія та геопатогенні зони.

Ключові слова: медична географія, вплив довкілля на здоров'я, природні фактори.

Цель исследования. Обосновать парадигму медицинской географии в современный период.

Материалы и методы. В работе использовали библиосемантический, медико-географический, структурно-логический и аналитический методы.

Результаты. Медицинская география – наука, изучающая влияние геоактивного пространства на здоровье человека, законы географического распространения болезней и других патологических состояний среди населения. Приоритетная цель медицинской географии заключается в установлении причинно-следственной связи, детерминирует влияние биологических / абиотических факторов на здоровье и является основой обоснования мероприятий по сохранению и укреплению общественного здоровья.

Выводы. В результате проведенного исследования обоснована парадигма медицинской географии состоит из следующих блоков: цель, задачи, принципы, разделы, географические факторы, общественное здоровье, медико-географическая причинно-следственная диагностика, приоритетные направления исследования неблагоприятного влияния окружающей среды на здоровье населения, профилактика неблагоприятного влияния окружающей среды на здоровье населения. Системообразующим звеном медицинской географии является блок «Медико-географическая причинно-следственная диагностика», составляющими которой являются статистические критерии, индикаторная патология, эндемические болезни, географическая патология и геопатогенные зоны.

Ключевые слова: медицинская география, влияние окружающей среды на здоровье, природные факторы.

Purpose of the study. Substantiate the paradigm of medical geography in the modern period.

Materials and methods. The work used bibliosemantic, medico-geographical, structural-logical and analytical methods.

Results. Medical geography is a science that studies the influence of geoactive space on human health, the laws of the geographical spread of diseases and other pathological conditions among the population. The priority goal of medical geography is to establish a causal relationship, determines the influence of biological / abiotic factors on health and is the basis for justifying measures to preserve and strengthen public health.

Conclusions. As a result of the study, the paradigm of medical geography has been substantiated and consists of the following blocks: purpose, objectives, principles, sections, geographical factors, public health, medico-geographical cause-and-effect diagnostics, priority research areas of the adverse environmental impact on public health, prevention of adverse environmental impacts. environment on public health. The backbone link of medical geography is the block "Medical and geographical causal diagnostics", the components of which are statistical criteria, indicator pathology, endemic diseases, geographical pathology and geopathogenic zones.

Key words: medical geography, the impact of the environment on health, natural factors.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Гребняк М.П. – д-р мед. наук, професор кафедри загальної гігієни та екології, Запорізький державний медичний університет, Україна.
ORCID ID 0000-0002-7720-6758.

Кірсанова О.В. – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної гігієни та екології, Запорізький державний медичний університет, Україна.
kirsanova@zsmu.zp.ua, ORCID ID: 0000-0001-5337-2439.

Таранов В.В. – канд. мед. наук, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права, Запорізький державний медичний університет, Україна.
ORCID ID: 0000-0003-0053-5550.

Мікрюкова Наталія Геннадіївна – асистент кафедри загальної гігієни та екології, Запорізький державний медичний університет, Україна.
mikryukova7@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-1188-8140.

Кальчук Р.Д.¹, Клименко В.І.²

Дослідження впливу соціальних факторів на стан психічного здоров'я дорослого населення

¹Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, м. Одеса, Україна

²Міжнародний гуманітарний університет, факультет післядипломної медичної освіти, м. Одеса, Україна

vicusa1107@gmail.com

Кальчук Р.Д.¹, Клименко В.І.²

Исследования влияния социальных факторов на состояние психического здоровья взрослого населения

¹Военно-медицинский клинический центр
Северного региона, г. Одесса, Украина

²Международный гуманитарный университет,
г. Одесса, Украина

Kalchuk R.D.¹, Klimenko V.I.²

Research on the influence of social factors on the state of mental health of the adult population

¹Military-Medical Clinical Center of Northern Region,
Odessa, Ukraine

²International Humanitarian University,
Faculty of Postgraduate Medical Education, Odessa, Ukraine

Вступ

Виникнення та перебіг розладів психіки та поведінки беззаперечно залежать від різних груп чинників ризику: соціальні проблеми (матеріально-побутові, самотність та ін.), психоемоційні (перевтома на роботі, оточення, «переживання за наступний день» та ін.) [1,2,6]. Саме постійні несприятливі події в соціальній сфері викликають емоційну реакцію та стресове перенапруження організму. Зміни соціально-економічної ситуації, звичних стереотипів життя та свідомості суспільства, перехід від стабільного життя до епохи постійної потряси, самоізоляція, відсутність гарантованого соціального захисту, відчуття суспільної агресії, дуже часто життя в умовах награні виживання, наближення територіально до військового конфлікту на Сході України торкнулося в тій чи іншій мірі майже кожного мешканця України, що не могло відбитися на стані психічного здоров'я популяції.

Мета дослідження: вивчити вплив соціальних чинників на стан психічного здоров'я дорослого населення.

Матеріали та методи

Нами за спеціально розробленою анкетною для вивчення впливу способу життя та соціальних чинників на стан психічного здоров'я дорослого населення проведено соціологічне опитування 342 осіб, які не вважають себе хворими, для виявлення преморбідних станів та їх чинників ризику. Враховуючи довготривалий військовий конфлікт на Сході України, карантинні обмеження протягом майже двох років в зв'язку з COVID-19, що викликає значні стреси і напруги адаптаційно-приспосувальних механізмів організму, нами

велика увага при створенні анкети приділялася саме цьому блоку питань. Рівень стресостійкості та соціальної адаптації особистості визначали за методикою Холмса і Page [5]. Наказом МОЗ України від 26.01.2018 р. № 157 «Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» було скасовано облікові форми, що слугували первинними обліковими документами для розрахунку показників здоров'я [3], що призвело до відсутності офіційної статистичної звітності про стан психічного здоров'я, стало приводом для вивчення поширеності тривоги та депресії серед дорослого населення за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS). Опитані для більш детального аналізу були розподілені на групи в залежності від віку за класифікацією ВООЗ та за гендерними відмінностями. Для статистичної обробки отриманих результатів дослідження використовували розрахунок середніх величин з похибкою, а для впливу чинників ризику на виникнення тривоги та депресії відношення шансів.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними скринінгу на тривожно-депресивний синдром страждає 62,8±4,75% дорослого населення, достовірної різниці між чоловіками та жінками не встановлено. В залежності від вікової категорії спостерігаються поступове зростання наявності тривожного синдрому зі збільшенням віку. Достовірно частіше даний симптом спостерігається серед населення похилого віку – 58,7±2,20% проти 44,9±3,0% (p<0,05) – населення старечого віку. Субклінічна виражена «тривога» зустрічається у 27,1±3,21 %, при цьому також є достовірна різниця (p<0,001) в залежності від віку: 32,3±5,21% – населення похилого віку проти 13,2±2,48% – населення старечого віку. Таким чином, майже все

населення похилого та старечого віку страждають тривожним синдромом: клінічно чи субклінічно вираженим. Як було раніше доведено в наукових дослідженнях синдром тривоги – перша клінічна ознака психічних порушень [2]. Щодо наявності відчуття тривожності, то 49,2±4,01% опитаних, постійно мають це почуття, встановлено гендерні відмінності: 54,3±3,02% жінок проти 23,76±5,14% чоловіків ($p<0,01$). Показано, що майже третина з тих хто має клінічно синдром тривоги його не відчуває, або не звертає на це уваги. Наступним питанням нашої анкети стало «відчуття страху за завтрашній день», яке мали 50% (48,31±2,55%) респондентів інколи відчувають страх за завтрашній день, але 22,6±2,13% населення постійно відчувають страх за завтрашній день. Тут теж спостерігаються достовірні зміни в залежності від віку: зростання постійного відчуття страху за завтрашній день зі збільшенням віку, а також гендерні відмінності особливо в групі середнього віку – 44-60 років (39,6±2,13% жінок проти 18,7±3,15% чоловіків, $p<0,01$).

З віком накопичується не тільки тривожність, а й достовірно зростає частота депресивного синдрому, формування якого починається серед чоловіків похилого віку.

Останнім часом велика кількість наукових досліджень пов'язана з впливом дії різних стресових факторів на організм людини, до яких додалася пандемія в зв'язку з COVID-19 [4, 6]. Нами проведено аналіз рівня стресостійкості та соціальної адаптації за методикою Холмса і Раге, в основі якої усі події, що відбулися з особистістю протягом останнього року.

За отриманими нами даними високий ступінь опору стресу виявлено лише у чверті населення молодого віку (25-44 років) – 163,8±21,8 балів, ще чверть респондентів цієї вікової категорії мала пороговий ступінь опору стресу, який коливався від 218,1±14,5 балів до 270,6±19,8 балів, а майже у третини опитаних низький ступінь опору стресу – 314,5±17,9 балів. Зі збільшенням віку питома вага респондентів високим ступенем опору стресу зменшується і серед населення старечого віку не досягає навіть 10% на тлі зростання до 50% осіб з низьким опором стресу.

Якщо аналізувати життєві події окремо, то майже у 95% дорослого населення має значну кількість стресогених життєвих подій, які можуть стати чинниками розвитку психічних розладів. Аналіз життєвих подій протягом останнього року, які включено до опитувальника, надає можливість знайти провідні причини стресової ситуації. Хвороба та смерть близьких людей є тяжкими життєвими ситуаціями, які можуть привести до стресу людину в будь-якому віці. Так, смерть дружини (чоловіка) пережило 33 % опитаного нами населення, а смерть дружини (чоловіка) і одночасно смерть близького члена сім'ї, що в сумі відповідає 163 балам, – 21,6 % опитаних. Звільнення з роботи (92 бали) торкнулося кожного третього опитаного. Нами

встановлено, що звільнення з роботи не залежно від причини (в тому числі і перехід на дистанційну форму чи простій) в 8,1 рази (відношення шансів $OR=8,13$, 95% CI: 5,13-10,1; $p<0,05$) збільшували ризик порушення психічного здоров'я у вигляді тривожно-депресивного синдрому.

Викликає порушення психічного здоров'я і самотність, яка майже в 5 разів збільшувала шанси виникнення тривоги чи депресії (відношення шансів $OR=4,84$, 95% CI: 3,83-5,12; $p<0,05$) серед досліджуваної категорії. Але наявність самотності залежить також від її тривалості, віку, коли людина стала самотньою та статі. Нами встановлено, що ризик виникнення розладів психіки та поведінки при наявності самотності збільшується з віком, особливо серед чоловіків, при самотності (одиноке проживання без членів родини) тривалістю до 5 років. Серед жінок найчастіше спостерігалися зміни в психічному стані при довготривалому – понад 10 років відчутті самотності. Майже 65% населення молодого та середнього віку відчувають самотність: 27,5±1,95% – постійно, 39,3±2,54% – інколи, особливо після самоізоляції. Щодо гендерних відмінностей постійного відчуття самотності, то встановлено, що достовірно частіше її відчуває 31,3±2,88% жінок проти 17,3±2,54% чоловіків ($p<0,05$).

Нами встановлено, що смерть дружини чи чоловіка, роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення), розрив з партнером, смерть близького члена родини теж майже в 5 разів (відношення шансів $OR=4,78$, 95% CI: 3,83-6,71; $p<0,05$) збільшували шанси виникнення непсихотичних психічних розладів серед дорослого населення. Поєднання таких життєвих подій як травма чи хвороба (53 бали), зміна стану здоров'я членів родини (44 бали), надмірне занепокоєння власним здоров'ям (40 балів), сексуальні проблеми (39 балів), що разом складає 176 балів, які зустрічалися майже у двох третин опитаного населення, ми пов'язуємо це з COVID-19 збільшує в 10,8 разів (відношення шансів $OR=10,8$, 95% CI: 8,3-12,4; $p<0,05$) ризик розвитку депресивного стану.

Висновки

1. За даними скринінгу показано, що 62,8±4,75% дорослого населення страждає на тривожно-депресивний синдром, який поширюється з віком, достовірної різниці між чоловіками та жінками не встановлено.

2. Встановлено, що найбільше впливовими чинниками ризику виникнення тривожно-депресивного синдрому серед дорослого населення є соціальні зміни в житті особистості: зміна стану особистого здоров'я чи членів родини (відношення шансів $OR=10,8$, 95% CI: 8,3-12,4; $p<0,05$), звільнення з роботи не залежно від причини (відношення шансів $OR=8,13$, 95% CI: 5,13-10,1; $p<0,05$), самотність (відношення шансів $OR=4,84$, 95% CI: 3,83-5,12; $p<0,05$).

Література

1. Адаптация болгарской версии шкалы социального и эмоционального одиночества (SELSA-S) для взрослых и пожилых людей [Стрижицкая О.Ю., Петраш М.Д., Муртазина И.Р. и др.]. Консультативная психология и психотерапия. 2020; 28. (4): 79–97.
2. Полищук Ю.И., Летникова З.В. Многофакторные причины возникновения и развития непсихотических депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте. Социальная и клиническая психиатрия. 2019; 29(2): 86-92.
3. Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2018 р. № 157. [Електронний ресурс]: Оф. веб-сайт Ліга-закон. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0182-18#Text>.
4. Психическое здоровье и COVID-19 [Електронний ресурс]: – Режим доступу: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/mental-health-and-covid-19>.
5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Бахрам, 2002: 668 с.
6. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_10.

References

1. Adaptaciya bolgarskoy versii schcali socialnogo i emocionalnogo odinozcestva (SELSA-S) dla vzroslich i poshilich ludeay [Strichizkaya O.Ya., Petrasch M.D., Murtazina I.P. et al.] // Consultavna psychologiya I psichoterapiya. 2020. T. 28. № 4. S. 79–97.
2. Polyshchuk Yu.Y., Letnykova Z.V. Mnohofaktornyye prychyny voznyknoveniya y razvytyia nepssykhotycheskykh depressyvnykh y trevozhnykh rasstroistv v pozdnem vozraste // Sotsyalnaia y klynicheskaia psykhyatryia. 2019. Tom 29. № 2. S. 86-92.
3. Pro vnesennia zmin do deiakykh nakaziv Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy : Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 26.01.2018 r. № 157. [Elektronnyi resurs]: Of. veb-sait Liha-zakon. – Rezhym dostupu : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0182-18#Text>.
4. Psykhycheskoe zdorove y COVID-19 [Elektronnyi resurs]: – Rezhym dostupu: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/mental-health-and-covid-19>.
5. Raihorodskiy D.Ia. Praktycheskaia psykhyodiyahnostyka. Metodyky y testy / D.Ia. Raihorodskiy. – Bakhram, 2002. – 668 s.
6. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Електронний ресурс]: – Режим доступу : https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_10.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.07.2021 р.

Мета дослідження: вивчити вплив соціальних чинників на стан психічного здоров'я дорослого населення.

Матеріали та методи. Проведено соціологічне опитування 342 осіб, які не вважають себе хворими, для виявлення преморбідних станів та їх чинників ризику, які встановлено за допомогою розрахунку відношення шансів.

Результати. Результати проведеного дослідження показують значну поширеність тривоги та депресії серед дорослого населення, разом понад 60%, до яких призводять соціальні фактори та життєві події особистості: травма чи хвороба, зміна стану здоров'я членів родини, надмірне занепокоєння власним здоров'ям, сексуальні проблеми, звільнення з роботи не залежно від причини, самотність, постійне відчуття страху за завтрашній день.

Висновки. Поширеність тривожно-депресивного синдрому серед дорослого населення становить $62,8 \pm 4,75\%$, провідними чинниками ризику якого є зміна стану особистого здоров'я чи членів родини (відношення шансів $OR=10,8$, $95\% CI: 8,3-12,4$; $p<0,05$), звільнення з роботи не залежно від причини (відношення шансів $OR=8,13$, $95\% CI: 5,13-10,1$; $p<0,05$), самотність (відношення шансів $OR=4,84$, $95\% CI: 3,83-5,12$; $p<0,05$).

Ключові слова: доросле населення, соціальні фактори, психічне здоров'я.

Цель исследования: изучение влияния социальных факторов на состояние психического здоровья взрослого населения.

Материалы и методы. Для выявления преморбидных состояний и определения факторов риска их возникновения проведено анкетирование 342 взрослых людей, которые не считают себя психически больными с последующим расчётом отношения шансов.

Результаты. Проведенное нами исследование показало значительную распространенность тревожности и депрессии среди взрослого населения, которая составляет более 60%, в результате действия социальных факторов и событий в жизни человека: травма или болезнь, изменения состояния здоровья членов семьи, чрезмерная

обеспокоенность собственным здоровьем, сексуальные проблемы, увольнение с работы независимо от причины, одиночество, постоянное чувство страха о завтрашнем дне.

Выводы. Распространенность тревожно-депрессивного синдрома среди взрослого населения составляет $62,8 \pm 4,75\%$, ведущими факторами риска стали изменения состояния собственного здоровья или членов семьи (отношение шансов $OR=10,8$, $95\% CI: 8,3-12,4$; $p<0,05$), увольнение с работы независимо от причины (отношение шансов $OR=8,13$, $95\% CI: 5,13-10,1$; $p<0,05$), одиночество (отношение шансов $OR=4,84$, $95\% CI: 3,83-5,12$; $p<0,05$).

Ключевые слова: взрослое население, социальные факторы, психическое здоровье.

Purpose: The objective is to study the influence of social factors on the state of mental health of the adult population

Materials and methods. A sociological survey of 342 people who do not consider themselves sick was conducted to identify premorbid conditions and their risk factors, which were established by calculating the odds ratio.

Results. The results of the study show a significant prevalence of anxiety and depression among the adult population, together more than 60%, which are caused by social factors and life events of an individual: injury or illness, changes in the health status of family members, excessive concern about their own health, sexual problems, dismissal from work, regardless of reason, loneliness, constant fear of tomorrow.

Conclusions. The prevalence of anxiety-depressive syndrome among the adult population is $62,8 \pm 4,75\%$, the leading risk factors are changes in the state of personal health or family members (odds ratio $OR = 10,8$, $95\% CI: 8,3-12,4$; $p<0,05$), dismissal from work regardless of the reason (odds ratio $OR = 8,13$, $95\% CI: 5,13-10,1$; $p<0,05$), loneliness (odds ratio $OR = 4,84$, $95\% CI: 3,83-5,12$; $p<0,05$).

Key words: adult population, social factors, mental health.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Кальчук Роман Дмитрович – начальник, Військово-медичний клінічний центр Північного регіону; м.Одеса, вул. Пироговська, 2.

Клименко Вікторія Іванівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я, Міжнародний гуманітарний університет, факультет післядипломної медичної освіти; м.Одеса, Фонтанська дорога, 23а. vicusa1107@gmail.com.

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Брич В.В., Білак-Лук'янчук В.Й., Рябінчук М.В.

Щодо викладання магістрам громадського здоров'я дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні»

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

g.slabkiy@ukr.net

Слабкий Г.А., Миронюк І.С.,
Брич В.В., Білак-Лук'янчук В.Й., Рябінчук М.В.
**К вопросу о преподавании магистрам
общественного здоровья дисциплины
«Организация здравоохранения в Украине»**
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Slabkiy G.O., Myronyuk I.S.,
Brych V.V., Bilak-Lukianchuk V.J., Riabynchuk M.V.
**To the issue of teaching the discipline "Organization
of health care in Ukraine" to masters of public health**
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

В 2016 році в Україні, базуючись на міжнародних документах, започатковано систему громадського здоров'я [1,2]. Так, Розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р схвалено «Концепцію розвитку системи громадського здоров'я», яка визначає «систему громадського здоров'я» [3] як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням, продовження активного та працездатного віку й заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства. Необхідно зазначити, що у Концепції належна увага приділена питанням розвитку кадрових ресурсів системи громадського здоров'я в країні. Далі КМУ постановою від 1 лютого 2017 р. № 53 затверджено нову спеціальність – громадське здоров'я [4]. В 2018 році в Україні затверджено національний стандарт вищої освіти з підготовки магістрів за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» [5] та у 2019 році здійснено перший набір на навчання студентів за магістерськими освітніми програмами спеціальності «Громадське здоров'я». Треба зазначити, що в Україні відсутній досвід розробки освітніх програм підготовки магістрів громадського здоров'я, що потребує постійної роботи з їх удосконалення. Необхідність перегляду та удосконалення програм підготовки магістрів громадського здоров'я пов'язана і з прийняттям Асоціацією шкіл охорони громадського здоров'я в Європейському регіоні (ASPHER) та Агентством з акредитації у сфері громадського здоров'я списку компетенцій, заснованих на європейському досвіді, рекомендованих європейськими школами громадської охорони здоров'я, представниками європейських міністерств охорони здоров'я і представниками охорони громадського здоров'я [6]. Для здійснення такої діяльності необхідно провести глибокий

аналіз існуючих програм та їх складових. Це і визначило актуальність даного дослідження.

Мета роботи: проаналізувати методичні підходи до викладання здобувачам освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» в ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

Матеріали та методи

В ході виконання роботи використано наступні методи: бібліосемантичний та структурно-логічний аналіз. Матеріалами дослідження стали: Освітньо-наукова програма «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» ДВНЗ «Ужгородський національний університет» [7] та Робоча програма з відповідним методичним забезпеченням обов'язкової компоненти освітнього процесу «Організація охорони здоров'я в Україні».

Результати дослідження та їх обговорення

Навчальна дисципліна «Організація охорони здоров'я в Україні» вивчається студентами під час навчання у 1 семестрі (першому семестрі першого курсу) одночасно з ознайомленням зі структурою та основними задачами, функціями та принципами діяльності системи громадського здоров'я, включаючи міжсекторальний підхід шляхом вивчення таких навчальних дисциплін як «Вступ до спеціальності «Громадське здоров'я», «Інформатизація та комунікації в охороні здоров'я», тощо.

Відповідно до вище вказаної освітньо-наукової програми на вивчення дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» виділяється 4 кредити (120 навчальних

годин) з формою підсумованого контролю знань у вигляді іспиту.

Згідно з розподілом навчальних годин затвердженої робочої програми в університеті затверджена наступна структура навчальної дисципліни:

- 22 навчальні години – лекційні;
- 26 навчальних годин – практичні заняття;
- 72 навчальних годин – самостійна робота;
- 2 навчальні години – індивідуальні консультації;
- 2 навчальні години – іспит.

Аудиторна підготовка студентів за даною навчальною дисципліною передбачає вивчення наступних тем:

1. Признак оптимальності системи охорони здоров'я.
2. Загальна характеристика системи охорони здоров'я України та чинники її реформування.
3. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.
4. Характеристика спеціалізованої медичної допомоги населенню України та шляхи її реформування.
5. Характеристика високоспеціалізованої медичної допомоги населенню України та шляхи її реформування.
6. Характеристика екстреної медичної допомоги населенню України та шляхи її реформування.
7. Характеристика програми державних гарантій медичного обслуговування населення та механізми її впровадження.
8. Принципи та механізми сумісної діяльності системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я України по збереженню та зміцненню здоров'я населення.

Самостійна робота студентів передбачає виконання кожним студентом індивідуального завдання з аналізу міжнародної та чинної законодавчої і нормативно-правової бази з організації медичної допомоги населенню, аналізу мережі та показників діяльності закладів охорони здоров'я, аналізу пакетів медичних послуг за програмою державних гарантій тощо.

Іспит проходить у наступній формі. На початку студенти представляють результати виконання самостійного роботи у вигляді 10-15 хвилинної презентації отриманих результатів. Далі вирішують ситуаційну задачу з її представленням і публічним обговоренням. В кінці іспиту вирішують по 10 тестів, які отримують методом випадкової вибірки.

За час вивчення навчальної дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» студенти мають набути та розширити наступні компетентності:

Загальні компетентності:

Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.

Спеціальні компетентності:

Здатність оцінювати основні демографічні та епідеміологічні показники, інтерпретувати та порівнювати значення і тенденції зміни основних детермінант, що чинять вплив на здоров'я у розрізі різних груп населення в Україні, Європейському регіоні та світі, застосовувати основні поняття та концепції епідеміології та статистики при плануванні, проведенні та інтерпретації результатів досліджень.

Здатність визначати пріоритети громадського здоров'я, проводити оцінку потреб сфери охорони здоров'я, пропонувати науково обгрунтовані заходи та розробляти відповідні висновки та стратегії.

Здатність організовувати заходи з нагляду за станом здоров'я населення.

Здатність оцінювати ризики та планувати відповідні дії у випадках надзвичайних ситуацій в сфері громадського здоров'я.

Здатність ідентифікувати, проводити аналіз ризиків, пов'язаних з впливом на здоров'я населення детермінант навколишнього середовища (фізичних, радіаційних, хімічних, біологічних та тих, що стосуються здоров'я працюючих) та організовувати відповідні заходи, спрямовані на захист здоров'я населення.

Здатність оцінювати вплив соціальних детермінант здоров'я та розробляти відповідні заходи для скорочення нерівності щодо здоров'я, спричинених їх впливом.

Здатність розробляти та впроваджувати стратегії, політики та окремі інтервенції у сфері промоції здоров'я, проводити ефективну комунікацію у сфері громадського здоров'я з використання різних каналів та технік комунікації.

Здатність виконувати управлінські функції та організовувати надання послуг у сфері громадського здоров'я, забезпечувати контроль за якістю надаваних послуг на належному рівні.

Здатність здійснювати адвокацію, комунікацію та соціальну мобілізацію у сфері громадського здоров'я, підтримувати лідерство та залучати і посилювати спільноти з метою збереження і зміцнення здоров'я та благополуччя населення.

Здатність розробляти та впроваджувати системи моніторингу і оцінки ефективності інтервенцій, профілактичних та діагностичних або скринінгових програм та політик в громадському здоров'ї.

Здатність проводити економічний аналіз ефективності розроблених процедур, інтервенцій, стратегій та політик в сфері громадського здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням спроможності здобувачів освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» застосовувати набуті компетентності під час проходження науково-дослідної практики та виконання кваліфікаційної роботи.

Висновки

Викладання здобувачам освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» в ДВНЗ «Ужгородський національний

університет» займає 4 кредити (120 навчальних годин), із яких 48 навчальних годин передбачають аудиторну підготовку та 72 навчальні години – самостійну роботу студентів, які в комплексі скеровані на оволодіння магістрами компетентностями, що визначені освітньо-науковою програмою їх підготовки.

Література

1. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, (документ EUR/RC62/12), 2012.52 с.
2. Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, (документ EUR/RC62/12). 2012. Доступно з: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.
3. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України №1002-р від 30.11.2016 Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>.
4. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти. Наказ Міністерства освіти і науки України №1383 від 12.12.2018 р. Доступно з: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/rekomendatsii-1648.pdf>.
5. Постанова MKY від 1 лютого 2017 р. № 53 “Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266 “Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців вищої освіти” Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/53-2017-%D0%BF#Text>.
6. Рамки компетенцій WHO-ASPHER для кадрів громадського здоров'я в Європейському регіоні. Проект. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВОЗ, ASPHER. Жовтень 2019.
7. Освітньо-наукова програма «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 Охорона здоров'я. Затверджено Вченою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Протокол №4 від 21.03.2019 р.

References

1. Evropeyskiy plan deistviy po ukrepleniyu potentsyala y usluh obshchestvennoho zdravookhraneniya. Kopenhagen: Evropeyskoe rehyonalnoe biuro VOZ, (dokument EUR/RC62/12), 2012.52 с.
2. Osnovi Evropeiskoi polytyky podderzhky hosudarstva y obshchestva v ynteresakh zdorovia y blahopoluchyia. Kopenhagen: Evropeyskoe rehyonalnoe biuro VOZ, (dokument EUR/RC62/12). 2012. Dostupno z: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.
3. Pro skhvalenniia Kontseptsii rozvytku systemy hromadskoho zdorovia: Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy №1002-r vid 30.11.2016 Dostupno z: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>.
4. Pro zatverdzhennia standartu vyshchoi osvity za spetsialnistiu 229 «Hromadske zdorovia» dlia druoho (mahisterskoho) rivnia vyshchoi osvity. Nakaz Ministerstva osvity i nauky Ukrainy №1383 vid 12.12.2018 r. Dostupno z: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/rekomendatsii-1648.pdf>.
5. Postanova MKU vid 1 liutoho 2017 r. № 53 “Pro vnesennia zmin do postanovy Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 29 kvitnia 2015 r. № 266 “Pro zatverdzhennia pereliku haluzei znan i spetsialnostei, za yakymy zdiisniuietsia pidhotovka fakhivtsiv vyshchoi osvity” Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/53-2017-%D0%BF#Text>.
6. Ramky kompetentsii WHO-ASPHER dlia kadriv hromadskoho zdorovia v Yevropeiskomu rehioni. Proekt. Kopenhagen: Yevropeiske rehionalne biuro VOOZ, ASPHER. Zhovten 2019.
7. Osvitno-naukova prohrama «Hromadske zdorovia» druoho (mahisterskoho) rivnia vyshchoi osvity za spetsialnistiu 229 Okhorona zdorovia. Zatverdzheno Vchenoiu radoiu DVNZ «Uzhhorodskiy natsionalnyi universytet». Protokol №4 vid 21.03.2019 r.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.09.2021 р.

Мета роботи: проаналізувати методичні підходи до викладання здобувачам освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» в ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

Матеріали та методи. В ході виконання роботи використано наступні методи: бібліосемантичний та структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали: Освітньо-наукова програма «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» галузі знань 22 «Охорона здоров'я»

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» та Робоча програма з відповідним методичним забезпеченням обов'язкової компоненти освітнього процесу «Організація охорони здоров'я в Україні».

Результати. В статті наведено методичні основи викладання здобувачам освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» в ДВНЗ «Ужгородський національний університет» дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні».

Висновки. Викладання здобувачам освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» дисципліни «Організація охорони здоров'я в Україні» в ДВНЗ «Ужгородський національний університет» займає 4 кредити (120 навчальних годин), із яких 48 навчальних годин передбачають аудиторну підготовку та 72 навчальні години – самостійну роботу студентів

Ключові слова: громадське здоров'я, магістри, підготовка, навчальна дисципліна «Організація охорони здоров'я в Україні», викладання.

Цель работы: проанализировать подходы к преподаванию соискателям второго (магистерского) уровня специальности 229 «Общественное здоровье» дисциплины «Организация здравоохранения Украины» в Ужгородском национальном университете.

Материалы и методы. В ходе выполнения работы использованы следующие методы: библиосемантический и структурно-логического анализа. Материалами исследования стали: образовательно-научная программа «Общественное здоровье» второго (магистерского) уровня высшего образования за специальностью 229 «Общественное здоровье» отрасли знаний 22 «Охрана здоровья» Ужгородский национальный университет и рабочая программа с соответствующим методическим обеспечением учебного предмета «Организация здравоохранения в Украине».

Результаты. В статье показаны методические основы преподавания магистрам общественного здоровья в Ужгородском национальном университете дисциплины «Организация здравоохранения в Украине».

Выводы. Преподавание соискателям второго (магистерского) уровня специальности 229 «Общественное здоровье» дисциплины «Организация здравоохранения Украины» в Ужгородском национальном университете занимает 4 кредиты (120 учебных часов), из которых 48 учебных часов предусматривает аудиторную подготовку и 72 учебных часов – самостоятельную работу студентов.

Ключевые слова: общественное здоровье, магистры, подготовка, образовательная дисциплина «Организация здравоохранения в Украине», преподавание.

Goal of research: to analyze methodological approaches to teaching to students of the second (master's) level in specialty 229 "Public Health" the discipline "Organization of health care in Ukraine" in the State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University".

Materials and methods. The following methods were applied in the course of research: bibliosemantic and of structural-and-logical analysis. The materials of research used: Educational and scientific program "Public Health" of the second (master's) level of higher education in specialty 229 "Public Health" in the field of knowledge 22 "Health Care" of the State University "Uzhhorod National University" and the Syllabus with the appropriate methodological support of the mandatory components of the educational process "Organization of health care in Ukraine".

Results. The article provides methodological fundamentals of teaching the discipline "Organization of health care in Ukraine" to masters of public health at Uzhhorod National University.

Conclusions. Teaching to students of the second (master' degree) level in specialty 229 "Public Health" the discipline "Organization of health care in Ukraine" in the State University "Uzhhorod National University" includes 4 credits (120 academic hours), of which 48 academic hours provide for classroom training and 72 academic hours for independent work of the students.

Key words: public health, masters, training, educational discipline "Organization of health care in Ukraine", teaching.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
g.slabkiy@ukr.net.

Миронюк Іван Святославович – д.мед.н., проф., декан факультету здоров'я та фізичного виховання, професор кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
ivan.mironyuk@gmail.com.

Брич Валерія Володимирівна – к.мед.н., доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
leravvv79@gmail.com.

Білак-Лук'янчук Вікторія Йосипівна – к.мед.н., доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Рябінчук Михайло Валентинович – магістр громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240807
УДК 614.1:314.48:616.89-008.447

Любінець О.В.¹, Качмарська М.О.², Гржибовський Я.Л.¹, Боровець В.А.¹

Структура та динаміка смертності населення України внаслідок розладів психіки та поведінки

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедри громадського здоров'я¹ та психіатрії і психотерапії², м. Львів, Україна

pulmo@ukr.net, kachmarskamarta@gmail.com, grshybowczyk@yahoo.de, v.a.borovets@gmail.com

Любінець О.В., Качмарская М.О.,
Гржибовский Я.Л., Боровец В.А.

Структура и динамика смертности населения Украины вследствие расстройств психики и поведения

Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Lyubinetz O.V., Kachmarska M.O.,
Grzybowczyk Y.L., Borovets V.A.

Structure and dynamics of mortality of the population of Ukraine due to mental and behavioral disorders

Danylo Halatskyi Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine

Вступ

Визначальною демографічною проблемою нинішньої України є скорочення абсолютної кількості населення, що є наслідком значної інтенсифікації таких протилежних за динамікою демографічних процесів як скорочення народжуваності та зростання смертності, а також міграційні процеси, які у значній мірі пов'язані з військовою агресією на території країни [1–5]. Принциповим моментом при цьому є те, що зменшення кількості населення відбувається не лише внаслідок падіння народжуваності, але і внаслідок зростання смертності [6–8]. Значення результатів динаміки смертності населення надзвичайно велике: за ними можна будувати статистичні та прогностичні моделі, які пояснюють причинно-наслідкові залежності, вони можуть служити інструментом для кількісної та якісної оцінки роботи державних та місцевих органів влади та системи охорони здоров'я в окремих населених пунктах і в окремо взятих регіонах країни. Показник рівня смертності населення є надважливим індикатором стану громадського здоров'я та спонукає проведення структурних змін і здійсненню соціальних заходів на рівні країни та регіону. В цей же час стан нашого суспільства тривалий час не був сприятливим для формування свідомого ставлення громадян до збереження свого здоров'я. Це було наслідком того, що у попередній період практично вся вітчизняна система охорони здоров'я, з притаманним їй безоплатним наданням медичних послуг та гарантованою оплатою лікарняних листків, являла собою важливу частину потужної державної системи соціального захисту. Однак такий підхід не створив умов для формування цивілізованих стандартів здорового способу життя, що передбачає зацікавленість населення у дбайливому ставленні до свого здоров'я, в т.ч. відмова від

шкідливих звичок. В зв'язку з чим, сьогодні в Україні є невинувато високий рівень смертності населення внаслідок вживання алкогольовмісних речовин [9–10].

Мета дослідження: вивчити і проаналізувати дані про смертність населення в Україні та в регіональному аспекті внаслідок розладів психіки та поведінки за місцем проживання, статтю і безпосередньою причиною смерті.

Матеріали та методи

Під час виконання цього дослідження використано дані Державного комітету статистики України за 2008 та 2018 рр. [11–12]. Їх основу склала ця інформація в п'яти регіонах: Південно-Східному (Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська, Харківська області), Південному (Миколаївська, Одеська, Херсонська області), Північно-Східному (Полтавська, Сумська, Чернігівська області), Центральному (Вінницька, Житомирська, Київська, Хмельницька, Черкаська області та м. Київ) та Західному (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська та Чернівецька області), створених за рівнем розвитку, історичними особливостями, характерною медико-демографічною ситуацією. Дані у Донецькій, Луганській областях, АР Крим та м. Севастополь у розрахунок не бралися.

Використано такі методи дослідження: епідеміологічний, демографічний та медичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

Структура смертності за причинами смерті в Україні у 1991–2018 роках залишається незмінною порівняно із структурою до набуття Україною незалежності: на першому місці за кількістю смертних випадків у 2018 році стояли хвороби системи кровообігу

(67,4%), за ними йшли новоутворення (13,5%), зовнішні дихання (2,2%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби причини смерті (5,4%), хвороби органів травлення (4,1%), (1,5%) (табл. 1).

Таблиця 1. Структура смертності за класами причин смерті в Україні у 2008 та 2018 роках на 100 тис. населення (* власні розрахунки за даними Державної служби статистики України)

Класи причин смерті	Показник смертності*		% у загальній структурі причин смертності*		Рейтингове місце*		
	Рік	2008	2018	2008	2018	2008	2018
КЛАС I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби		34,18	22,71	2,14	1,54	6	6
КЛАС II. Новоутворення		187,63	200,31	11,73	13,54	2	2
КЛАС III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму		0,69	0,57	0,04	0,04	15	15
КЛАС IV. Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин		6,14	5,74	0,38	0,39	10	9
КЛАС V. Розлади психіки та поведінки		6,90	3,32	0,43	0,22	8	10
КЛАС VI. Хвороби нервової системи		13,95	11,96	0,87	0,81	7	7
КЛАС VII. Хвороби ока та його придаткового апарату		0,003	0,00	0,00	0,00	18	18
КЛАС VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка		0,008	0,109	0,01	0,01	17	16
КЛАС IX. Хвороби системи кровообігу		1020,30	996,61	63,80	67,37	1	1
КЛАС X. Хвороби органів дихання		50,00	33,16	3,13	2,24	5	5
КЛАС XI. Хвороби органів травлення		70,66	61,19	4,42	4,14	4	4
КЛАС XII. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини		1,12	1,40	0,07	0,09	14	13
КЛАС XIII. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини		1,66	1,18	0,10	0,08	13	14
КЛАС XIV. Хвороби сечостатевої системи		6,56	6,39	0,41	0,43	9	8
КЛАС XV. Вагітність, пологи та післяпологовий період		0,16	0,01	0,01	0,01	16	17
КЛАС XVI. Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді		5,29	3,28	0,33	0,22	11	11
КЛАС XVII. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії		4,71	3,21	0,29	0,22	12	12
КЛАС XX. Зовнішні причини смертності		127,46	79,24	7,97	5,36	3	3

При зміні рівнів смертності в порівнянні 2008 та 2018 років за причинами смерті при зниженні показника загальної смертності на 7,5% позитивним є зменшення показника смертності від зовнішніх причин (-37,8%) та деяких інфекційних та паразитарних хвороб (-33,6%). В цей же час стабільно високими в Україні у порівнянні з такими у країнах Європи залишився рівень смертності у 2018 р. від

хвороб системи кровообігу (996,61 на 100 тис. населення), новоутворень (200,31 на 100 тис. населення), хвороб органів травлення (61,19 на 100 тис. населення), а також відбулося зростання показника смертності населення від хвороб шкіри та підшкірної клітковини (+25,0%).

Окремо необхідно зазначити зміни, які відбулися у рівнях смертності при розладах психіки та поведінки

позаяк психічне здоров'я є невід'ємною частиною і найважливішим компонентом здоров'я. Як сказано в Статуті ВООЗ: "Здоров'я є станом повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів". Динаміка психічних розладів в містах та регіонах залежить від безлічі причин і характеристик, що впливають на варіабельність, взаємозв'язок і мінливість патології, як результат на рівень смертності населення.

Смертність за V класом хвороб «Розлади психіки та поведінки» в Україні складала у 2008 році 6,9 випадків на 100 тис. населення і до 2018 року вона зменшилась більше як на 50% і складала вже 3,3 випадки. Проте вищі його рівні спостерігалися серед сільського населення, ніж міського (у 2008 році – 10,52 проти 4,93, у 2018 році 5,16 проти 1,77), та були серед чоловіків у 3,28-3,32 рази вищі, ніж серед жінок.

Аналіз смертності населення за регіональним поділом України показав суттєві коливання: у 2018 році максимальний рівень в 5,68 на 100 тис. осіб спостерігався у Західному регіоні та 5,71 – у Північно-Східному і перевищував середньо-український показник у 1,9 рази, мінімальний – 2,34 у Південно-Східному був меншим за середньо-український у 1,3 рази (табл. 2). При загальній позитивній динаміці цих даних за період з 2008 по 2018 рік у Західному та Північно-Східному регіонах вона була найнижчою, відповідно -49,05% та -49,48%.

В кожному регіоні України за даними 2018 року є окремі області з максимальними рівнями смертності, до них відносяться Закарпатська (16,5 випадків смерті на 100 тис. населення), Чернігівська (14,6) та Хмельницька (13,0). В цей же час існує невелика група областей з мінімальними значеннями рівнів смертності – це Івано-Франківська (0,1), Київська (0,3), Дніпропетровська (0,4), Одеська (0,5), а також м. Київ (0,1). Щодо динаміки зміни рівня смертності з приводу розладів психіки та поведінки – у 2018 році зростання показника встановлено лише у Чернігівській області (+7,2%).

Головною нозологічною формою, яка спричиняла смерть за цим класом патології є розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (табл. 3). Смертність з приводу цієї причини складала 73,9% (2008) та 75,6% (2018) від усіх смертей у цьому класі причин смерті. Цей відсоток у 2018 році був найбільшим у Північно-Східному (93,9%), Південному (85,7%) та Південно-Східному регіонах (83,3%).

Смертність чоловіків з приводу розладів психіки та поведінки у 3,3 рази перевищувала таку серед жіночого населення. А рівень смертності з приводу розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю був у 5,9 разів вищим, ніж у жінок.

Необхідно зазначити, що рівень смертності серед сільських мешканців у 2008 році в 2,13 рази був вищим, ніж у містян. У 2018 ця різниця ще більше зросла і складала 2,92 рази і була зумовлена у 3,55 разів більшою різницею у рівнях смертності серед жіночого населення.

Щодо смертності з причини вживання алкоголю – різниця у її рівнях серед селян та міських жителів у 2018 році до 2008 року зросла з 2,12 до 2,87 разів, як за загальними даними, так і серед чоловічого (відповідно, 2,01 і 2,79 разів) та жіночого (відповідно, 2,13 і 2,83 рази) населення.

Таблиця 2. Смертність за класом V «Розлади психіки та поведінки» в регіонах України у 2008 та 2018 роках (* власні розрахунки за даними Державної служби статистики України)

Регіони/області	2008	2018	% зміни
Південно-Східний	5,63	2,34	-58,44
Дніпропетровська	2,77	0,40	-85,56
Запорізька	2,46	0,82	-66,67
Кіровоградська	15,48	6,73	-56,52
Харківська	1,82	1,42	-21,98
Південний	8,12	2,52	-68,97
Миколаївська	15,54	5,28	-66,02
Одеська	1,59	0,46	-71,07
Херсонська	7,22	1,82	-74,79
Північно-Східний	9,37	5,71	-39,06
Полтавська	2,69	0,78	-71,00
Сумська	11,86	1,75	-85,24
Чернігівська	13,56	14,61	7,74
Центральний	7,73	3,94	-49,03
Вінницька	5,32	2,87	-46,05
Житомирська	17,77	5,87	-66,97
Київська	0,86	0,34	-60,47
Хмельницька	18,51	13,00	-29,77
Черкаська	3,72	1,48	-60,22
м. Київ	0,18	0,07	-61,11
Західний	10,48	5,68	-45,80
Волинська	8,20	5,88	-28,29
Закарпатська	33,72	16,54	-50,95
Івано-Франківська	1,95	0,07	-96,41
Львівська	6,06	2,85	-52,97
Рівненська	5,12	3,02	-41,02
Тернопільська	9,92	5,34	-46,17
Чернівецька	8,40	6,07	-27,74

Таблиця 3. Структура смертності за класом V «Розлади психіки та поведінки» в Україні у 2008 та 2018 роках (* власні розрахунки за даними Державної служби статистики України)

Клас V «Розлади психіки та поведінки»	Рік	Україна			Міські поселення			Сільські поселення		
		Заг.	Жінки	Чоловіки	Заг.	Жінки	Чоловіки	Заг.	Жінки	Чоловіки
Розлади психіки та поведінки (F00-F99)	2008	6,90	3,38	11,07	4,93	2,30	8,01	10,52	5,33	16,46
	2018	3,32	1,36	4,52	1,77	0,77	2,99	5,16	2,73	7,81
	% зміни	-51,88	-59,76	-59,17	-64,10	-66,52	-62,67	-50,95	-48,78	-52,55
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (F10.1)	2008	5,10	1,57	9,24	3,65	1,12	6,62	7,74	2,39	13,87
	2018	2,51	0,66	3,84	1,35	0,42	2,46	3,87	1,19	6,81
	% зміни	-50,78	-57,96	-58,44	-63,01	-62,50	-62,84	-50,00	-50,21	-50,90
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (F10.2-F19)	2008	0,45	0,29	0,64	0,65	0,44	0,90	0,10	0,01	0,18
	2018	0,11	0,03	0,18	0,12	0,04	0,22	0,04	0,00	0,08
	% зміни	-75,56	-89,66	-71,88	-81,54	-90,91	-75,56	-60,00	-100,00	-55,56
Розумова відсталість (F70-F79)	2008	0,08	0,06	0,11	0,03	0,05	0,03	0,15	0,07	0,24
	2018	0,03	0,04	0,01	0,01	0,03	0,00	0,05	0,06	0,03
	% зміни	-62,50	-33,33	-90,91	-66,67	-40,00	-100,00	-66,67	-14,29	-87,50
Інші розлади психіки та поведінки (F01-F09, F20-F69, F80-F99)	2008	1,28	1,46	1,08	0,59	0,69	0,47	2,53	2,85	2,17
	2018	0,67	0,64	0,49	0,29	0,28	0,31	1,21	1,48	0,89
	% зміни	-47,66	-56,16	-54,63	-50,85	-59,42	-34,04	-52,17	-48,07	-58,99

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням вікової характеристики смертності населення внаслідок розладів психіки та поведінки.

Висновки

Деталізований аналіз смертності населення України за класом хвороб МКХ-Х "Розлади психіки та поведінки" показав, що рівень цього показника з розрахунку на 100 тис. населення складав у 2018 році серед всього населення України – 3,32, серед міських жителів – 1,77, серед сільських жителів – 5,16, серед чоловіків – 4,52, серед жінок – 1,36. Встановлено, що рівень смертності

населення з приводу цієї патології зменшився у порівнянні до даних за 2008 рік більше як на 50%. Проте вищі його рівні спостерігаються серед сільського населення, ніж міського та серед чоловіків, ніж серед жінок. Показники мають достовірні відмінності за регіонами країни і є особливо актуальними для психіатрів та сімейних лікарів Закарпатської, Чернігівської та Хмельницької областей.

Високі показники рівня смертності населення внаслідок розладів психіки та поведінки потребують новітніх підходів в рамках системи громадського здоров'я, удосконалення заходів щодо попередження зловживання алкоголю населенням країни.

Література

1. Власенко НС, Герасименко ГВ, Лібанова ЕМ та ін.; за ред. С.І.Пирожкова Демографічна криза в Україні: причини та наслідки. Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, Держ. ком. статистики України. К., 2003. 230 с.
2. Чепелевська ЛА, Дубініна ВГ, Рудницький ОП та ін. Аналіз демографічної ситуації в Україні. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В.В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2016.; с.12-33.

3. Lyubinetz O, Sigit K, editors. Health problems in Ukraine and Poland. Lviv: Editorial House of the Lviv Regional Charity Fund "Medicine and Law"; 2017. 236 p.
4. Вакуленко ОМ. Стан здоров'я населення країни: основні проблеми та шляхи вирішення. В: тези доп. II Міжнародної наук.-практ. інтернет-конф. Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: літні диспути; 2020 серпень 17-18; Дніпро; 2020, с.89.
5. Рингач НО. Грамотність з питань здоров'я і досягнення цілей сталого розвитку в Україні. Демографія та соціальна економіка. 2020;2(40):71-88.
6. Grshybowskyj J, Smiianov V, Myronyuk I, Lyubinetz O. Ten indicators which characterize medical-demographic processes in adjacent regions of Ukraine and Poland. Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960). 2019;72(5/1):868-876.
7. Слабкий ГО, Миронюк ІС, Кошеля ІІ, Дудник СВ. Медико-демографічна ситуація як глобальна проблема громадського здоров'я України. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;3(81):62-72.
8. Гржибовський ЯЛ, Любінець ОВ. Медико-соціальні детермінанти здоров'я (огляд світової літератури). Український медичний часопис. 2020;2(2)(136)-III/IV2020:29-34.
9. Кручаниця ВВ. Детермінанти зловживання алкоголем населення Закарпаття. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2016;4:18-22.
10. Чемерис НМ, Любінець ОВ. Медико-соціальні площини вживання алкогольовмісних напоїв серед студентської молоді. Україна. Здоров'я нації. 2018;1(47):42-47.
11. Населення України. 2008. Демографічний щорічник. К.: Держкомстат України. 2009. 450 с.
12. Населення України за 2018 рік. Демографічний щорічник. К.: Державна служба статистики України, 2019. – 188 с.

References

1. Vlasenko NS, Herasymenko HV, Libanova EM ta in.; za red. S.I.Pyrozhkova Demohrafichna kryza v Ukrayini: prychny ta naslidky. In-t demohrafiyi ta sots. doslidzh. NAN Ukrayiny, Derzh. kom. statystyky Ukrayiny. K., 2003. 230 s.
2. Chepelevs'ka LA, Dubinina VH, Rudnyts'kyi OP ta in. Analiz demohrafichnoyi sytuatsiyi v Ukrayini. Shchorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naseleण्या, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu ta rezul'taty diyal'nosti systemy okhorony zdorov'ya Ukrayiny. 2015 rik / za red. Shafrans'koho V.V.; MOZ Ukrayiny, DU «UISD MOZ Ukrayiny». Kyiv, 2016.; c.12-33.
3. Lyubinetz O, Sigit K, editors. Health problems in Ukraine and Poland. Lviv: Editorial House of the Lviv Regional Charity Fund "Medicine and Law"; 2017. 236 p.
4. Vakulenko OM. Stan zdorov'ya naseleण्या krayiny: osnovni problemy ta shlyakhy vyrishennya. V: tezy dop. II Mizhnarodnoyi nauk.-prakt. internet-konf. Intehratsiya osvity, nauky ta biznesu v suchasnomu seredovyshchi: litni dysputy; 2020 serpen' 17-18; Dnipro; 2020, s.89.
5. Rynkach NO. Health Literacy and Achievement of Sustainable Development Goals in Ukraine. Demography and social economy. 2020;2(40):71-88.
6. Grshybowskyj J, Smiianov V, Myronyuk I, Lyubinetz O. Ten indicators which characterize medical-demographic processes in adjacent regions of Ukraine and Poland. Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960). 2019;72(5/1):868-876.
7. Slabkiy GO, Mironyuk IS, Koshelia II, Dudnyk SV. Medical-demographic situation as a global problem of public health of Ukraine. Bulletin of social hygiene and health protection organization of Ukraine. 2019;3(81):62-72.
8. Grshybowskyj JL, Lyubinetz OV. Medical-social determinants of health (review of the world literature). Ukrainian medical journal. 2020;2(2)(136)-III/IV2020:29-34.
9. Kruchanytsia VV. Determinants of abusing alcohol by the population of transcarpathian region. Bulletin of social hygiene and health protection organization of Ukraine. 2016;70(4):18-22.
10. Chemerys NM, Lyubinetz OV. Consumption of alcoholic drinks among university youth: medical and social perspectives. Ukraine. Nation's Health. 2018;1(47):42-47.
11. Naseleण्या Ukrayiny. 2008. Demohrafichnyy shchorichnyk. K.: Derzhkomstat Ukrayiny. 2009. 450 s.
12. Naseleण्या Ukrayiny za 2018 rik. Demohrafichnyy shchorichnyk. K.: Derzhavna sluzhba statystyky Ukrayiny, 2019. 188 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.09.2021 р.

Мета роботи: вивчити і проаналізувати дані про смертність населення в Україні та в регіональному аспекті внаслідок розладів психіки та поведінки за місцем проживання, статтю і безпосередньою причиною смерті.

Матеріали та методи. Під час виконання цього дослідження використано дані Державного комітету статистики України за 2008 та 2018 рр. Методи дослідження: епідеміологічний, демографічний та медичної статистики.

Результати. Показники смертності населення внаслідок розладів психіки та поведінки в розрахунку на 100 тис. населення серед всього населення України з 2008 по 2018 рік знизились на 51,9% при зниженні показників загальної смертності на 7,5%. Проте вищі його рівні спостерігалися серед сільського населення, ніж міського (у 2008 році – 10,52

проти 4,93, у 2018 році 5,16 проти 1,77), та були серед чоловіків у 3,28-3,32 рази вищі, ніж серед жінок. Смертність з приводу розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у загальній структурі смертності від розладів психіки та поведінки складала 73,9 (2008 р.) та 75,6% (2018 р.). Показники мають достовірні відмінності за даними в регіонах країни.

Висновки. Значний рівень смертності населення внаслідок розладів психіки та поведінки потребує системного вивчення та розробки новітніх підходів у рамках становлення громадського здоров'я в Україні та диктує необхідність удосконалення заходів протидії зловживанню алкоголем.

Ключові слова: смертність, розлади психіки та поведінки, стать, місце проживання, Україна, регіони

Цель работы: изучить и проанализировать данные о смертности населения в Украине и в региональном аспекте вследствие расстройств психики и поведения по месту проживания, полу и непосредственной причине смерти.

Материалы и методы. Во время выполнения этого исследования использованы данные Государственного комитета статистики Украины за 2008 и 2018 Методы исследования: эпидемиологический, демографический и медицинской статистики.

Результаты. Показатели смертности населения в результате расстройств психики и поведения в расчете на 100 тыс. населения среди всего населения Украины с 2008 по 2018 год снизились на 51,9% при снижении показателей общей смертности на 7,5%. Однако высшие его уровни наблюдались среди сельского населения, нежели городского (в 2008 году – 10,52 против 4,93, в 2018 году 5,16 против 1,77), и были среди мужчин в 3,28-3,32 раза выше, чем среди женщин. Смертность по поводу расстройств психики и поведения вследствие употребления алкоголя в общей структуре смертности от расстройств психики и поведения составляла 73,9 (в 2008 г.) и 75,6% (2018). Показатели имеют достоверные различия по данным в регионах страны.

Выводы. Значительный уровень смертности населения в результате расстройств психики и поведения требуют системного изучения и разработки новых подходов в рамках становления общественного здоровья в Украине и усовершенствования мер противодействия злоупотреблению алкоголем.

Ключевые слова: смертность, расстройства психики и поведения, пол, место жительства, Украина, регионы

Purpose: to study and analyze data on mortality in Ukraine and in the regional aspect due to mental and behavioral disorders at the place of residence, sex and direct cause of death.

Materials and methods. During the implementation of this study, the data of the State Statistics Committee of Ukraine for 2008 and 2018 were used. Research methods: epidemiological, demographic and medical statistics.

Results. Mortality rates due to mental and behavioral disorders per 100,000 population among the total population of Ukraine from 2008 to 2018 decreased by 51.9% with a decrease in overall mortality by 7.5%. However, its higher levels were observed among the rural population than in the urban population (in 2008 – 10.52 against 4.93, in 2018 5.16 against 1.77), and were among men 3.28-3.32 times higher than among women. Mortality due to mental and behavioral disorders due to alcohol consumption in the overall structure of mortality from mental and behavioral disorders was 73.9 (2008) and 75.6% (2018). The indicators have significant differences according to data in the regions of the country.

Conclusions. The significant mortality rate due to mental and behavioral disorders requires the systematic study and development of new approaches to the development of public health in Ukraine and the improvement of measures to combat alcohol abuse.

Key words: mortality, mental and behavioral disorders, sex, place of residence, Ukraine, regions.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Любінець Олег Володимирович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; м. Львів, вул. Пекарська, 69.
+380 (50) 371-82-50, pulmo@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-5036-6268.

Качмарська Марта Олегівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії та психотерапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; м. Львів, вул. Пекарська, 69.
+380 (32) 275-95-36, kachmarskamarta@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-1104-3420.

Гржибовський Ярослав Леонідович – кандидат медичних наук, асистент кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; м. Львів, вул. Пекарська, 69.
+380 (32) 275-95-36, grshybowskyj@yahoo.de, ORCID ID 0000-0001-9318-2314.

Боровець Всеволод Анатолійович – аспірант кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; м. Львів, вул. Пекарська, 69.
+380 (32) 275-92-43, v.a.borovets@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-2259-8168.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240796
УДК 614.2:616-082

Круть А.Г., Толстанов О.К., Горачук В.В.

Моніторинг і оцінка в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги та підходи до їх удосконалення

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

gorachuk@ukr.net

Круть А.Г., Толстанов К.О., Горачук В.В.
Мониторинг и оценка в сертифицированных системах управления качеством стоматологической помощи и подходы к их совершенствованию
Национальный университет охраны здоровья Украины имени П.Л. Шупика

Krut A.G., Tolstanov K.O., Gorachuk V.V.
Monitoring and evaluation in certified quality management systems of dental care and approaches to their improvement
Shupyk National Healthcare University of Ukraine

Вступ

Одним з міжнародних інструментів управління якістю товарів і послуг визнаний стандарт на систему управління якістю «ISO 9001:2015 Quality management systems – Requirements», адаптований до вітчизняної сфери економічної діяльності шляхом аутентичного перекладу [1]. Зазначений стандарт, як і його попередні версії, широко використовується в сфері охорони здоров'я різних країн світу, про що свідчать дані систематичних оглядів [2–4].

В Україні сертифікація системи управління якістю на відповідність вимогам ДСТУ ISO серії 9001 закріплена як нормативна вимога для отримання закладом охорони здоров'я вищої акредитаційної категорії [5]. За 2017–2019 роки вищу акредитаційну категорію, за даними МОЗ України, отримали 332 заклади охорони здоров'я, серед них близько 10-ти самостійних стоматологічних поліклінік [6–8]. Це означає, що усі згадані заклади мають сертифіковані системи управління якістю медичної допомоги відповідного профілю.

Складовою вимог стандарту ДСТУ ISO серії 9001 є здійснення моніторингу, вимірювання, оцінки та аналізу результатів різних видів діяльності, що відбуваються у закладі, спрямованих на задоволення потреб пацієнтів та постійне підвищення їх задоволеності отриманою медичною допомогою. Саме ці вимоги зазначеного стандарту концептуально відрізняють їх від вимог стандартів акредитації, оскільки останні переважно спрямовані на встановлення відповідності дотримання закладом охорони здоров'я нормативно-правових вимог [9]. Нормативно-правові вимоги однакові для будь-якого суб'єкту господарчої діяльності з провадження медичної практики, на противагу вимогам стандарту ДСТУ ISO 9001:2015, який допускає можливість побудови унікальної структури системи управління якістю, характерної лише для даного закладу охорони здоров'я, зокрема, в частині

підсистеми «зворотного зв'язку», складовими елементами якої є моніторинг, вимірювання, оцінка та управлінський аналіз будь-якого виду діяльності (медичної і немедичної) закладу. Перераховані методи дозволяють отримати набір фактичних індикаторів якості та покласти їх в основу прозорого інформаційного забезпечення заходів з коригування та удосконалення функціонування закладу.

У світових системах охорони здоров'я суб'єкти, що надають медичну допомогу, будують якісні інформаційні панелі для отримання різномісних індикаторів якості медичної допомоги та медичного обслуговування, а також даних для оцінки витрат на забезпечення якості [10]. У вітчизняному науковому просторі дослідження особливостей використання методів моніторингу й оцінки в сертифікованих системах управління якістю медичної допомоги та підходів до формування закладами охорони здоров'я індикаторів якості практично відсутні. Однак постійне зростання національних видатків на охорону здоров'я та одночасно обмеженість фінансового покриття наданих послуг доводить нагальну потребу в точній оцінці якості та ефективності медичної допомоги, зокрема, стоматологічної. Як відомо, за Програмою медичних гарантій фінансуванням забезпечується лише ургентна стоматологічна допомога дорослим, ургентна, планова та профілактична – дитячому населенню [11]. Вищезазначене обумовлює актуальність даної роботи.

Мета дослідження: дослідити практику використання методів моніторингу й оцінки діяльності та підходи до формування індикаторів якості в сертифікованих системах управління якістю (на прикладі закладів охорони здоров'я, що надають стоматологічну допомогу) та розробити підходи до їх удосконалення.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували внутрішні документи закладів охорони здоров'я, обраних базами

дослідження (КНМ «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»; КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»; КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»), де представлені фактичні дані по використанню методів моніторингу й оцінки дієвості системи управління якістю та набори планових і фактичних індикаторів якості (усього 127 од.).

Методи: системного підходу, процесного підходу, логіко-структурного та порівняльного аналізу, графічний.

Результати дослідження та їх обговорення

Результатами дослідження встановлено, що в системі управління якістю усіх досліджуваних закладів суб'єктами підсистеми «зворотного зв'язку», за посадовою інструкцією, виступають їх керівники, які несуть відповідальність за контроль якості стоматологічної допомоги. Реалізація відповідальності підтверджена діючими в закладах наказами керівника щодо організації контролю якості стоматологічної допомоги, які за формою та змістом адаптовані з відповідних галузевих наказів.

Наказами по закладам визначені вповноважені особи за проведення контролю якості: заступники керівника за напрямками діяльності, керівники структурних підрозділів, лікарі та інший медичний персонал закладу. Останні уособлюють рівень впровадженого самоконтролю діяльності. У кожному досліджуваному закладі керівником призначена особа, відповідальна за якість, це – медичний директор. Під патронатом керівника закладу функціонує медична рада, а медичного директора – комісійні позаштатні структури з контролю якості (комісія з інфекційного контролю, лікарсько-контрольна комісія, фармакотерапевтична комісія, групи внутрішнього аудиту). Положення про комісійні структури затверджені окремими наказами керівника. Тобто, підсистема «зворотного зв'язку» в кожному закладі має багаторівневу структуру, відповідно до адміністративно-ієрархічної системи управління закладом, з включенням елементів «горизонтального» управління, що свідчить про залучення до управління якістю лікарів та інших працівників у складі позаштатних управлінських структур.

Об'єктами контролю якості в кожному закладі визначені процеси надання стоматологічної допомоги (профілактичної, лікувально-діагностичної), ресурси, зокрема, людські, інфекційна безпека, безпека використання лікарських засобів, ведення медичної документації, задоволеність пацієнта стоматологічною допомогою, показники діяльності структурних підрозділів і закладу в цілому.

Встановлено, що в системно-функціональному аспекті в підсистемах «зворотного зв'язку» досліджуваних закладів провідним методом контролю якості стоматологічної допомоги визначена експертна оцінка, що засвідчено в «Настанові з якості» та відповідному наказі по кожному закладу. Експертна оцінка проводиться диференційовано, в залежності від етапу медичної

допомоги (амбулаторний, стаціонарний) та рівня управління закладом. Результати експертної оцінки реєструються у спеціально розроблених картах експертного контролю для оцінки роботи кожного лікаря та молодшого персоналу із спеціальною медичною освітою.

Важливо, що форми карт експертної оцінки та дані, які до них вносяться, хоча й мають певні відмінності в залежності від закладу, свідчать про періодичну одноосібну перевірку лінійними керівниками (завідувачами відділень, медичним директором) первинної медичної документації, як джерела інформації про лікувально-діагностичний процес. Це заперечує по факту проведення задекларованої експертної оцінки. Представлена форма контролю більше відповідає процесу моніторингу, що підтверджується не лише кратністю планових перевірок (щомісяця, а за необхідності – частіше завідувачем відділення, раз на квартал – медичним директором), значними обсягами первинних джерел даних (для завідувачів – суцільний метод перевірки медичних карт стоматологічних хворих, медичним директором – вибіркового), але й одноосібною формою перевірки, в той час коли експертна оцінка передбачає, як правило, одночасну участь кількох експертів для забезпечення об'єктивності оцінки. Надання завідувачу відділення функцій експерта також суперечить його зацікавленості у позитивних показниках роботи лікарів відділення, яке ним очолюється, оскільки ці показники доводяться до відома вищого керівництва (медичного директора).

Експертна оцінка якості медичної допомоги, відповідно до нормативних вимог, зазначена у переліку методів контролю, але стосовно лікувально-діагностичного процесу передбачено проведення його моніторингу [12].

Більш глибоким дослідженням процедури моніторингу виявлено, що фактично здійснюваний моніторинг охоплює сукупність випадків відвідувань усіх хворих до даного лікаря протягом певного періоду, незалежно від діагнозу. Критерії, за якими проводиться моніторинг і наступна оцінка якості лікувально-діагностичного процесу, визначені як «якісний збір анамнезу», «дотримання протоколу обстеження», «обґрунтованість призначених обстежень», «дотримання стандартів і протоколів лікування» і т. і. Отже, критерії якості стоматологічної допомоги носять узагальнюючий характер і не пов'язані з потребами конкретного пацієнта, який має індивідуальну медичну проблему у вигляді певної патології (наприклад, карієс, періодонтит, пародонтит, гінгівіт, стоматит та іншу патологію порожнини рота або ризику її розвитку), тоді як критерії та індикатори якості стоматологічної допомоги за нозологіями вже визначені шляхом мета-аналізів і систематичних оглядів. Зокрема, мікрокомп'ютерну томографію визнано «золотим стандартом» для виявлення проксимальних уражень карієсу молочних зубів [13], а результативність застосування фтористого лаку, незалежно від базового ризику розвитку карієсу, та фісурних герметиків для запобігання карієсу у дітей доведено Кокранівськими систематичними оглядами [14].

Однак у досліджуваних закладах практика використання зазначених критеріїв і індикаторів якості стоматологічної допомоги із джерел доказових даних не впроваджена.

Таким чином, відстежити якість стоматологічної допомоги на персональному рівні за обраними в досліджуваних закладах критеріями та індикаторами планових і фактично досягнутих результатів для пацієнтів з певним захворюванням неможливо.

Підхід, прийнятий у досліджуваних закладах, суперечить як підходам, визначеним галузевими нормативними документами [15,16], так і процесно-орієнтованому підходу, визначеному вимогами стандарту ДСТУ ISO 9001:2015, а також такому критерію якості медичної допомоги як пацієнтцентричність («персоналізований догляд»).

Дослідженням доведено, що причинами такої практики слід вважати регулювання якості лікувально-діагностичного процесу в стоматології упродовж тривалого часу протоколами надання стоматологічної допомоги, затвердженими наказом МОЗ України ще у 2004 р. [17]. В свій час цей наказ був затребуваний вітчизняною клінічною стоматологічною практикою і відповідав рівню розвитку вітчизняної стоматології як науки. Однак відомо, що протоколи медичної допомоги до 2012 р. в Україні розроблялись експертним методом – на основі фахового консенсусу, а не на принципах доказової медицини. Ці нормативи не працюють в системі управління якістю, оскільки не мають клінічних індикаторів якості, отже виміряти та оцінити за цими нормативами результативність наданої стоматологічної допомоги немає можливості, що й продемонстровано в умовах реальної медичної практики в досліджуваних закладах.

Незважаючи на перехід в Україні після 2012 р. від нормативів на основі експертної медицини до керівництв міжнародного рівня з еталонної практики, підкріпленої науковими доказами, у вітчизняній стоматології протоколи надання стоматологічної допомоги від 2004 р. залишалися чинними до лютого 2020 року [18]. Міністерством охорони здоров'я України були затверджені кілька клінічних настанов та Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, де містяться адаптовані до національних умов доказові технології з профілактики карієсу зубів у дітей від народження до п'яти років, догляду за ротовою порожниною у хворих на різні соматичні захворювання, зокрема, у ВІЛ-інфікованих осіб, симптоматичного лікування зубного болю, орофарингеального кандидозу у ВІЛ-інфікованих осіб [19–24]. Але цей перелік надто обмежений для надання стоматологічної допомоги пацієнтам, оскільки не охоплює усі провідні патології порожнини рота.

Слід зазначити, що для закладів охорони здоров'я України, в тому числі, стоматологічного профілю, були створені нормативно закріплені можливості самостійно обирати, адаптувати й використовувати в роботі протоколи, що базуються на принципах доказової медицини та розроблені за існуючими методиками національними та/або фаховими медичними асоціаціями країн-членів Європейського Союзу, Сполучених Штатів Америки, Канади та Австралійського Союзу, після

затвердження внутрішнім наказом керівника закладу [25]. Однак, як підтверджено матеріалами дослідження, вище керівництво досліджуваних закладів такою можливістю не скористалося. Це вказує на низький рівень прихильності керівників до використання доказових технологій у підпорядкованих закладах, розбіжності використовуваних управлінських підходів до забезпечення якості медичної допомоги з вимогами як галузевих нормативів, так і стандартів ДСТУ ISO 9001:2015 в частині аналізування вимог щодо продукції та послуг, якими є, зокрема, законодавчі та регламентувальні вимоги з використання доказових технологій у медичній практиці.

Подальший аналіз системи «зворотного зв'язку» в досліджуваних закладах привернув увагу до проведення контролю якості не лише лікувально-діагностичного процесу, але й якості діяльності завідувача відділення, лікаря, сестри медичної за іншими напрямками: підвищення професійного рівня (критерій – відвідування науково-практичних конференцій); впровадження інновацій (критерій – наявність упроваджень нових методик лікування та діагностики); ведення медичної документації (критерій – повнота і правильність заповнення обліково-звітних форм); інфекційна безпека (критерій – відсутність порушень вимог).

У КНМ «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» додатково до вище зазначених відстежується в якості критерію відсутність порушень працівниками етики та деонтології (за зверненнями пацієнтів); у КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – забезпечення належного стану інфраструктурних компонентів за критеріями дотримання правил і норм з охорони праці, техніки безпеки, технічної експлуатації медичного обладнання; у КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» – якість самоменеджменту за критерієм своєчасності подання лікарями звітів про результати власної роботи.

Такі підходи слід розглядати як спроби керівників досліджуваних закладів створити набір ключових індикаторів ефективності (KPI – Key Performance Indicator) працівників та здійснювати їх моніторинг. Однак у жодному закладі перелік зазначених критеріїв не охоплював участі працівника в усіх процесах, де він є або має бути співвиконавцем, зокрема, ні в одному закладі не охоплені моніторингом залучення лікарів та молодшого медичного персоналу зі спеціальною медичною освітою до процесів управління якістю (критерій – участь у робочих групах з розробки локальних медико-технологічних документів, групах внутрішнього аудиту, інших позаштатних структурах), процесів інформаційного забезпечення (критерій – своєчасність підготовки та подання інформації за схемами руху (оповіщення), та інших. Отже, набір критеріїв для моніторингу та оцінки ефективності роботи працівників потребує свого доповнення за чисельністю й змістовністю як власне критеріїв ефективності, так і відповідних їм планових індикаторів якості роботи.

Встановлено, що такий метод «зворотного зв'язку» як внутрішній аудит не знайшов свого активного

використання в досліджуваних закладах як надійний інструмент в системі управління якістю стоматологічної допомоги. За наявності методики внутрішніх аудитів, як потребують вимоги стандарту ДСТУ ISO 9001:2015, фактичну організацію їх проведення слід вважати недосконалою. Так, ознайомлення з річним графіком аудитів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» показало, що внутрішній аудит носить переважно формальний характер, оскільки програма аудиту за обсягом була занадто перевантаженою. Обсяг одного аудиту, що у 2019 році відбувався щомісяця у визначених структурних підрозділах, містив перевірку виконання ряду вимог: наказів МОЗ України (яких саме, в плані не вказано), локальних протоколів стоматологічної допомоги (за якою нозологією, не визначено), посадових інструкцій працівників відділення, методик, передбачених стандартом ДСТУ ISO 9001:2015 (в кількості шести одиниць). Враховуючи, що аудит проводився силами лише двох аудиторів – керівника групи та власне аудитора – слід визнати, що для отримання якісних даних за такою насиченою програмою одного аудиту не вистачало часових і людських ресурсів. Висновки про формальне проведення внутрішнього аудиту підкріплені й результатами перевірок, за якими практично ні в одному структурному підрозділі не виявлено невідповідностей.

Використовувався внутрішній аудит і в КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради». За результатами внутрішніх перевірок виникла необхідність у проведенні позапланових аудитів, що підтвердило зацікавленість і увагу керівництва до результатів даного методу контролю. Предметом перевірки одного аудиту за планом були декілька питань з актуальних проблем (дотримання вимог інфекційного контролю; дотримання вимог ведення медичної документації; впровадження нових методик лікування і т. і.). Така програма аудиту вимагає ретельної перевірки визначених важливих питань, тому її також слід вважати перевантаженою з ризиками формального підходу до проведення й достовірності отриманих даних аудиту.

Загалом, методика проведення внутрішніх аудитів демонструвала відсутність процесно-орієнтованого підходу, оскільки перевірка охоплювались структурні підрозділи, а не процеси, а велика кількість питань, які підлягали аудиту в межах однієї програми, заздалегідь зменшували якість перевірок.

Важливо, що проведення внутрішніх аудитів не включено в щорічні плани діяльності досліджуваних закладів, чим підтверджується його загалом низька популярність як методу інформаційного забезпечення керівників щодо якості стоматологічної допомоги та інших видів діяльності. Натомість регулярно – щотижня – проводяться оперативні наради на рівні завідувачів відділень, медичного директора, керівника закладу, де піддаються аналізу переважно показники діяльності структурних підрозділів і закладу в цілому, за якими заклади звітують за встановленими державними обліково-звітними статистичними формами.

Засідання медичної ради, на яку нормативними вимогами покладені функції контролю якості, проводяться щоквартально, що засвідчено відповідними протоколами. Під час засідань здійснюється аналіз інформації щодо виявлених дефектів при наданні стоматологічної допомоги, результатів діяльності позаштатних комісійних структур та опитувань пацієнтів. Недостатньо уваги приділяється плануванню й координації заходів із забезпечення якості, зокрема, в частині «зворотного зв'язку».

Опитування працівників щодо їх задоволеності професійною діяльністю в досліджуваних закладах не проводяться, що вказує на недостатню увагу керівництва до такої інформаційної складової кадрового забезпечення, яка характеризує емоційне відношення безпосередніх надавачів стоматологічної допомоги до їх роботи та може бути використана для мотивації персоналу. Має місце практика одночасного підпорядкування працівників кільком керівникам (лікаря – завідувача відділення та медичному директору, завідувача відділення – медичному директору та керівнику закладу, сестри медичної – старшій медичній сестрі та завідувачу відділення), що можна розцінювати як демотивуючий фактор щодо зацікавленості працівників у роботі, та надмірність контролю за їх роботою. Зазначений службовий статус кожного працівника та службова субординація засвідчені у посадових інструкціях.

Взаємовідносини структурних підрозділів і позаштатних комісійних структур у відповідних положеннях прописані узагальнено, за принципом перерахунку питань, з метою вирішення яких виникає потреба у взаємодії даного структурного підрозділу з іншими для виконання ним своїх функцій. Більш дієві інструменти взаємодії й координації при процесно-орієнтованому управлінні – регламенти процесу стоматологічної допомоги відповідно до нозологічних форм і співучасть структурних підрозділів і позаштатних комісійних структур у цих процесах, зокрема, їх моніторингу та оцінці, – представлені як загальна схема лікувально-діагностичного процесу, що викликає сумніви в ефективності таких підходів до оцінки якості. Описи процесу стоматологічної допомоги позиціонуються як локальні протоколи; в той же час локальні протоколи медичної допомоги повністю дублюють галузевий наказ, створений експертним шляхом [17], а посилань на міжнародні доказові джерела або власних розробок з описів процесів не представлено.

Відповідними положеннями у досліджуваних закладах визначено рух інформації під час/за результатами функціонування структурних підрозділів, позаштатних комісійних структур та окремих працівників. Аналіз схем руху внутрішньої інформації засвідчив необхідність удосконалення значної її частини, оскільки зазначені схеми більш нагадують схеми підпорядкування за рахунок візуального представлення одностороннього напрямку руху інформації, чим втрачається інформаційне забезпечення «зворотного зв'язку». На даних схемах не відображені механізми взаємодії, наприклад, вертикальні (зверху вниз: участь у нарадах, зборах, використання

інтернет-сайту, отримання розсилок, зустрічі з керівництвом; знизу вгору: подання заявок, звітів, повідомлень про надзвичайні ситуації або невідповідності); горизонтальні (робочі процеси, робочі групи, круглі столи, наставництво, навчання, корпоративні заходи, неформальне спілкування тощо), завдяки яким формуються планові критерії та індикатори якості та піддаються аналізу фактичні індикатори.

Схеми зовнішньої взаємодії досліджуваних закладів з вищими органами управління також передбачають односторонні вертикальні (зверху вниз) зв'язки, без механізмів взаємодії. Обмежено використання досліджуваними закладами сучасних комунікаційних платформ – вебсайтів для маркетингу та зворотного зв'язку: відсутній власний вебсайт КНМ «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»; на вебсайті КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» відсутній форум, а отже, можливість задати запитання та надати відгуки пацієнтам. Функціонує вебсайт КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», однак він відрізняється обмеженістю інформації.

У кожному закладі відбувається постійний процес безперервного професійного розвитку лікарів і молодшого медичного персоналу зі спеціальною медичною освітою, який забезпечується навчанням в закладах післядипломної освіти та на робочих місцях, участю працівників у наукових медичних форумах. Відповідним чином проводиться скерування лікарів на атестацію. Однак у

планах навчання персоналу на робочих місцях не передбачені теми з моніторингу та оцінки якості, зокрема, в межах самоменеджменту.

Лікарями, за даними звітних матеріалів, здійснюється впровадження нових методик лікування стоматологічних захворювань, ведеться їх статистичний облік. При більш детальному ознайомленні з відповідними даними встановлено, що впровадження власне нових методик проводиться лише в частині застосування нових матеріалів і препаратів (цементів, герметиків, лікарських засобів). Новітні діагностичні технології та методики лікувальних утручань, за даними матеріалів дослідження, не впроваджуються.

Упровадження в роботу вимог адаптованого міжнародного стандарту на систему управління якістю, заключення договорів на ургентну стоматологічну допомогу з Національною службою здоров'я України, співпрацю з органами місцевого самоврядування слід вважати тими організаційними інноваціями, які забезпечують утримання й розвиток систем управління якістю стоматологічної допомоги досліджуваних закладів, однак як з'ясовано результатами дослідження, моніторинг і оцінка в запроваджених системах потребує свого подальшого удосконалення.

Узагальнені дані з реальної практики менеджменту якості в частині «зворотного зв'язку» та запропоновані підходи до удосконалення моніторингу й оцінки в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги представлені в таблиці.

Таблиця. Узагальнені дані з реальної практики менеджменту якості в частині «зворотного зв'язку» та підходи до удосконалення моніторингу й оцінки дієвості сертифікованих систем управління якістю стоматологічної допомоги

№ з/п	Структурні елементи системи управління якістю	Функціональне навантаження в реальній практиці	Підходи до удосконалення моніторингу й оцінки дієвості системи
1	Суб'єкти управління: медичний директор закладу охорони здоров'я, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень)	Експертна оцінка якості як постійний метод контролю із заданою періодичністю і значним обсягом матеріалів, що піддаються оцінці	Запровадити моніторинг як метод постійного відстежування лікувально-діагностичного процесу та інших видів діяльності. Експертну оцінку якості використовувати для розгляду випадків дефектів стоматологічної допомоги (неочікуваних результатів)
2	Суб'єкти управління: МОЗ України; керівник, медичний директор закладу охорони здоров'я; керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень); об'єкти управління: лікарі	Запровадження та використання медичних технологій в стоматологічній практиці, розроблених на основі фахового консенсусу	Запровадити та використовувати медичні технології в стоматологічній практиці, розроблені на основі науково обґрунтованих доказів
3	Суб'єкти управління: керівник, медичний директор закладу охорони здоров'я, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень); блок наукового регулювання	Формування набору критеріїв та індикаторів якості на основі узагальнених даних за сукупністю випадків звернень за стоматологічною допомогою	Формувати набір критеріїв та індикаторів якості за нозологічним принципом, відповідно до патологій, з якими найчастіше звертаються пацієнти до даного закладу охорони здоров'я, з використанням «золотих стандартів» доказової практики

№ з/п	Структурні елементи системи управління якістю	Функціональне навантаження в реальній практиці	Підходи до удосконалення моніторингу й оцінки дієвості системи
4	Суб'єкти управління: медичний директор закладу охорони здоров'я, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень); блок наукового регулювання	Використання обмеженого набору ключових індикаторів ефективності (KPI) для оцінки роботи працівників	Формувати набір ключових індикаторів ефективності (KPI) за усіма видами діяльності (процесами), в яких працівник приймає участь
5	Суб'єкти управління: групи внутрішнього аудиту закладу охорони здоров'я; блок наукового регулювання	Формальне проведення і формальне використання результатів внутрішнього аудиту як інструменту інформаційного забезпечення керівника	Використовувати процесний підхід при проведенні внутрішнього аудиту; цілеспрямовано обирати тему аудиту; планувати внутрішні аудити як складову оперативно-тактичного управління закладом
7	Суб'єкти управління: медичний директор закладу охорони здоров'я, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень); блок наукового регулювання	Офіційні вебсайти закладів охорони здоров'я як засоби зовнішніх комунікацій використовуються обмежено. Опитування працівників щодо задоволеності працею не проводяться	Активніше використовувати офіційні вебсайти та соціальні мережі як засоби зовнішніх комунікацій. Проводити періодичне опитування працівників щодо задоволеності працею в даному закладі охорони здоров'я
8	Суб'єкти управління: керівник закладу охорони здоров'я, медичний директор, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень); блок наукового регулювання	Схеми внутрішньої і зовнішньої взаємодії відображають односторонній рух інформації, не містять механізмів взаємодії	Визначити та представити у схемах взаємодії вертикальний (зверху вниз, знизу вгору) і горизонтальний напрями інформації; визначити, запровадити і схематично представити механізми взаємодії та забезпечити їх використання
9	Суб'єкти управління: керівник закладу охорони здоров'я, медичний директор, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень)	Навчання персоналу з питань моніторингу й оцінки якості стоматологічної допомоги, участі працівників у процесах «зворотного зв'язку» обмежене за тематикою навчань	Доповнити тематику навчання персоналу на робочих місцях питаннями з моніторингу й оцінки якості стоматологічної допомоги
10	Суб'єкти управління: керівник закладу охорони здоров'я, медичний директор, керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень); об'єкти управління: лікарі	У практику стоматологічної допомоги впроваджуються нові матеріали та препарати (цементи, герметики, лікарські засоби)	Упроваджувати новітні організаційні (з моніторингу й оцінки), діагностичні та лікувальні технології стоматологічної допомоги

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні оцінки ефективності впровадження запропонованих удосконалень та відповідності реальної управлінської практики нормативним вимогам і вимогам стандарту на системи управління якістю.

Висновки

1. Результатами дослідження встановлено, що в сертифікованих системах управління якістю (на прикладі стоматологічної допомоги) запроваджені, відповідно до нормативних вимог і вимог стандарту ДСТУ ISO 9001:2015, нові організаційні технології «зворотного зв'язку»: моніторинг, оцінка якості, внутрішній аудит, опитування пацієнтів, що є свідомим прогресування менеджменту якості в закладах охорони здоров'я.

2. Разом з тим, зазначені технології не інтегровані повною мірою в практику оперативно-тактичного управління закладами охорони здоров'я; внутрішні аудити використовуються формально; зворотній зв'язок із зацікавленими сторонами обмежений; має місце підміна одних технологій (моніторингу) іншими (експертною оцінкою); керівники закладів та «лінійні» менеджери віддають перевагу усталеним підходам адміністративно-ієрархічного, а не процесно-орієнтованого управління.

3. Виявлені проблеми вказують на можливості удосконалення функцій в системі менеджменту якості стоматологічної допомоги за напрямками: планування внутрішніх аудитів, моніторингу та оцінки діяльності як складових річних планів роботи закладів охорони здоров'я; організація використання доказових технологій для надання стоматологічної допомоги, формування на їх

основі критеріїв і планових індикаторів якості; організація постійного моніторингу лікувально-діагностичного процесу та інших видів діяльності закладу; використання експертної оцінки в разі виявлених дефектів стоматологічної допомоги; створення зовнішніх і внутрішніх систем двостороннього обміну інформацією з

використанням дієвих сучасних механізмів і засобів комунікацій; навчання персоналу технологіям «зворотного зв'язку» на робочих місцях; впровадження новітніх технологій з моніторингу та оцінки в практику роботи закладу охорони здоров'я.

Література

1. ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Системи управління якістю [Чинний від 2015-12-31]. Київ, ДП «УкрНДНЦ», 2016. 30 с. (Вимоги).
2. Quality Management Systems Implementation Compared With Organizational Maturity in Hospital / T. Moradi, et al. *Glob J Health Sci.* 2015. № 8(3). P. 174-182. doi:10.5539/gjhs.v8n3p174.
3. Zertifizierung des Qualitätsmanagements nach DIN EN ISO 9001:2015 [ISO 9001:2015 Certification in Quality Management] / Enders C, et al. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2017. № 234(7). P. 886-890. German. doi: 10.1055/s-0043-111084.
4. Montano D. Certifying leaders? high-quality management practices and healthy organisations: an ISO-9000 based standardisation approach. *Ind Health.* 2016. № 54(4). P. 324-336. doi:10.2486/indhealth.2015-0178.
5. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»: наказ МОЗ України від 20.12.2013 р. № 1116. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0031-14> (дата звернення: 27.06.2021).
6. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2019 рік. Міністерство охорони здоров'я України: вебсайт. URL: https://moz.gov.ua/uploads/5/26695-zvit_golovnoi_akreditacijnoi_komisii_pri_moz_ukraini_za_2019_rik.pdf (дата звернення: 27.06.2021).
7. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2018 рік. Міністерство охорони здоров'я України: вебсайт. URL: http://moz.gov.ua/uploads/2/10966-zvit_gak_2018.pdf (дата звернення: 27.06.2021).
8. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2017 рік. Міністерство охорони здоров'я України: вебсайт. URL: http://moz.gov.ua/uploads/1/5004-zvit_gak_2017.pdf (дата звернення: 27.06.2021).
9. Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.03.2011 № 142. Верховна Рада України: вебсайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0680-11#Text> (дата звернення: 27.06.2021).
10. Quality Measurement in Dentistry. A Guidebook. American Dental Association on behalf of the Dental Quality Alliance (DQA), 2019. 68 p.
11. Вимоги ПМГ 2021. Специфікації та умови закупівлі за Програмою медичних гарантій на 2021 рік. Національна служба здоров'я України: вебсайт. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021> (дата звернення: 27.06.2021).
12. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752. Верховна Рада України: вебсайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> (дата звернення: 27.06.2021).
13. The Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) instrument: construct validation / Ana L. de Souza, et al. *Eur J Oral Sci.* 2014. № 122(2). P. 149-53. DOI: 10.1111/eos.12116.
14. Dental interventions to prevent caries in children. A national clinical guideline. Edinburgh. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2014. 52 p.
15. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795. Верховна Рада України: вебсайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text> (дата звернення: 27.06.2021).
16. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751. Верховна Рада України: вебсайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text> (дата звернення: 27.06.2021).
17. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.11.04 № 566. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ3977> (дата звернення: 27.06.2021).
18. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.02.2020 № 590. Верховна Рада України: вебсайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0590282-20#Text> (дата звернення: 27.06.2021).
19. ВІЛ-інфекція у дорослих та підлітків. Клінічна настанова, заснована на доказах, 2018. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/2018_10_19_KN_VIL_.pdf (дата звернення: 27.06.2021).
20. Скринінг у первинній допомозі. Клінічна настанова, заснована на доказах, 2018. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_09_21_kn_scrinning.pdf (дата звернення: 27.06.2021).
21. Поганий запах з рота. Клінічна настанова, заснована на доказах, 2017. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn_pzr.pdf (дата звернення: 27.06.2021).

22. Профілактика, діагностика та лікування опортуністичних інфекцій та супутніх хвороб у ВІЛ-інфікованих осіб. Адапована клінічна настанова, заснована на доказах, 2017. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/01/akn_oport.pdf (дата звернення: 27.06.2021).
23. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям. ВІЛ-інфекція: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.02.2015 № 92. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ24344> (дата звернення: 27.06.2021).
24. Протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) з надання допомоги в підтриманні пацієнтом особистої гігієни: наказ Міністерства охорони здоров'я від 01.06.2013 № 460. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/protokoly-medychnoyi-sestry-feldshera-akusherky/> (дата звернення: 27.06.2021).
25. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751: наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2016. Верховна Рада України: вебсайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text> (дата звернення: 27.06.2021).

References

1. DSTU ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Systemy upravlinnia yakistiu [Chynnyi vid 2015-12-31] (Vymohy) (2016). [DSTU ISO 9001: 2015 (ISO 9001: 2015, IDT). Quality management systems [Effective from 2015-12-31]. (Requirements)]. SE "UkrNDNC" Ukrainian Research and Training Center of Standardization, Certification and Quality. Kyiv, Ukraine.
2. Moradi T, Jafari M, Maleki MR, Naghdi S, Ghiasvand H. Quality Management Systems Implementation Compared With Organizational Maturity in Hospital. *Glob J Health Sci.* 2015;8(3):174-182. doi:10.5539/gjhs.v8n3p174.
3. Enders C, Lang GE, Lang GK, Werner JU. Zertifizierung des Qualitätsmanagements nach DIN EN ISO 9001:2015 [ISO 9001:2015 Certification in Quality Management]. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2017 Jul;234(7):886-890. German. doi: 10.1055/s-0043-111084.
4. Montano D. Certifying leaders? high-quality management practices and healthy organisations: an ISO-9000 based standardisation approach. *Ind Health.* 2016;54(4):324-336. doi:10.2486/indhealth.2015-0178.
5. Pro vnesennia zmin do nakazu MOZ Ukrainy vid 14 bereznia 2011 roku № 142 «Pro vdoskonalennia derzhavnoi akredytatsii zakladiv okhorony zdorovia»: nakaz MOZ Ukrainy vid 20.12.2013 r. № 1116 [On amendments to the order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 14, 2011 № 142 "On improving the state accreditation of health care institutions": order of the Ministry of Health of Ukraine dated 20.12.2013 № 1116]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0031-14> (cite 2021 June 27).
6. Zvit Holovnoi akredytatsiinoi komisii pry MOZ Ukrainy za 2019 rik. [Report of the Main Accreditation Commission at the Ministry of Health of Ukraine for 2019]. Ministry of Health of Ukraine: website. URL: https://moz.gov.ua/uploads/5/26695-zvit_golovnoi_akreditacijnoi_komisii_pri_moz_ukraini_za_2019_rik.pdf (cite 2021 June 27).
7. Zvit Holovnoi akredytatsiinoi komisii pry MOZ Ukrainy za 2018 rik. [Report of the Main Accreditation Commission at the Ministry of Health of Ukraine for 2018]. Ministry of Health of Ukraine: website. URL: http://moz.gov.ua/uploads/2/10966-zvit_gak_2018.pdf (cite 2021 June 27).
8. Zvit Holovnoi akredytatsiinoi komisii pry MOZ Ukrainy za 2017 rik. [Report of the Main Accreditation Commission at the Ministry of Health of Ukraine for 2017]. Ministry of Health of Ukraine: website. URL: http://moz.gov.ua/uploads/1/5004-zvit_gak_2017.pdf (cite 2021 June 27).
9. Standarty akredytatsii zakladiv okhorony zdorovia: nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 14.03.2011 № 142 [Standards for accreditation of health care institutions: order of the Ministry of Health of Ukraine dated 14.03.2011 № 142]. Verkhovna Rada of Ukraine: official webportal. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0680-11#Text> (cite 2021 June 27).
10. Quality Measurement in Dentistry. A Guidebook. American Dental Association on behalf of the Dental Quality Alliance (DQA), 2019. 68 p.
11. Vymohy Prohramy medychnykh harantii 2021. Spetsyfikatsii ta umovy zakupivli za Prohramoiu medychnykh harantii na 2021 rik [Requirements of the Medical Guarantees Program 2021. Specifications and conditions of purchase under the Medical Guarantees Program for 2021]. Official website of the National health service of Ukraine. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021> (cite 2021 June 27).
12. Pro poriadok kontroliu yakosti medychnoi dopomohy: nakaz MOZ Ukrainy vid 28.09.2012 № 752 [On the procedure for quality control of medical care: order of the Ministry of Health of Ukraine dated 28.09.2012 № 752]. Verkhovna Rada of Ukraine: official webportal. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> (cite 2021 June 27).
13. Ana L. de Souza, Soraya C. Leal, Sacha B. Chaves, Ewald M. Bronkhorst, Jo E. Frencken, Nico H. J. Creugers. The Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) instrument: construct validation. *Eur J Oral Sci* 2014; 122(2):149-53. DOI: 10.1111/eos.12116.
14. Dental interventions to prevent caries in children. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh. 52 p.
15. Pro monitorynh klinichnykh indyikatoriv yakosti medychnoi dopomohy: nakaz MOZ Ukrainy vid 11.09.2013 № 795 [About monitoring of clinical indicators of quality of medical care: the order of the Ministry of Health of Ukraine from

09/11/2013 № 795]. Verkhovna Rada of Ukraine: official webportal. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text> (cite 2021 June 27).

16. Pro stvorennia ta vprovadzhenia medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy v systemi Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy: nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 28.09.2012 № 751 [About creation and introduction of medical and technological documents on standardization of medical care in system of the Ministry of Health of Ukraine: the order of the Ministry of Health of Ukraine from 09/28/2012 № 751]. Verkhovna Rada of Ukraine: official webportal. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text> (cite 2021 June 27).

17. Pro zatverdzhennia Protokoliv nadannia medychnoi dopomohy za spetsialnostiamy «ortopedychna stomatolohiia», «terapevtychna stomatolohiia», «khirurhichna stomatolohiia», «ortodontiia», «dytiacha terapevtychna stomatolohiia», «dytiacha khirurhichna stomatolohiia: nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 23.11.04 № 566 [On approval of the Protocols for the provision of medical care in the specialties "orthopedic dentistry", "therapeutic dentistry", "surgical dentistry", "orthodontics", "pediatric therapeutic dentistry", "pediatric surgical dentistry: order of the Ministry of Health of Ukraine from 23.11.04 № 566]. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ3977> (cite 2021 June 27).

18. Pro vyznannia takymy, shcho vtratyly chynnist, deiakykh nakaziv Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy: nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 28.02.2020 № 590 [On recognizing as invalid some orders of the Ministry of Health of Ukraine: order of the Ministry of Health of Ukraine dated 28.02.2020 № 590]. Verkhovna Rada of Ukraine: official webportal. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0590282-20#Text> (cite 2021 June 27).

19. VIL- infektsiia u doroslykh ta pidlitkiv. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh (2018) [HIV infection in adults and adolescents. Evidence-based clinical guideline]. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/2018_10_19_KN_VIL_.pdf (cite 2021 June 27).

20. Skryninh u pervynni dopomozh. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh (2018) [Screening in primary care. Evidence-based clinical guideline]. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_09_21_kn_scrinning.pdf (cite 2021 June 27).

21. Pohanyi zapakh z rota. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh (2017) [Halitosis. Evidence-based clinical guideline]. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn_pzr.pdf (cite 2021 June 27).

22. Profilaktyka, diahnozyka ta likuvannia oportunistychnykh infektsii ta suputnykh khvorob u VIL-infikovanykh osib. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh (2017) [Prevention, diagnosis and treatment of opportunistic infections and comorbidities in HIV-infected people. Adapted evidence-based clinical guideline]. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/01/akn_oport.pdf (cite 2021 June 27).

23. Unifikovanyi klinichni protokoli pervynnoi, vtorynoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy ditiam. VIL-infektsiia: nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 24.02.2015 № 92 [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care for children. HIV infection: order of the Ministry of Health of Ukraine dated 24.02.2015 № 92]. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ24344> (cite 2021 June 27).

24. Protokoly medychnoi sestry (feldshera, akusherky) z nadannia dopomohy v pidtrymanni patsientom osobystoi hihiieny: nakaz Ministerstva okhorony zdorovia vid 01.06.2013 № 460 [Protocols of a nurse (paramedic, midwife) to provide assistance in maintaining personal hygiene of the patient: the order of the Ministry of Health from 01.06.2013 № 460]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/protokoly-medychnoyi-sestry-feldshera-akusherky/> (cite 2021 June 27).

25. Pro vnesennia zmin do nakazu Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 28 veresnia 2012 roku № 751: nakaz MOZ Ukrainy vid 29.12.2016 № 1422 [On amendments to the order of the Ministry of Health of Ukraine dated September 28, 2012 № 751: order of the Ministry of Health of Ukraine dated 29.12.2016 № 1422]. Verkhovna Rada of Ukraine: official webportal. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text> (cite 2021 June 27).

Дата надходження рукопису до редакції: 16.07.2021 р.

Мета дослідження полягала у вивченні реальної управлінської діяльності з використання методів моніторингу й оцінки та підходів до формування індикаторів якості в закладах охорони здоров'я, які мають вищу акредитаційну категорію та сертифікат на систему управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015.

Матеріали та методи. З використанням методів системного і процесного підходу проведено порівняльний і логіко-структурний аналіз даних 127 локальних документів трьох обласних стоматологічних поліклінік України, результати аналізу упорядковано й представлено в таблиці.

Результати. Встановлено, що реальна управлінська практика з моніторингу й оцінки якості та формування набору індикаторів якості потребує вдосконалення за напрямками: розмежування моніторингу й експертної оцінки якості; запровадження доказових технологій у стоматологічну практику; формування набору клінічних індикаторів якості на основі «золотих стандартів»; інтеграція діяльності з внутрішнього аудиту в оперативно-тактичне управління закладом; використання процесно-орієнтованого підходу при проведенні оцінки відповідності; удосконалення зовнішніх і внутрішніх комунікацій та цільового навчання персоналу на робочих місцях.

Висновки: управлінська діяльність з моніторингу й оцінки в сертифікованих системах управління якістю потребує подальшого удосконалення за визначеними напрямками.

Ключові слова: стоматологічна допомога, моніторинг, оцінка, сертифікована система управління якістю, стандарти, заклади охорони здоров'я.

Цель исследования заключалась в изучении реальной управленческой деятельности по использованию методов мониторинга и оценки и подходов к формированию индикаторов качества в учреждениях здравоохранения, имеющих высшую аккредитационную категорию и сертификат на систему управления качеством в соответствии с требованиями DSTU ISO 9001: 2015.

Материалы и методы. С использованием методов системного и процессного подхода проведен сравнительный и логико-структурный анализ данных 127 локальных документов трех областных стоматологических поликлиник Украины, результаты анализа упорядочены и представлены в таблице.

Результаты. Установлено, что реальная управленческая практика по мониторингу, оценке и формированию набора индикаторов качества требует усовершенствования по направлениям: разграничение мониторинга и экспертной оценки качества; внедрение доказательных технологий в стоматологическую практику; формирование набора клинических индикаторов качества на основе «золотых стандартов»; интеграция деятельности по внутреннему аудиту в оперативно-тактическое управление учреждением; использование процессно-ориентированного подхода при проведении оценки соответствия; усовершенствование внешних и внутренних коммуникаций и целевого обучения персонала на рабочих местах.

Выводы: управленческая деятельность по мониторингу и оценке в сертифицированных системах управления качеством требует дальнейшего усовершенствования по указанным направлениям.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, мониторинг, оценка, сертифицирована система управления качеством, стандарты, учреждения здравоохранения.

The goal of article was to study real management activities in the use of monitoring and evaluation methods and approaches to the formation of a set of quality indicators in healthcare institutions that have the highest accreditation category and a certificate for a quality management system in accordance with the requirements of DSTU ISO 9001: 2015.

Materials and methods. Methods of systemic and process approach, comparative and logical-structural analysis of data from 127 local documents of three regional dental clinics of Ukraine were used, the results of the analysis are ordered and presented in the table.

Results. It has been established that the real management practice for monitoring, evaluating and forming a set of quality indicators requires improvement in the following areas: differentiation of monitoring and expert assessment of quality; introduction of evidence-based technologies in dental practice; formation of a set of clinical quality indicators based on "gold standards"; integration of internal audit activities into the operational and tactical management of the institution; use of a process-oriented approach in conformity assessment; improvement of external and internal communications and targeted training of personnel in the workplace.

Conclusions: management activity on monitoring and evaluation in certified quality management systems requires further improvement in these areas.

Key words: dental care, monitoring, assessment, certified quality management system, standards, healthcare institutions.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Круть Анатолій Григорович – к. мед. н. доцент; директор Стоматологічного навчально-практичного медичного центру НУОЗ України імені П.Л. Шупика; бульвар Т. Шевченка, 1-А, Київ, Україна; здобувач наукового ступеня доктора медичних наук кафедри управління та публічного адміністрування НУОЗ України імені П.Л. Шупика. (044) 234 20 29, akrut@ukr.net, ORCID ID 0000-0001-6503-3952.

Толстанов Олександр Костянтинівич – д. мед. н. професор, проректор з науково-педагогічної роботи, професор кафедри управління та публічного адміністрування НУОЗ України імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112, офіс 46. (044) 205 48 62, prore-int@nmapo.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-7459-8629.

Горачук Вікторія Валентинівна (контактна особа) – д. мед. н. професор, професор кафедри управління та публічного адміністрування, учений секретар НУОЗ України імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112, офіс 55-А. (044) 205 49 93, (073) 504 04 50, gorachuk@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-6076-8711.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240797
УДК 614.2

Слабкий Г.О.¹, Дудник С.В.²

Характеристика інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні

¹Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

²Національна служба здоров'я України, м. Київ, Україна

g.slabkiy@ukr.net, sv.dudnik@ukr.net

Слабкий Г.А.¹, Дудник С.В.²

Характеристика инновационной системы медико-социальной помощи детям до 5 лет жизни в Украине

¹Ужгородский национальный университет, г. Ужгород

²Национальная служба здоровья Украины, г. Киев

Slabkiy G.O.¹, Dudnyk S.V.²

Characteristics of the innovative system of medical-social care for children up to 5 years in Ukraine

¹SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod

²The National Health Service of Ukraine, Kyiv

Вступ

Стан здоров'я дитячого населення та попередження дитячої смертності знаходяться в центрі уваги держав світу, в зв'язку з чим кожна з країн здійснює пошуки шляхів щодо зміцнення здоров'я та протидії відворотним випадкам смерті дітей, оскільки єдиної універсальної системи профілактики дитячої смертності для всіх країн не існує. При цьому основним критерієм ефективності соціально-економічної політики, фундаментальною основою формування потенціалу здоров'я суспільства будь-якої держави є рівень здоров'я дитячого населення. За даними ВООЗ, найбільшого прогресу в захисті здоров'я жінок, дітей і підлітків у максимально короткі терміни домоглися ті країни, які об'єднує одна спільна риса: ефективне керівництво, що проявляється у спільній роботі різних гілок влади із активною взаємодією з місцевими громадами, суспільством, молоддю та приватним сектором для досягнення поставлених цілей в області охорони здоров'я. Потреби дітей мають ставати пріоритетом всіх державних секторів і для цього необхідна політична воля на самому найвищому рівні [1–9].

За роки незалежності в Україні відбулось зниження показника малою смертності та всіх її складових, але продовжує спостерігатись один з найвищих показників дитячої смертності як серед дітей до 5-ти років, так і малою смертності, в порівнянні з розвинутими країнами Європейського регіону, де концептуальні підходи до відтворення здорових поколінь тісно пов'язані з соціально-економічною політикою, зі зміцненням репродуктивного здоров'я жінок та зменшенням репродуктивних втрат, що потребує на сучасному етапі трансформації медичної галузі негайного впровадження системних ефективних дій на державному рівні щодо попередження дитячої смертності та усунення факторів її ризику із залученням як сектору охорони здоров'я, так і інших державних секторів [2,10–14].

Мета дослідження: надати характеристику інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні та її основних структурних елементів, обґрунтованої та розробленою з метою збереження здоров'я дитячого населення та сприяння зниженню смертності дітей віком до 5 років життя.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження виступила система медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя. Використано наступні методи дослідження: системний підхід, системний аналіз, метод організаційного проектування, концептуальне і описове моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

Розвиток і вдосконалення медичної допомоги матері та дитині є однією з провідних задач як системи охорони здоров'я так і держави в цілому. В ході проведеного дослідження в організації медичної допомоги дитячому населенню України встановлено низку проблем, які пов'язані: із негативною динамікою здоров'я дитячого населення; із кадровим забезпеченням системи охорони здоров'я, в тому числі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), та низького рівня готовності лікарів ЗП-СЛ до попередження передчасної смертності дітей; із структурою та ресурсним забезпеченням системи надання медичної допомоги дітям, а також із недостатньою раціональністю використання ресурсів в системі надання медичної допомоги дітям у період трансформації медичної галузі; із низьким рівнем поінформованості батьків дітей з питань збереження їх здоров'я; із негативними тенденціями смертності дитячого населення: більшість випадків дитячих смертей відбувається у віці до 5-ти років життя; із недосконалою або застарілою на даний час законодавчою базою в питаннях збереження здоров'я та життя дітей; із

невиконанням або частковим виконанням у системі охорони здоров'я дітей сучасних організаційних та клінічних технологій, з доведеною ефективністю, які рекомендовані ВООЗ та використовуються в провідних країнах світу; система громадського здоров'я в Україні не зосереджена на забезпеченні збереження здоров'я та життя дітей, на створення для них відповідних умов для збереження здоров'я та формування в українському суспільстві відповідального батьківства. Використані концептуальні підходи, базувались на усуненні встановлених проблем із виділенням основних задач для системи: забезпечення міжсекторального підходу в інноваційній системі медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя; забезпечення безперервного підвищення кваліфікації медичних працівників, починаючи з лікарів ЗП-СЛ, з питань збереження здоров'я дітей, запобігання дитячої смертності та підвищення якості надання медичної допомоги тощо; формування розвинутої інфраструктури з популяризацією пріоритетності здоров'я дитини у суспільстві та формування відповідального батьківства; запровадження електронної системи охорони здоров'я; реформування фінансування галузі охорони здоров'я з метою забезпечення якісною медичною допомогою дитячого населення усіх соціальних груп, інтегроване ведення хвороб дитячого віку, впровадження послуг раннього втручання, катамнестичного спостереження, реабілітації, паліативної допомоги; здійснення безперервного моніторингу та оцінки якості надання медичної допомоги дитячому населенню на національному рівні (інтегроване управління якістю медичної допомоги); підвищення якості, доступності та результативності медичної допомоги дітям та вагітним на госпітальному рівні; забезпечення високого рівня медико-гігієнічної освіти дітей; активне залучення громадськості до вирішення проблеми попередження дитячої смертності. Концептуальні підходи є комплексними, носять міжсекторальний характер і розділяються за рівнями управління, для чого були розроблені задачі та функції для всіх основних учасників процесу сприяння зниженню смертності дітей віком до 5 років життя та збереження їх здоров'я, а саме загальні та специфічні задачі та функції центральної влади, регіональної влади; місцевої влади та об'єднаних територіальних громад, а також задачі та функції керівників закладів охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я, задачі та функції системи громадського здоров'я.

Сучасним теоретичним підґрунтям для формування інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя стали Глобальна стратегія Організації Об'єднаних Націй з охорони здоров'я жінок і дітей і супроводжуюча її ініціатива «Кожна жінка, кожна дитина» [6,15,16], Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок, дітей та підлітків «Вживати, процвітати, змінювати» (2016–2030 рр.) [7], а також Глобальний план дій ВООЗ «Кожен новонароджений» (Every Newborn Action Plan, ENAP) [4,9,17]. Важливим підходом, що має бути використаним країнами у своїх стратегіях – це підхід «всього життєвого циклу» дитини, при використанні якого

можна досягти високих показників стану фізичного, психічного та соціального здоров'я на кожному з вікових етапів. В Україні на даний час не розроблено національного плану дій в рамках стратегій або ініціатив ВООЗ, ЮНІСЕФ та відсутні державні програми щодо збереження здоров'я дитячого населення та сприяння зниженню або попередженню смертності дітей віком до 5 років життя.

Інноваційна система медико-соціальної допомоги дітям віком до 5 років життя в Україні включає центральний елемент (дитина та її родина), стратегічно спрямована на збереження та зміцнення здоров'я і життя дітей на сучасному етапі розвитку суспільства та трансформації системи охорони здоров'я з виконання Конституції України, Конвенція про права дитини (Конвенція ратифікована Постановою ВР № 789-ХІІ від 27.02.91) та законодавчої бази України та суттєво оновлює існуючу галузь охорони здоров'я за рахунок запровадження інноваційних багаторівневих структурно-організаційних технологій в межах галузі та налагодження як вертикальних, так і горизонтальних інтеграційних зв'язків з іншими державними та недержавними секторами. В системі впроваджуються загальні принципи сучасного медичного менеджменту за всіма напрямками: ефективне управління процесом, інтеграція, планування, ресурсне забезпечення; інтегроване управління якістю медичної допомоги; передбачення та мінімізація ризиків; дотримання прав людини та вимог законодавства в сфері протидії насильству. Система спрямована на 5 рівнів (владний, галузевий, міжсекторальний, локальний/ громада, сімейний) з метою забезпечення доступності, комплексності, етапності, наступності, якості медичної допомоги, та має низку інноваційних структурно-організаційних елементів (рис.).

На владному рівні пропонується розроблення низки законів та нормативно-правових документів, що стосуються фінансових, медичних, соціальних гарантій охорони материнства та дитинства. Передбачається розроблення МОЗ України Державної багатосекторальної програми з охорони матері та дитини, спрямованої на зниження смертності та збереження здоров'я дітей з імплементацією заходів глобальної ініціативи ВООЗ «Кожна жінка, кожна дитина», на підставі якої на рівні об'єкту системи на регіональних рівнях мають бути затверджені відповідні регіональні комплексні цільові програми з охорони дитинства та мають функціонувати обласні міжсекторальні координаційні ради з ініціативи та імплементації скоординованих та узгоджених заходів. З урахуванням процесів децентралізації система передбачає: вдосконалення системи фінансування та об'єм фінансування служби охорони матері та дитини, та їх пріоритетність. Інноваційною системою передбачається подальша реалізація нової системи фінансування медичної допомоги через Програму медичних гарантій, впровадження, ведення ЕСОЗ, реєстрів дітей за визначеними захворюваннями, у т.ч. новонароджених, які народились передчасно та/або хворими; клінічний аудит та аналіз.

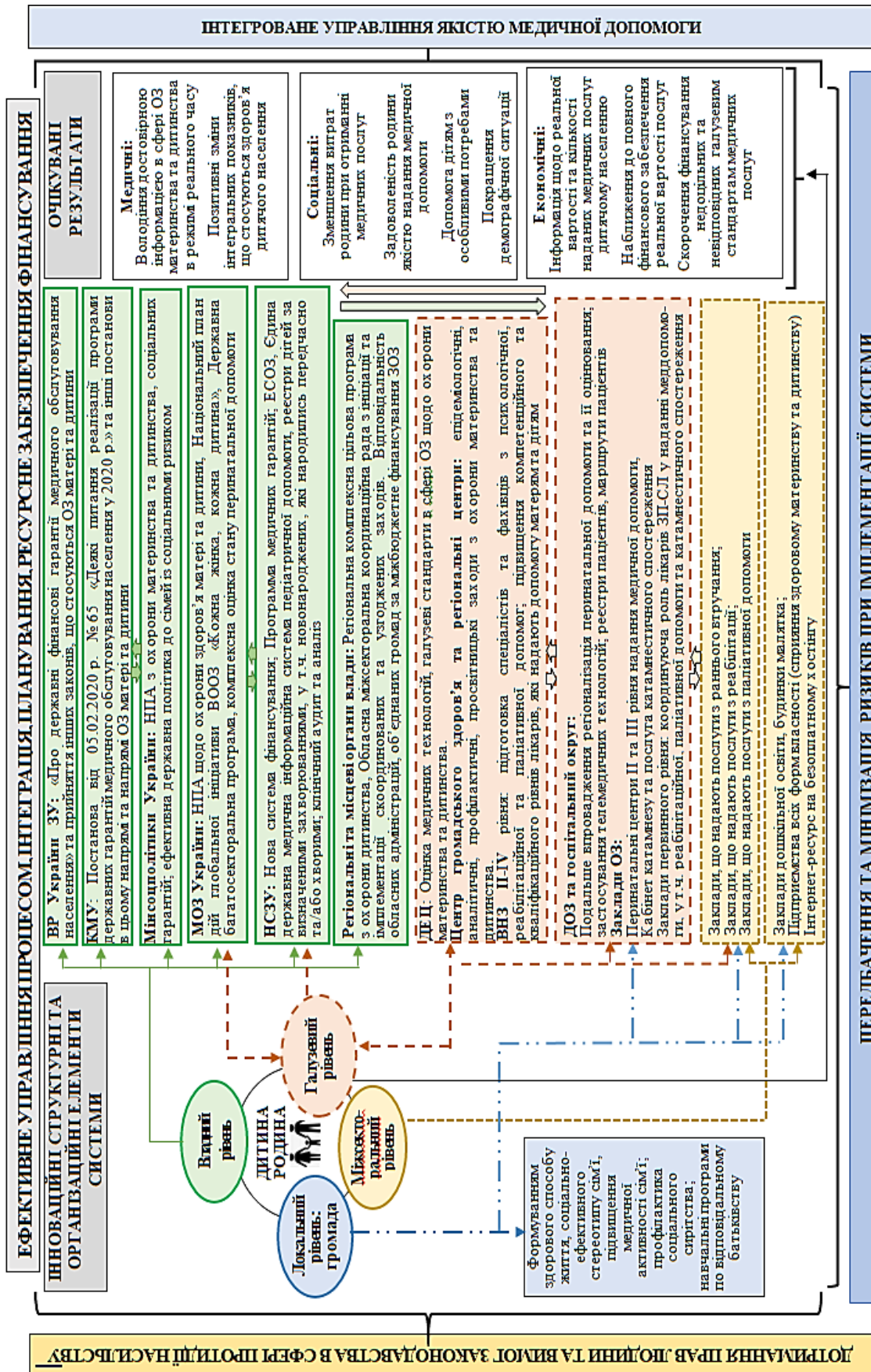


Рис. Інноваційна система медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні

При розробці програми медичних гарантій на НСЗУ покладаються функції врахування усіх аспектів надання медичної допомоги дитячому населенню та їх фінансове покриття, зокрема забезпечення здорового початку життя; покращання медичної допомоги на первинному рівні, лікарі якої повинні забезпечувати як медичні послуги, так і координуючі функції налагодження співпраці з усіма залученими до охорони материнства та дитинства учасниками процесу; запровадження на сучасному рівні нових для країни напрямів надання медичної допомоги, зокрема катанестичного спостереження за хворими та передчасно народженими дітьми упродовж перших 3 років життя, послуг із реабілітації, раннього втручання та паліативної допомоги. На всіх рівнях надання медичної допомоги внесено пропозиції щодо її удосконалення з метою сприяння скороченню дитячої смертності: на первинному рівні – забезпечення умов для інтенсивної терапії починаючи з ФАП; на спеціалізованому (вторинному) та високоспеціалізованому (третинному) рівні вдосконалення ефективності надання невідкладної та реанімаційної допомоги; запровадження неонатальних бригад на базі ЗОЗ високоспеціалізованої медичної допомоги; в службі екстреної невідкладної допомоги – гарантоване забезпечення надання допомоги (евакуації) при типових загрозливих станах і синдромах дитини та транспортування у найближчі відділення (лікарні). Надання послуг із медичної реабілітації дітям до 3-х років життя із впровадженням технології раннього втручання. Державний експертний центр має оновити або розробити стандарти щодо застосування сучасних лікувально-діагностичних, профілактичних, реабілітаційних та інших послуг після проведення оцінювання з точки зору їх ефективності та доказовості. На локальному рівні необхідно здійснювати формування відповідального батьківства, підвищення медичної обізнаності батьків щодо загрозливих для життя дітей станів і тактиці дій при них, формування здорового способу життя, медичної активності щодо здоров'я дитини та власного здоров'я формування стереотипу сім'ї на збереження здоров'я дитини. Діяльність об'єднаних територіальних громад передбачає особливу увагу соціально неадаптованим та економічно незабезпеченим сім'ям. Для зниження смертності дітей, у т.ч. позалікарняної, важливим є надання інтегрованих послуг, що передбачає не тільки спільне фінансування закладів, які надають послуги, насамперед, із катанестичного спостереження, раннього втручання, реабілітаційної та паліативної допомоги МОЗ, Міністерством соціальної політики, органами місцевого самоврядування та меценатами, але й залучення вказаних структур до організації та надання таких послуг на регіональному/місцевому рівнях.

В цілому, розроблена інноваційна система медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя базується на існуючій системі медичного забезпечення дитячого населення, яка удосконалена за рахунок функціонально-організаційної оптимізації, серед яких як існуючі елементи, діяльність яких удосконалена (заклади охорони здоров'я первинної, спеціалізованої, високоспеціалізованої та екстреної медичної допомоги,

що надають допомогу дітям а також перинатальну допомогу, які проходять автономізацію та підключаються до електронної системи охорони здоров'я, укладають договори на фінансування з Національною службою охорони здоров'я в рамках Програми медичних гарантій), так і нові елементи системи. До нових відносяться: включення до системи регіональної та місцевої влади з визначенням для них цільових задач та функцій в тому числі прийняття регіональних комплексних цільових програм з охорони дитинства з визначенням обсягів та джерел її фінансування, створення обласних міжсекторальних координаційних рад з ініціації та імплементації скоординованих та узгоджених заходів; включення в систему об'єднаних територіальних громад з покладання на них функцій активної участі у формуванні здорового та соціально-ефективного способу життя; формування стереотипу сім'ї, спрямованого на формування і збереження здоров'я дітей; підвищення медичної активності сім'ї; профілактика соціального сирітства; навчальні програми по відповідальному батьківству; захисту права дитини та недопущення насильства та грубого поводження з дитиною; в напрямку структурної перебудови системи медичної допомоги дитячому населенню новим є створення відділень планової та екстреної консультативної допомоги; спеціалізованих педіатричних бригад; спеціалізовані центри дитячої реанімації та інтенсивної терапії; виїзні бригади реанімації та інтенсивної терапії; надання етапної допомоги (евакуації) при загрозливих станах та синдромах екстреною медичною допомогою, а також надання послуг катанезу, реабілітаційної, паліативної допомоги, раннього втручання; в напрямку безперервного підвищення професійного рівня медичного персоналу новими напрямками діяльності є навчання компетенційним та кваліфікаційним рівням знань лікарів, що надають допомогу дітям, перинатальну допомогу; навчання лікарів ЗП-СЛ з питань профілактики дитячої смертності, перинатології; підвищення рівня знань лікарів з питань введення дитячого населення, маршрутів пацієнта, а також ведення і маршрутизації пацієнтів з високим і середнім рівнем перинатального ризику, а також впровадження вимоги щодо наявності сертифікатів із відповідної підготовки лікарів в пакетах медичних гарантій; в розділі системи «Інформаційна база» представлено комплекс заходів, які мають забезпечити діяльність як на рівні країни так і в регіоні електронної системи охорони здоров'я та можливість отримання телемедичних консультацій в тому числі лікарів ЗП-СЛ, забезпечити перехід на повний електронний документообіг (ЕСОЗ) та збір і обробку статистичних даних у ЗОЗ; єдиної державної медичної інформаційної системи педіатричної допомоги, включно реєстр новонароджених, що народились передчасно та/або хворими; Інтернет-ресурс з попередження дитячої смертності та збереження здоров'я дітей; на відміну від традиційного формування у населення навичок здорового способу життя нами запропоновано включення системи громадського здоров'я, навчання батьків, створення умов для розвитку дитини; прийняттю управлінських рішень

передусє моніторинг (в т.ч. за медико-соціальними детермінантами), оцінка, контроль, координація, управління процесом профілактики дитячої смертності, оцінка якості надання медичної допомоги та комплексна оцінка педіатричної допомоги (в тому числі і закладів перинатальної допомоги). Враховуючи, що збереження та зміцнення здоров'я дітей є державною функцією запропонована система носить не виключно галузевий характер, а багатосекторальний характер і включає для рішення поставлених завдань органи центральної влади, регіональної влади, місцевої (об'єднані територіальні громади). Відповідно до рівнів управління влади кожна із них виконує свої функції по забезпеченню здоров'я і життя дітей.

Паралельно із новими елементами системи, що сприяють в цілому структурній перебудові в наданні медичної допомоги дитячому населенню України, до системи включено регіоналізацію перинатальної допомоги, як одну з найефективніших організаційних моделей оптимізації медичної допомоги, що продовжує впроваджуватись в Україні, із запровадженням проведення комплексної оцінки стану перинатальної допомоги з наступним прийняттям управлінських рішень.

Очікуваними результатами впровадження інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям віком до 5 років життя є: *медичні* (володіння достовірною інформацією в сфері ОЗ материнства та дитинства в режимі реального часу, позитивні зміни інтегральних показників, що стосуються здоров'я дитячого населення); *соціальні*: (зменшення витрат родини при отриманні медичних послуг, задоволеність родини якістю надання медичної допомоги, допомога дітям з особливими

потребами, покращення демографічної ситуації); *економічні* (наявність інформації щодо реальної вартості та кількості наданих медичних послуг дитячому населенню, наближення до повного фінансового забезпечення реальної вартості послуг, скорочення фінансування недоцільних та невідповідних галузевим стандартам медичних послуг).

Перспективи подальших досліджень пов'язані із вивченням результатів подальшого практичного впровадження системи попередження дитячої смертності на державному та регіональному рівнях.

Висновки

Інноваційна система медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні розроблено на підставі отриманих даних щодо встановлених причин відмінностей у показниках смертності та захворюваності дітей, потенційних ризиків закладених у структурно-функціональній організації медичної допомоги дитячому населенню в країні, міжнародних рекомендаційних документів, та включає 5 рівнів (владний, галузевий, міжсекторальний, локальний/громада, сімейний), а також низку частково впроваджених інноваційних структурно-організаційних елементів. Імплементация системи на національному, регіональному та локальному рівнях сприятиме збереження здоров'я та життя дітей на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров'я, та дозволить підвищити медичну, соціальну та економічну ефективність існуючої системи охорони здоров'я в цілому.

Література

1. Strategy for Health 2016-2030: Programme Division. New York: UNICEF, 2016. 56 p. URL: <https://www.unicef.org/media/58166/file> (Last accessed: 05.08.2021).
2. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.): выживать, процветать, менять / EWEC, 2015. 108 с. http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_Global_Strategy_RU_inside_web.pdf (дата звернення: 05.08.2021).
3. Health in Europe 4. Health services for children in western Europe / Ingrid Wolfe et. al. Lancet. 2013. Vol. 381. P. 1224–1234. URL: <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Lancet%20Health%20services%20for%20children%20in%20Europe%20March%202013.pdf> (Last accessed: 10.08.2021).
4. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths / World Health Organization, UNICEF. Geneva, 2014. 58 p. URL: http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-ENGLISH_updated_July2014.pdf (Last accessed: 10.08.2021).
5. Developing global indicators for quality of maternal and newborn care: a feasibility assessment: bulletin / B. Madaj et al., WHO. URL: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/6/16-179531/en/> (Last accessed: 05.08.2021).
6. Каждая женщина, каждый ребенок: больше справедливости и достоинства через здравоохранение 2013: краткий обзор. Второй доклад Группы независимых экспертов (iERG) по оценке информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей / World Health Organization, iERG. Женева, 2014. 20 p. URL: https://www.who.int/woman_child_accountability/iERG/reports/2013/iERG2013-ExecutiveSummary-RU.pdf (дата звернення: 10.08.2021).
7. The Global Strategy on Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030). New York: United Nation, 2015. 108 p. URL: https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/12/EWEC_Global_Strategy_EN_inside_LogoOK_web.pdf (Last accessed: 10.08.2021).
8. The Sustainable Development Goals Report 2020. New York: United Nations, 2020. 68 p. URL: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf> (Last accessed: 10.08.2021).

9. Every newborn action plan: Country Progress Tracking Report / World Health Organization, iERG. Geneva, 2015. 48 p. URL: <http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/160525-ENAP-country-progress-tracking-report-2015-v2.pdf> (Last accessed: 10.08.2021).
10. Населення України за 2018 рік: Демографічний щорічник. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/12/zb_ukr_2018.pdf (дата звернення: 12.10.2020).
11. Рогач І. М., Керецман А. О., Гаджега І. І. Огляд динаміки демографічної ситуації в Україні та її регіонах на фоні країн ЄС та світу: проблеми та перспективи / ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни з курсом історії медицини м. Ужгород. Проблеми клінічної педіатрії: науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики – сімейної медицини. 2019. № 2 (44). DOI 10.24144/1998-6475.2019.44.49-56.
12. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Копенгаген, 2014. 274 с. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf (дата звернення: 10.08.2021).
13. Гржибовський Я. Л., Любінець О. В. Медико-соціальні детермінанти здоров'я. Український медичний часопис. 2020. № 2 (2) (136). С. 29–34. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.136.175646 (Last accessed: 10.08.2021).
14. Staebler S. Regionalized systems of perinatal care: health policy considerations. *Advances in Neonatal Care*. 2011. Vol. 11 (1). P. 37–42.
15. Commitments To The Every Woman. Every Child Global Strategy For Women's Children's And Adolescents' Health (2016-2030): Report / The Partnership For Maternal, Newborn Child Healthm, World Health Organization. Geneva, 2018. 79 p. URL: <https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2018/09/commitments-report-2015-2017.pdf> (Last accessed: 05.08.2021).
16. Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health. New York: United Nations, 2015. 112 p. URL: <https://www.who.int/life-course/news/ewec-progress-report-2015.pdf> (Last accessed: 05.08.2021).
17. Every Newborn Action Plan: Progress Report. Every Woman. Every child. / World Health Organization, UNICEF. Geneva, 2015. 28 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255559/9789241508728-eng.pdf?sequence=1> (Last accessed: 05.08.2021).

References

1. Strategy for Health 2016-2030: Programme Division. New York: UNICEF, 2016. 56 p. URL: <https://www.unicef.org/media/58166/file> (Last accessed: 05.08.2021).
2. Globalnaya strategiya ohrany zdorovya zhenshin, detej i podrostkov (2016–2030 gg.): vyzhivat, procvetat, menyat /EWEC, 2015. 108 с. http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_Global_Strategy_RU_inside_web.pdf (data zvernennya: 05.08.2021).
3. Health in Europe 4. Health services for children in western Europe / Ingrid Wolfe et. al. *Lancet*. 2013. Vol. 381. P. 1224–1234. URL: <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Lancet%20Health%20services%20for%20children%20in%20Europe%20March%202013.pdf> (Last accessed: 10.08.2021).
4. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths / World Health Organization, UNICEF. Geneva, 2014. 58 p. URL: http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-ENGLISH_updated_July2014.pdf (Last accessed: 10.08.2021).
5. Developing global indicators for quality of maternal and newborn care: a feasibility assessment: bulletin / B. Madaj et al., WHO. URL: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/6/16-179531/en/> (Last accessed: 05.08.2021).
6. Kazhdaya zhenshina, kazhdyj rebenok: bolshe spravedlivosti i dostoinstva cherez zdravooohranenie 2013: kratkij obzor. Vtoroj doklad Gruppy nezavisimyh ekspertov (iERG) po ocenke informacii i podotchetnosti v otnoshenii zdorovya zhenshin i detej / World Health Organization, iERG. Zheneva, 2014. 20 p. URL: https://www.who.int/woman_child_accountability/iERG/reports/2013/iERG2013-ExecutiveSummary-RU.pdf (data zvernennya: 10.08.2021).
7. The Global Strategy on Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030). New York: United Nation, 2015. 108 p. URL: https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/12/EWEC_Global_Strategy_EN_inside_LogoOK_web.pdf (Last accessed: 10.08.2021).
8. The Sustainable Development Goals Report 2020. New York: United Nations, 2020. 68 p. URL: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf> (Last accessed: 10.08.2021).
9. Every newborn action plan: Country Progress Tracking Report / World Health Organization, iERG. Geneva, 2015. 48 p. URL: <http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/160525-ENAP-country-progress-tracking-report-2015-v2.pdf> (Last accessed: 10.08.2021).
10. Naselelnya Ukrayini za 2018 rik: Demografichnij shorichnik. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/12/zb_ukr_2018.pdf (data zvernennya: 12.10.2020).

11. Rogach I. M., Kerecman A. O., Gadzhega I. I. Oglyad dinamiki demografichnoyi situaciyi v Ukrayini ta yiyi regionah na foni krayin YeS ta svitu: problemi ta perspektivi / DVNZ «Uzhgorodskij nacionalnij universitet», medichnij fakultet, kafedra socialnoyi medicini ta gigiyeni z kursom istoriyi medicini m. Uzhgorod. Problemi klinichnoyi pediatriyi: naukovo-praktichnij zhurnal dlya pediatriv ta likariv zagalnoyi praktiki – simejnoyi medicini. 2019. № 2 (44). DOI 10.24144/1998-6475.2019.44.49-56.

12. Obzor socialnyh determinant i razryva po pokazatelyam zdorovya v Evropejskom regione VOZ: zaklyuchitelnyj doklad. Kopengagen, 2014. 274 s. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf (data zvernennya: 10.08.2021).

13. Grzhibovskij Ya. L., Lyubinec O. V. Mediko-socialni determinanti zdorov'ya. Ukrayinskij medichnij chasopis. 2020. № 2 (2) (136). S. 29–34. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.136.175646 (Last accessed: 10.08.2021).

14. Staebler S. Regionalized systems of perinatal care: health policy considerations. Advances in Neonatal Care. 2011. Vol. 11 (1). R. 37–42.

15. Commitments To The Every Woman. Every Child Global Strategy For Women's Children's And Adolescents' Health (2016-2030): Report / The Partnership For Maternal, Newborn Child Healthm, World Health Organization. Geneva, 2018. 79 p. URL: <https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2018/09/commitments-report-2015-2017.pdf> (Last accessed: 05.08.2021).

16. Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health. New York: United Nations, 2015. 112 p. URL: <https://www.who.int/life-course/news/ewec-progress-report-2015.pdf> (Last accessed: 05.08.2021).

17. Every Newborn Action Plan: Progress Report. Every Woman. Every child. / World Health Organization, UNICEF. Geneva, 2015. 28 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255559/9789241508728-eng.pdf?sequence=1> (Last accessed: 05.08.2021).

Дата надходження рукопису до редакції: 31.08.2021 р.

Мета. Надати характеристику інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні та її основних структурних елементів, обґрунтованої та розробленою з метою збереження здоров'я дитячого населення та сприяння зниженню смертності дітей віком до 5 років життя.

Матеріали та методи. При виконанні роботи використано наступні методи дослідження: системний підхід, системний аналіз, метод організаційного проектування, концептуальне і описове моделювання. Об'єктом дослідження виступила система медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя.

Результати. Представлено розроблену інноваційну систему медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні, яка має 5 рівнів (владний, галузевий, міжсекторальний, локальний/грумада, сімейний), низку інноваційних структурно-організаційних елементів. Центральним елементом системи виступає дитина віком до 5 років життя та її родина, що визначає пацієнтоорієнтованість та пацієнтоцентричність системи, стратегічним напрямом системи є збереження здоров'я та життя дітей на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі ОЗ, тактичним – запровадження інноваційних багаторівневих структурно-організаційних технологій в межах галузі охорони здоров'я із забезпеченням міжсекторальних інтеграційних підходів з державними та недержавними секторами (структурами, інституціями).

Висновки. Інноваційна система медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні розроблено на підставі отриманих даних щодо встановлених причин відмінностей у показниках смертності та захворюваності дітей, потенційних ризиків закладених у структурно-функціональній організації медичної допомоги дитячому населенню в країні, міжнародних рекомендаційних документів, та включає 5 рівнів, а також низку частково впроваджених інноваційних структурно-організаційних елементів. Імплементация системи на національному, регіональному та локальному рівнях сприятиме збереження здоров'я та життя дітей на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров'я, та дозволить підвищити медичну, соціальну та економічну ефективність існуючої системи охорони здоров'я в цілому.

Ключові слова: інноваційна система, медико-соціальна допомога, діти до 5 років життя, смертність, захворюваність.

Цель. Представить характеристику инновационной системы медико-социальной помощи детям до 5 лет в Украине и ее основных структурных элементов, обоснованной и разработанной с целью сохранения здоровья детского населения и содействие снижению смертности детей до 5 лет жизни.

Материалы и методы. Объектом исследования выступила система медико-социальной помощи детям до 5 лет жизни. В ходе работы использованы следующие методы: системный подход, системный анализ, метод организационного проектирования, концептуальное и описательное моделирование.

Результаты. Представлена разработанная инновационная система медико-социальной помощи детям до 5 лет жизни в Украине, которая имеет 5 уровней (властный, отраслевой, межсекторальный, локальный/община, семейный),

ряд інноваційних структурно-організаційних елементів. Центральним елементом системи виступає дитина в віці до 5 років життя і її сім'я, що визначає пацієнтоорієнтованість і пацієнтоцентричність системи, стратегічним напрямком системи є збереження здоров'я і життя дітей на сучасному етапі розвитку суспільства і реформування галузі охорони здоров'я, тактичним – впровадження інноваційних багаторівневих структурно-організаційних технологій в межах галузі охорони здоров'я з забезпеченням міжсекторальних інтеграційних підходів з державними і недержавними секторами (структурами, інституціями).

Висновки. Інноваційна система медико-соціальної допомоги дітям до 5 років в Україні розроблена на основі отриманих даних про установлені причини відмінностей в показателях смертності і захворюваності дітей, потенціальних ризиків, закладених в структурно-функціональній організації медичної допомоги дитячому населенню в країні, міжнародних рекомендаційних документів, і включає 5 рівнів, а також ряд частково впроваджених інноваційних структурно-організаційних елементів. Імплементация системи на національному, регіональному і локальному рівнях буде сприяти збереженню здоров'я і життя дітей на сучасному етапі розвитку суспільства і реформування охорони здоров'я, що дозволить підвищити медичну, соціальну і економічну ефективність існуючої системи охорони здоров'я в цілому.

Ключові слова: інноваційна система, медико-соціальна допомога, діти до 5 років життя, смертність, захворюваність.

Purpose. To present the characteristics of innovative system of medical-social care for children up to 5 years in Ukraine and its main structural elements, the system is justified and developed to preserve the health of children and help reduce mortality of children up to 5 years.

Materials and methods. The object of the research was the system of medical and social assistance to children up to 5 years in Ukraine. During the research, the following methods were used: systems approach, systems analysis, organizational design method, conceptual and descriptive modeling.

Results. The developed innovative system of medical-social care for children up to 5 years in Ukraine is presented, which has 5 levels (governmental, branch, intersectoral, local/community, family), a number of innovative structural and organizational elements. The central element of the system is a child under 5 years of age and his family, which determines the patient-oriented and patient-centered system, the strategic direction of the system is to preserve the health and lives of children at the present stage of society and health care reform, tactical – introduction of innovative multilevel structural and organizational technologies within the field of health care with the provision of intersectoral integration approaches with public and non-governmental sectors (structures, institutions).

Conclusions. The innovative system of medical-social care for children up to 5 years in Ukraine was developed on the basis of the data obtained on the established causes of differences in mortality and morbidity rates in children, potential risks inherent in the structural and functional organization of medical care for the child population in the country, international recommendation documents, and includes 5 levels, and also includes a number of partially implemented innovative structural and organizational elements. The implementation of the system at the national, regional and local levels will contribute to the preservation of the health and life of children at the present stage of the development of society and the reform of health care, which will increase the medical, social and economic efficiency of the existing health care system as a whole.

Key words: innovative system, medical-social care, children up to 5 years, mortality, morbidity.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
g.slabkiy@ukr.net, ORCID ID 0000-0003-2308-7869.

Дудник Світлана Валеріївна – д.мед.н., начальник відділу взаємодії із зовнішніми експертами управління фінансових гарантій медичного обслуговування Департаменту замовлення медичних послуг та лікарських засобів Національної служби здоров'я України; проспект Степана Бандери, 19, м. Київ, 02000, Україна.
sv.dudnik@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-7012-424X.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240798
УДК 616.7+615.8:614.252

Брич В.В.

Стан кадрового та освітнього забезпечення сфери реабілітаційної допомоги при ураженнях опорно-рухового апарату

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

valeria.bruch@uzhnu.edu.ua

Брич В.В.

Состояние кадрового и образовательного обеспечения сферы реабилитационной помощи при поражениях опорно-двигательного аппарата

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

Brych V.V.

The state of staffing and educational support in the field of rehabilitation care for disorders of the musculoskeletal system

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

Вступ

У 2017 році ВООЗ проведено зустріч «Реабілітація 2030: Заклик до дії», в якій взяло участь понад 200 експертів з реабілітації з 46 країн. Саме там було висвітлено основні проблеми забезпечення реабілітаційною допомогою, в тому числі величезну потребу у реабілітаційних послугах у всьому світі, особливо у країнах з низьким та середнім рівнями доходів, та недостатність навичок фахівців з реабілітації [1].

За глобальними оцінками потреби в реабілітації на основі дослідження Глобального тягаря захворювань 2019 року визначено, що у всьому світі у 2019 році в умовах, за яких була б корисна реабілітація, перебувало 2,41 мільярда осіб. Ця кількість зросла на 63% з 1990 до 2019 року. При цьому найбільшу кількість склали саме особи з ураженнями опорно-рухового апарату (1,71 мільярда людей). За даними досліджень, у 2019 році у світі понад 1600 мільйонів дорослих у віці 15–64 років мали стани, для яких була б корисною реабілітація, а порушення опорно-рухового апарату склали приблизно дві третини від вказаної кількості [2].

Раніше для опису процесу відновлення здоров'я травм та захворювань використовували термін «відновне лікування», а тепер для цього визначений термін «реабілітація». Отже, реабілітація – це комплекс втручань, необхідних, коли людина відчуває обмеження у повсякденному фізичному, психічному та соціальному функціонуванні через старіння або стан здоров'я, включаючи хронічні захворювання або розлади, травми [3].

В Україні сфера медичної реабілітації перебуває наразі у стані встановлення. Яремчук О.В., Берлінець І.А. (2018) вказували такі проблеми у сфері медичної реабілітації, як недосконалість та нерегульованість законодавчої та нормативної бази; необхідність уніфікації стандартів надання реабілітаційної допомоги, незалежно від підпорядкування закладу, де вона надається; кадрове

забезпечення процесу реабілітації, яке не досягає світових та європейських стандартів [4]. Голик В. та співавтори також називають серед основних проблем неадекватне законодавство в галузі охорони здоров'я для розробки сучасних реабілітаційних послуг, прогалини в клінічному середовищі та контроль якості підготовки фахівців з реабілітації [5]. У 2020 році нарешті прийнятий закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», який вдосконалив і систематизував законодавче регулювання реабілітації у сфері охорони здоров'я, визначив основні терміни та принципи реабілітаційної допомоги, вказав суб'єктів реабілітації, до яких належать і надавачі реабілітаційної допомоги. Так, у пункті 4 статті 9 Закону вказано, що надавачами реабілітаційної допомоги є фахівці з реабілітації, а стаття 10 роз'яснює, які саме: лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови і мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів, ерготерапевтів. Окремо вказано, що положення стосовно терапевтів мови та мовлення вводяться в дію через п'ять років з дня опублікування Закону; а стосовно сестер медичних з реабілітації – через два роки [6].

Що стосується реабілітації при ураженнях опорно-рухового апарату, то основними її провайдерами стали лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти та їх асистенти. Саме тому слід особливу увагу приділити їх підготовці. Закон вказує, що до суб'єктів, які здійснюють кадрове та наукове забезпечення системи реабілітації, належать:

1) наукові установи, що беруть участь у реалізації державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я;

2) заклади освіти та функціональні підрозділи закладів освіти незалежно від підпорядкування, які акредитовані щодо надання освітніх послуг з підготовки фахівців з реабілітації;

3) інші суб'єкти освітньої діяльності, які забезпечують безперервний професійний розвиток фахівців з реабілітації.

Все це потребує детального аналізу з метою розробки шляхів вдосконалення сфери медичної реабілітації на регіональному рівні.

Мета дослідження – проаналізувати стан кадрового та освітнього забезпечення сфери медичної реабілітації взагалі та при ураженнях опорно-рухової системи.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети були використані наступні методи: системного підходу та аналізу, медико-статистичний, контент-аналіз, порівняльний аналіз, графічний. Матеріалами стали статистичні дані системи МОЗ України (форма 17 «Звіт про медичні кадри за 2020 рік») сайту Центру медичної статистики МОЗ України [7], інформація сайту єдиної державної електронної бази з питань освіти (ЄДЕБО) [8],

нормативно-правові документи забезпечення сфери медичної реабілітації.

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до «Умов закупівлі медичних послуг за напрямом «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату», представлених Національною службою здоров'я України (НСЗУ), у вимогах до спеціалізації та кількості фахівців вказано, що у закладі повинен бути лікар з фізичної та реабілітаційної медицини та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, та/або лікар-фізіотерапевт – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.

За даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, для України кількість лікарів вказаних спеціальностей недостатня для забезпечення пакетів медичної реабілітації особам з ураженнями опорно-рухового апарату (табл.).

Таблиця. Забезпечення лікарями для реалізації пакетів медичної реабілітації в Україні станом на 31.12.2020 р. (абс.)

Адміністративна територія	Усього облікова кількість осіб на 31.12.2020 р.	Із загальної кількості лікарів мають кваліфікаційну категорію		
		вища	I	II
Лікарі-фізіотерапевти				
Україна	831	526	99	61
Лікарі з лікувальної фізкультури та спортивної медицини				
Україна	395	178	48	33
Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини				
Україна	68	0	0	0

Враховуючи, що такі спеціальності, як лікар-фізіотерапевт та лікар з лікувальної фізкультури (ЛФК) та спортивної медицини (СМ), вже давно активно існують в системі охорони здоров'я України, їх загальна кількість достатня в країні та за регіонами (рис. 1).

Отже, на кінець 2020 року найбільше лікарів вказаних спеціальностей (фізіотерапевтів та лікарів ЛФК та СМ) було у м. Києві, Харківській, Дніпропетровській, Львівській та Одеській областях.

Але особливої уваги заслуговує спеціальність «фізична і реабілітаційна медицина», лікарів з якою у закладах охорони здоров'я України за даними форми № 17 «Звіт про медичні кадри за 2020 рік» станом на кінець 2020 року дуже мало, а в окремих областях (Донецька, Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Херсонська, Чернівецька) вони взагалі відсутні (рис. 2).

За інформацією з форми № 17 «Звіт про медичні кадри за 2020 рік» станом на 31 грудня 2020 року, найбільша кількість лікарів фізичної та реабілітаційної медицини працювала в закладах охорони здоров'я Вінницької та Дніпропетровської областей (рис. 1).

Швидше за все, така ситуація склалася через недавню історію вказаної лікарської спеціальності. Спеціальність «лікар фізичної та реабілітаційної медицини» (код 2221.2) з'явилася у Національному класифікаторі України ДК 003:2010 «Класифікатор професій» шляхом внесення змін наказом Міністерства економіки та розвитку України від 10.08.2016 №1328 «Про затвердження Зміни № 5 до Національного класифікатора України ДК 003:2010» [9].

Наступними кроками стали внесення спеціальності «лікар фізичної та реабілітаційної медицини» до Номенклатури лікарських спеціальностей (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 р. №1973 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 грудня 1997 року № 359» та затвердження кваліфікаційних характеристик вказаної спеціальності (наказ МОЗ України від 13 грудня 2018 р. №2331 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»)» [10].

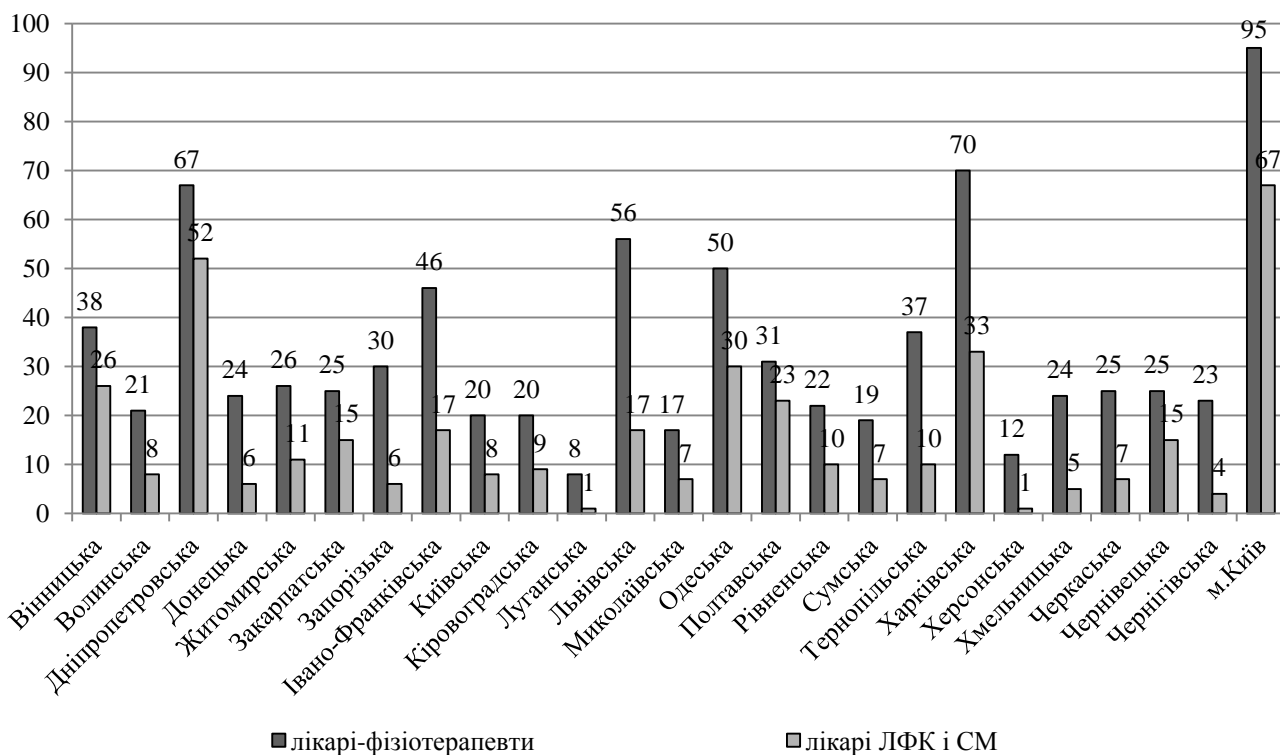


Рис. 1. Кількість лікарів-фізіотерапевтів і лікарів лікувальної фізкультури та спортивної медицини в розрізі регіонів у 2020 році, абс.

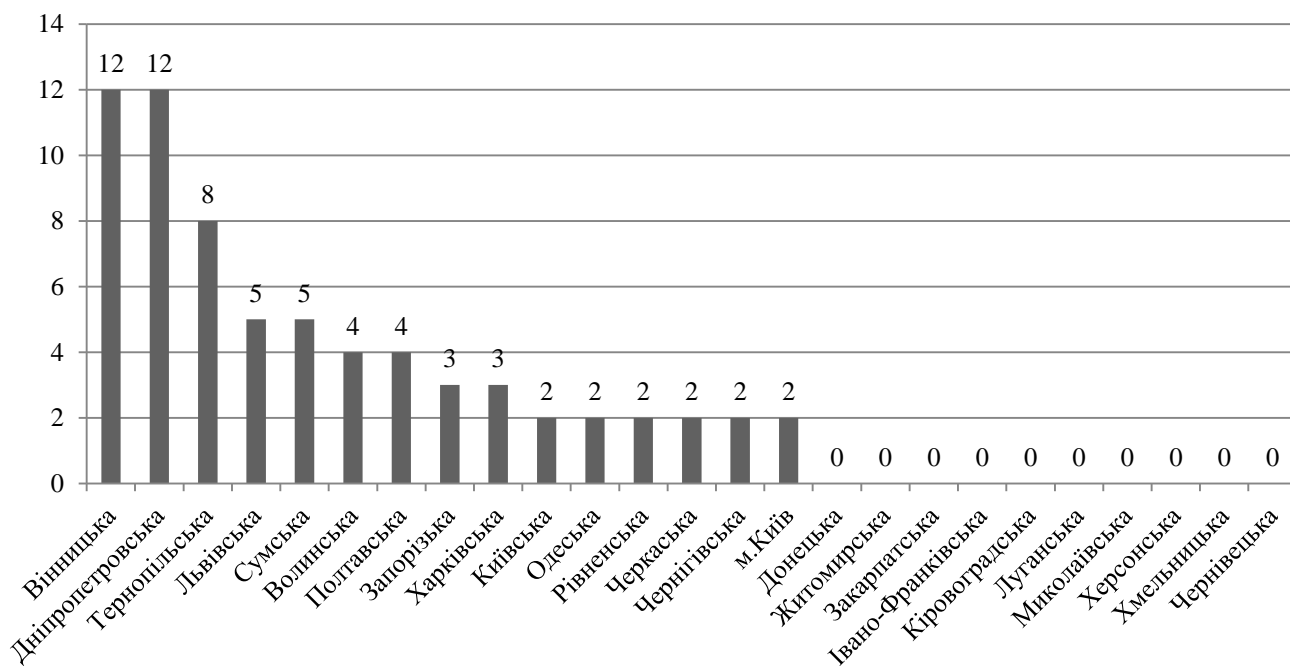


Рис. 2. Кількість лікарів фізичної та медичної реабілітації за областями України на кінець 2020 року, абс.

У 2019 році відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я», наказом МОЗ України від 22 лютого 2019 року № 446 «Деякі питання безперервного професійного

розвитку лікарів» було затверджено Номенклатуру лікарських спеціальностей, де вже у групі V «Інші» був вказаний «лікар фізичної та реабілітаційної медицини» [11]. Отже, на посаду лікаря фізичної та реабілітаційної медицини може бути прийнята особа з вищою освітою магістра у галузі знань «Охорона здоров'я» за

спеціальністю «Медицина» та спеціалізацією (інтернатура, курси спеціалізації) за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина».

Для набуття широкого спектру необхідних компетентностей фахівця фізичної та реабілітаційної медицини лікарі повинні пройти добре організовану та належним чином структуровану підготовку відповідної тривалості. За даними Білої книги фізичної та реабілітаційної медицини в Європі, тривалість навчання за вказаною спеціальністю відрізняється в різних країнах Європи [12]. І хоча саме в цьому джерелі вказано, що в Україні здобути спеціальність «лікар фізичної та реабілітаційної медицини» можна протягом 4 років, сьогодні в Україні інтернатура за спеціальністю «Фізична та реабілітаційна медицина» пропонується в Національному університеті охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика – на кафедрі фізичної та реабілітаційної медицини і спортивної медицини тривалістю 3 роки. Слід зазначити, що відповідно до дослідження «Education of physical and rehabilitation medicine specialists across Europe: a call for harmonization» більшість навчальних програм для лікарів фізичної та реабілітаційної медицини в Європі тривають від 4 до 5 років і не спрямовані на зменшення тривалості до європейського мінімального періоду навчання – 3 років [13].

Здобути спеціалізацію «Фізична та реабілітаційна медицина» в Україні також можна протягом 4 місяців в рамках перекваліфікації з іншої спеціальності. Отже, спеціалізацію «Фізична та реабілітаційна медицина» тривалістю 4 місяці пропонують такі заклади вищої освіти: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (кафедра фізичної та реабілітаційної медицини і спортивної медицини), Одеський національний медичний університет (кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і валеології), Дніпровський державний медичний університет (кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології), державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет» (факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки), державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти».

При аналізі кваліфікаційних характеристик (Зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я») встановлено, що до лікарів фізичної та реабілітаційної медицини визначені широкопрофільні та інтегративні завдання та обов'язки, вимоги до знань з різних сфер відновлення здоров'я. При цьому чітко визначено, що лікар фізичної і реабілітаційної медицини повинен знати принципи обстеження, організації та забезпечення реабілітаційної допомоги при:

1. запальних та дегенеративних ревматологічних захворюваннях,
2. оперативних втручаннях на суглобах,
3. порушеннях розвитку та травмах м'язово-скелетної системи,
4. опіках,
5. ампутаціях,

6. хворобах серцево-судинної та дихальної систем,
7. онкологічних захворюваннях,
8. захворюваннях та травмах центральної та периферичної нервової системи,
9. іммобілізації, больових синдромах,
10. заняттях спортом.

Майже всі пункти стосуються уражень опорно-рухового апарату, травм чи наслідків після них. Отже, роль лікарів фізичної та реабілітаційної медицини дуже важлива у забезпеченні реабілітаційною допомогою осіб з ураженнями опорно-рухового апарату, а розвиток мережі таких лікарів потребує якнайшвидшого вдосконалення.

Іншими важливими членами мультидисциплінарної команди забезпечення реабілітаційного процесу особам з ураженнями опорно-рухового апарату є нелікарські спеціалісти. Відповідно до «Умов закупівлі медичних послуг за напрямом «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату»» 2021 року у вимогах до спеціалізації та кількості фахівців вказано, що у закладі за основним місцем повинні бути щонайменше 2 фізичні терапевти та 2 ерготерапевти. Також вказано, що необхідні асистент фізичного терапевта та/або асистент ерготерапевта, та/або сестра медична з лікувальної фізкультури, та/або сестра медична з масажу – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи. При аналізі інформації центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України за зведеними формами № 17 з'ясовано, що в закладах охорони здоров'я України станом на 31 грудня 2020 року працювало дуже мало фахівців за спеціальностями «фізична терапія» та «ерготерапія»: 39 фізичних терапевтів та 22 ерготерапевти (рис. 3).

Інформації щодо наявних у закладах охорони здоров'я посад медичних сестер з лікувальної фізкультури та масажу і асистентів фізичного терапевта та ерготерапевта не представлено.

В той же час за даними Української асоціації фізичної терапії в Україні, у 2020 році було 3000 фізичних терапевтів, з яких тільки 4% (127 осіб) були членами вказаної організації [14]. Але навіть при таких кількостях Україна належить до країн з найнижчим рівнем практикуючих фізичних терапевтів – менше 1 на 10 тис. населення [14]. Звичайно ж, така кількість не може забезпечити надання відповідних послуг з медичної реабілітації при ураженнях опорно-рухового апарату на рівні країни та окремих регіонів.

Тому нами було проаналізовано стан системи підготовки вказаних фахівців в нашій країні. Слід зазначити, що у всьому світі існує понад 3800 освітніх програм фізіотерапевта початкового рівня, і, за оцінками, за 2019-2020 навчальний рік по всьому світу закінчило 129000 студентів [15]. В Україні велика кількість закладів вищої освіти готує здобувачів освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» за двома рівнями: бакалаврським та магістерським. Раніше спеціальність мала назву «Фізична реабілітація», але оскільки це не узгоджувалось з професійними міжнародними стандартами з реабілітації, то спричиняло професійну самоізоляцію та перешкождало інтеграції України в

міжнародний ринок праці й освітніх послуг [14]. У 2017 р. відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 01 лютого 2017 р. № 53 «Про внесення змін до постанови

Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266» спеціальність «227 Фізична реабілітація» була замінена на «227 Фізична терапія».

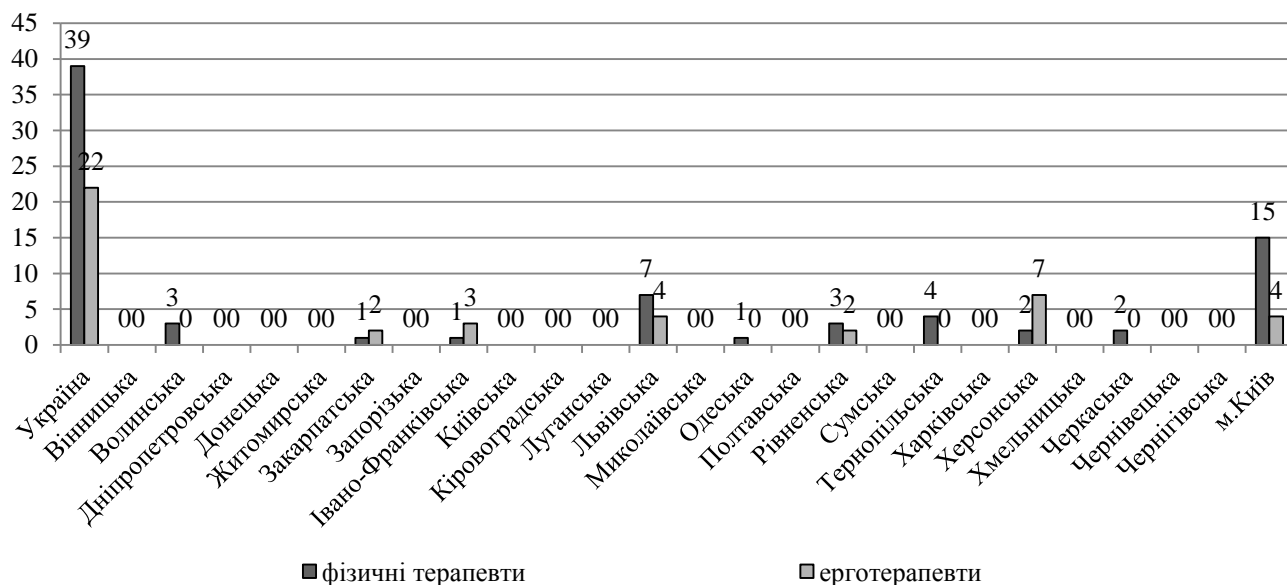


Рис. 3. Кількість фізичних терапевтів та ерготерапевтів за областями України на кінець 2020 року, абс.

Наказом Міністерства освіти і науки України від 19.12.2018 р. № 1419 затверджений стандарт вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти [17]. Слід зазначити, що спеціальність належить до галузі знань 22 «Охорона здоров'я» відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти», а ціллю навчання за вказаним стандартом визначено підготовку фахівців, здатних вирішувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми, пов'язані з порушеннями функцій органів та систем, зокрема опорно-рухового апарату.

У стандарті окремо виділено спеціальну компетентність (СК 05) – здатність провадити безпечну для пацієнта/клієнта та практикуючого фахівця практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у травматології та ортопедії, неврології та нейрохірургії, кардіології та пульмонології, а також інших областях медицини. Окремо також слід виділити програмний результат (ПР 10) – «Здійснювати заходи фізичної терапії для ліквідації або компенсації рухових порушень та активності», що прямо пов'язано з відновленням пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату, що включає травми та хвороби кістково-м'язової системи. Крім того, у пункті 2 додатку 3 вказаного стандарту чітко описано базові компоненти обстеження та контролю стану пацієнта/клієнта фізичним терапевтом при порушеннях опорно-рухового апарату, а у пункті 2 додатку 4 – засоби та методи реабілітаційного впливу при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату.

У результаті аналізу даних єдиної державної електронної бази з питань освіти (ЄДЕБО) з'ясовано, що в

останні роки відмічалися спочатку зростання, а у 2021 році – зменшення кількості пропозицій закладів вищої освіти для абітурієнтів за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» за першим (бакалаврським) рівнем освіти (рис. 4).

Так, якщо у 2020 році порівняно з 2019 роком кількість пропозицій зросла на 9,3% (з 118 пропозицій до 129), то вже у 2021 році різко знизилась на 39,5% (з 129 пропозицій у 2020 році до 78 у 2021 році). При цьому кількість закладів, що пропонують освітні програми, майже не змінилась у 2019-2021 роках і склала у 2018 році 61 заклад, а у наступні роки – 63 заклади. Слід зазначити, що у 2018 році 57 закладів вищої освіти презентували загалом 137 пропозицій вступу за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія», з яких 56,9% склали пропозиції денної форми (78), а 43,1% – заочної форми навчання (59). З появою у 2019 році стандарту вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти заочна форма навчання стала неможливою.

Загалом у 2021 році для вступу за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» бакалаврського рівня 63 заклади вищої освіти представили 78 пропозицій. Серед них переважну більшість склали освітні програми «Фізична терапія, ерготерапія» (77,5%, 61 пропозиція), на другому місці – програми «Фізична терапія» (15,4%, 12 пропозицій), далі розмістилися 4 пропозиції за програмами «Фізична реабілітація» (5,1%) та одна програма «Фізична терапія, ерготерапія у травматології та ортопедії».

Для другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» стандарт не затверджений, а підготовка здобувачів освіти

відбувається за освітньо-професійними програмами закладів вищої освіти за двома формами навчання: денною та заочною. Так, протягом останніх 4 років кількість

пропозицій для абітурієнтів за магістерським рівнем спочатку зростала – з 2018 р. до 2020 р. на 44%, а у 2021 році знизилася на 23,7% (рис. 5).

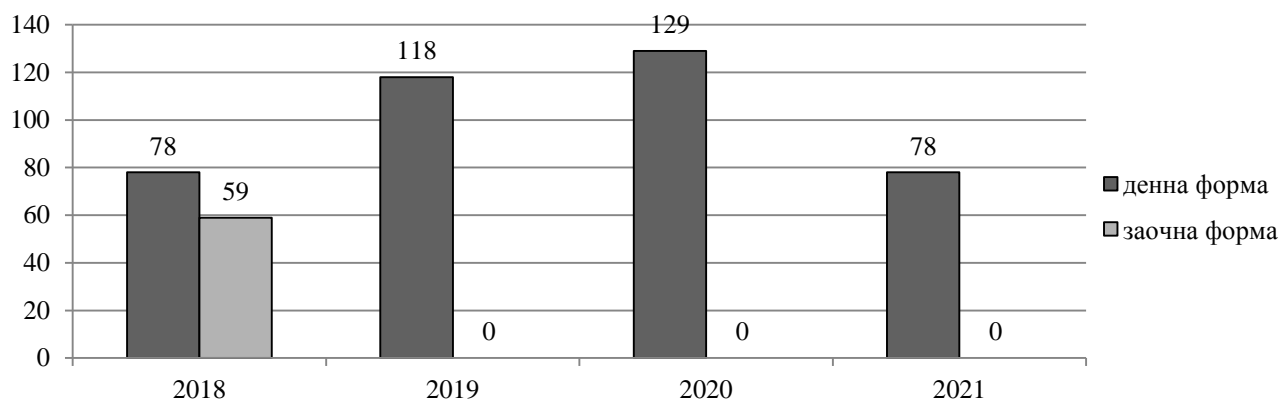


Рис. 4. Порівняння пропозицій закладів вищої освіти для абітурієнтів за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» за першим (бакалаврським) рівнем освіти, абс.

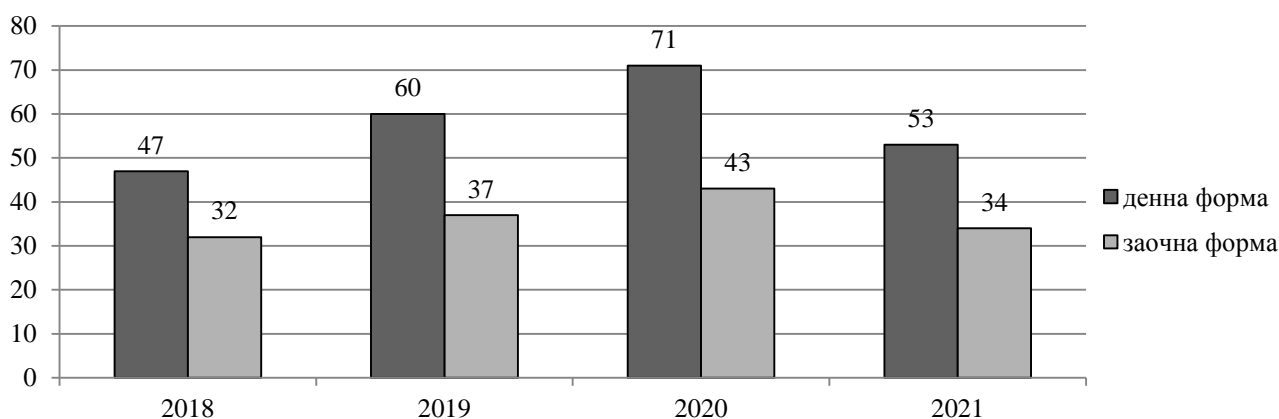


Рис. 5. Порівняння пропозицій закладів вищої освіти для абітурієнтів за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» за другим (магістерським) рівнем освіти, абс.

У 2021 році для вступу на здобуття магістерського рівня представлено 87 пропозицій від 37 закладів вищої освіти, з яких 53 пропозиції – для денної форми навчання (60,9%), а 34 – для заочної форми (39,0%). За спеціалізацією 227.01 «Фізична терапія» – 24 заклади (60 пропозицій, з яких 36 – денної форми), 227.02 «Ерготерапія» – спочатку було запропоновано 2 пропозиції (1 заклад), але потім вилучено. За освітньо-професійними програмами «Фізична терапія» представлено 40 пропозицій зі спеціалізацією 227.01 «Фізична терапія». За освітньо-професійними програмами «Фізична терапія, ерготерапія» представлено 27 пропозицій, з яких 13 за спеціалізацією 227.01 «Фізична терапія». За освітньою програмою «Фізична реабілітація», але з нову ж таки зі спеціалізацією 227.1 «Фізична терапія» виявлено 10 пропозицій.

Представлені дані свідчать про достатній рівень пропозицій для забезпечення фахівцями з фізичної терапії. Стає незрозумілим, чому при такій великій кількості пропозицій для здобувачів освіти заклади охорони

здоров'я не забезпечені фізичними терапевтами та ерготерапевтами. Особливої уваги потребує дослідження реальних потреб закладів охорони здоров'я у вказаних фахівцях, аналіз освітньо-професійних програм закладів вищої освіти, стану їх акредитації та забезпечення відповідного рівня якості освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія».

Перспективи подальших досліджень

Провести аналіз освітньо-професійних програм закладів вищої освіти, стану їх акредитації та рівня якості освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія».

Висновки

Проаналізовані зміни в нормативних документах сфери медичної реабілітації, які спрямовані на вдосконалення процесу медичної реабілітації та

підготовки його кадрового забезпечення взагалі та у частині реабілітації осіб з ураженнями опорно-рухового апарату. У результаті проведеного дослідження встановлено, що кадрове та освітнє забезпечення сфери медичної реабілітації поступово змінюється в напрямку відповідності міжнародним стандартам як в частині лікарських спеціальностей, так і в частині фахівців фізичної терапії ерготерапії. Але заклади охорони здоров'я ще не укомплектовані необхідними спеціалістами і, відповідно, не можуть надавати повноцінно послуги реабілітації та претендувати на підписання договорів з Національною службою здоров'я України на медичне обслуговування населення за програмами медичних гарантій за пакетом «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженнями опорно-рухового апарату».

Література

- Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization «Rehabilitation 2030: a call for action». *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017 Apr;53(2):155-168. DOI: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3.
- Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2021 Dec 19;396(10267):2006-2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.
- Cieza A. Rehabilitation the Health Strategy of the 21st Century, Really? *Arch Phys Med Rehabil.* 2019 Nov;100(11):2212-2214. DOI: 10.1016/j.apmr.2019.05.019.
- Яремчук ОВ., Берлінець ІА. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації у процесі трансформування національної системи охорони здоров'я. Демократичне врядування. [Інтернет]. 2018 [цитовано 2021 Квіт. 20]; Вип. 21. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13. DOI: <https://doi.org/10.33990/2070-4038.21.2018.151091>.
- Golyk V, Syvak O, Grabljevec K, et al. Five years after development of the national disability, health and rehabilitation plan for Ukraine: Achievements and challenges. *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2021 Mar;53(3):jrm00160. DOI: 10.2340/16501977-2792. PMID: 33527144.
- Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я, Закон України № 1053-IX, 3 груд. 2020, Відомості Верховної Ради (ВВР) [Інтернет], [цитовано 2021 трав. 20];(8). Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.
- Центр медстатистики [Інтернет]. Центр медстатистики – Статистичні дані системи МОЗ; [цитовано 10 серп. 2021]. Доступно на: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>.
- Єдина державна електронна база з питань освіти [Інтернет]. Реєстри; [цитовано 1 верес. 2021]. Доступно на: <https://info.edbo.gov.ua/>.
- Про затвердження Зміни № 5 до Національного класифікатора України ДК 003:2010, Наказ МОЗ України № 1328 [Інтернет], 10 серп. 2016 [цитовано 20 трав. 2021]. Доступно на: <https://www.msp.gov.ua/files/5.pdf>.
- Зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», Наказ МОЗ України № 2331 [Інтернет], 13 груд. 2018 [цитовано 21 трав. 2021]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2331282-18#n5>.
- Номенклатура лікарських спеціальностей, Наказ МОЗ України № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» [Інтернет], 22 лют. 2019 [цитовано 20 трав. 2021]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0294-19#n4>.
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 9. Education and continuous professional development: shaping the future of PRM. *Eur J Phys Rehabil Med* 2018;54:279-86. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05153-5.
- Kiekens C, Moeyaert M, Ceravolo MG, Moslavac S, Juocevicius A, Christodoulou N, Negrini S. Education of physical and rehabilitation medicine specialists across Europe: a call for harmonization. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016 Dec;52(6):881-886.
- Сайт Української асоціації фізичної терапії [Інтернет]. Огляд професії “фізичний терапевт” 2020; [цитовано 10 черв. 2021]. Доступно на: <https://physrehab.org.ua/uk/news/23-02-2021/>.
- World Physiotherapy [Інтернет]. Annual membership census 2020; [цитовано 10 черв. 2021]. Доступно на: <https://world.physio/sites/default/files/2021-02/AMC2020-Europe.pdf>.
- Герцик АМ. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації/фізичної терапії при порушенні діяльності опорно-рухового апарату [автореферат дисертації в Інтернеті]. Львів: Львівський державний університет фізичної культури; 2019 [цитовано 10 черв. 2021]. 41 с. Доступно на: http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/20787/1/Hertsyk_A_M.pdf.
- Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти, Наказ МОН України № 1419 [Інтернет], 19 груд. 2018 [цитовано 10 черв. 2021]. Доступно на: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/05/08/227-fizichna-terapiya-ergoterapiya-bakalavr.pdf>.

References

1. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization «Rehabilitation 2030: a call for action». *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017 Apr;53(2):155-168. DOI: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3.
2. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2021 Dec 19;396(10267):2006-2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.
3. Cieza A. Rehabilitation the Health Strategy of the 21st Century, Really? *Arch Phys Med Rehabil.* 2019 Nov;100(11):2212-2214. DOI: 10.1016/j.apmr.2019.05.019.
4. Yaremchuk O, Berlinets I. Problematyka deržavnogo upravlinnja u sferi medyčnoji reabilitaciji u procesi transformuvannja nacional'noji systemy oxorony zdorovja. *Demokratyčne vradjuvannja.* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 20]. Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13. DOI: <https://doi.org/10.33990/2070-4038.21.2018.151091>. (in Ukrainian).
5. Golyk V, Syvak O, Grabljevec K, et al. Five years after development of the national disability, health and rehabilitation plan for Ukraine: Achievements and challenges. *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2021 Mar;53(3):jrm00160. DOI: 10.2340/16501977-2792. PMID: 33527144.
6. Pro reabilitaciju u sferi oxorony zdorovja, Zakon Ukrajinjy # 1053-IX, 3 hrud. 2020, Vidomosti Verxovnoji Rady (VVR) [Internet], [cited 2021 May 20];. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>. (in Ukrainian).
7. Centr medstatystyky [Internet]. Centr medstatystyky – Statystyčni dani systemy MOZ; [cited 2021 10 Aug]. Available from: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>. (in Ukrainian).
8. Jedyna deržavna elektronna baza z pytan' osvity [Internet]. Rejestry; [cited 2021 Sept 1]. Available from: <https://info.edbo.gov.ua/>. (in Ukrainian).
9. Pro zatverdžennja Zminy № 5 do Nacional'noho klasyfikatora Ukrajinjy DK 003:2010, Nakaz MOZ Ukrajinjy № 1328 [Internet], 10.08.2016 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://www.msp.gov.ua/files/5.pdf>. (in Ukrainian).
10. Zminy do Dovidnyka kvalifikacijnyx charakterystyk profesij pracivnykiv. Vypusk 78 "Oxorona zdorovja", Nakaz MOZ Ukrajinjy № 2331 [Internet], 13 Dec. 2018 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2331282-18#n5>. (in Ukrainian).
11. Nomenklatura likars'kyx special'nostej, Nakaz MOZ Ukrajinjy № 446 «Dejaki pytannja bezperervnoho profesijnoho rozvytku likariv» [Internet], 22 Feb 2019 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0294-19#n4>. (in Ukrainian).
12. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 9. Education and continuous professional development: shaping the future of PRM. *Eur J Phys Rehabil Med* 2018;54:279-86. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05153-5.
13. Kiekens C, Moyaert M, Ceravolo MG, Moslavac S, Juocevicius A, Christodoulou N, Negrini S. Education of physical and rehabilitation medicine specialists across Europe: a call for harmonization. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016 Dec;52(6):881-886.
14. Sajt Ukraïns'koï asociacii fzyčnoï terapii [Internet]. Ohljad profesii «fzyčnyj terapevt» 2020; [cited 2021 June 10]. Available from: <https://physrehab.org.ua/uk/news/23-02-2021/>. (in Ukrainian).
15. World Physiotherapy [Internet]. Annual membership census 2020; [cited 2021 June 10]. Available from: <https://world.physio/sites/default/files/2021-02/AMC2020-Europe.pdf>.
16. Hercyk AM. Teoretyko-metodyčni osnovy fzyčnoï reabilitacii/fzyčnoï terapii pry porušenni dijəl'nosti oporno-ruhovoho aparatu [avtoreferat dysertacii v Interneti]. L'viv: L'vivs'kyj deržavnyj universytet fzyčnoï kul'tury; 2019 [cited 2021 June 10]. 41 p. Available from: http://repository.lidufk.edu.ua/bitstream/34606048/20787/1/Hercyk_A_M.pdf. (in Ukrainian).
17. Pro zatverdžennja standartu vyščoi osvity za special'nistju 227 «Fzyčna terapija, erhoterapija» dlja peršoho (bakalavrskoho) rivnja vyščoi osvity, Nakaz MON Ukraïny № 1419 [Internet], 19 Dec 2018 [cited 2021 June 10]. Available from: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/05/08/227-fizichna-terapiya-ergoterapiya-bakalavr.pdf>. (in Ukrainian).

Дата надходження рукопису до редакції: 20.07.2021 р.

Мета дослідження: проаналізувати стан кадрового та освітнього забезпечення сфери медичної реабілітації взагалі та при ураженнях опорно-рухової системи.

Матеріали та методи. Матеріалами стали статистичні дані системи МОЗ України, інформація сайту єдиної державної електронної бази з питань освіти (ЄДЕБО), нормативно-правові документи забезпечення сфери медичної реабілітації. Використані наступні методи: системного підходу та аналізу, медико-статистичний, контент-аналіз, порівняльний аналіз, графічний.

Результати. Проаналізовані зміни в нормативних документах сфери медичної реабілітації, які спрямовані на вдосконалення процесу медичної реабілітації та підготовки його кадрового забезпечення взагалі та у частині реабілітації

осіб з ураженнями опорно-рухового апарату. Встановлений низький рівень укомплектованості закладів охорони здоров'я лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, фізичними терапевтами та ерготерапевтами. Проаналізовано освітні пропозиції для вказаних фахівців і виявлено їх достатньо широкий обсяг.

Висновки. В результаті проведеного дослідження встановлено, що кадрове та освітнє забезпечення сфери медичної реабілітації поступово змінюється в напрямку відповідності міжнародним стандартам як в частині лікарських спеціальностей, так і в частині фахівців фізичної терапії ерготерапії. Але заклади охорони здоров'я ще не укомплектовані необхідними спеціалістами, а відповідно не можуть надавати повноцінно послуги реабілітації за пакетом «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженнями опорно-рухового апарату».

Ключові слова: реабілітація, фізична та реабілітаційна медицина, фізичний терапевт, опорно-руховий апарат.

Цель исследования: проанализировать состояние кадрового и образовательного обеспечения сферы медицинской реабилитации, в том числе при поражениях опорно-двигательной системы.

Материалы и методы. Материалами стали статистические данные системы МОЗ Украины, информация сайта единой государственной электронной базы по вопросам образования, нормативно-правовые документы обеспечения сферы медицинской реабилитации. Используются следующие методы: системного подхода и анализа, медико-статистический, контент-анализ, сравнительный анализ, графический.

Результаты. Проанализированы изменения в нормативных документах сферы медицинской реабилитации, направленные на совершенствование процесса медицинской реабилитации и подготовку его кадрового обеспечения вообще и в части реабилитации лиц с поражениями опорно-двигательного аппарата. Установлен низкий уровень укомплектованности учреждений здравоохранения врачами физической и реабилитационной медицины, физическими терапевтами и эрготерапевтами. Проанализированы образовательные предложения для указанных специалистов и выявлен их достаточно широкий объем.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что кадровое и образовательное обеспечение сферы медицинской реабилитации постепенно меняется в направлении соответствия международным стандартам как в части врачебных специальностей, так и в части специалистов физической терапии эрготерапии. Но учреждения здравоохранения еще не укомплектованы необходимыми специалистами, а соответственно не могут предоставлять полноценно услуги реабилитации по пакету «Медицинская реабилитация взрослых и детей от трех лет с поражениями опорно-двигательного аппарата».

Ключевые слова: реабилитация, физическая и реабилитационная медицина, физический терапевт, опорно-двигательный аппарат.

The **aim** is to analyse the state of staffing and educational support in the field of medical rehabilitation in general and regarding disorders of the musculoskeletal system.

Materials and methods. The used materials are statistical data of the Ministry of Health of Ukraine, information on the website of the Unified State Electronic Database on Education, regulatory documents in the field of medical rehabilitation. The methods of system approach and analysis, medical-statistical, content analysis, comparative analysis and graphic method were used for the research.

Results. The changes in the normative documents in the field of medical rehabilitation, which are aimed at improving the process of medical rehabilitation and training of its staff in general and in the rehabilitation of people with musculoskeletal disorders, were analysed. There is a low level of staffing of health care facilities with doctors of physical and rehabilitation medicine, physical therapists and occupational therapists. The educational offers for the specified experts are analysed and their rather wide volume is revealed.

Conclusions. As a result of the study it was found that staffing and educational support in the field of medical rehabilitation is gradually changing in the direction of compliance with international standards in both medical specialties and in the field of occupational therapy. But health care facilities are not yet staffed with the necessary specialists, and therefore cannot fully provide rehabilitation services under the package "Medical rehabilitation of adults and children from the age of three with musculoskeletal disorders."

Key words: rehabilitation, physical and rehabilitation medicine, physical therapist, musculoskeletal system.

Відомості про автора

Брич Валерія Володимирівна – к.мед.н., доцент, доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

valeria.bruch@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0003-3741-6002.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240799
УДК 614.2:616-082

Клименко І.А., Толстанов О.К.

Оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії при наданні медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози (за даними соціологічного опитування)

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

klymenko8175@gmail.com, tol.alexandr@gmail.com

Клименко І.А., Толстанов А.К.

Оценка эффективности междисциплинарного взаимодействия при оказании медицинской помощи пациентам с патологией щитовидной железы (по данным социологического опроса)

Национальный университет охраны здоровья Украины имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

Klymenko I.A., Tolstanov O.K.

Evaluation of the effectiveness of interdisciplinary interaction in order to provide medical care to patients with thyroid pathology (according to sociological survey)

Shupik National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Вступ

У сфері охорони здоров'я набуває поширення міждисциплінарний підхід до надання медичної допомоги, що обумовлено поліморбідною та складною патологією, різними клінічними станами й стадіями перебігу хвороби. Світовий досвід свідчить, що концепція міждисциплінарного підходу набула свого першочергового втілення в онкології, зокрема, для надання медичної допомоги хворим з новоутворами щитоподібної залози, а згодом стала використовуватись і в інших галузях медицини [1,2]. Дані наукових досліджень свідчать про те, що зазначений підхід допомагає організувати та оптимізувати планування й виконання завдань для фахівців різних спеціальностей, об'єднаних у мультидисциплінарні команди, покращити комунікації. Це, в свою чергу, дозволяє удосконалити медичну послугу, покращити результати лікування, підвищити задоволеність пацієнтів [3].

В Україні міждисциплінарний підхід започатковано на нормативному рівні для хворих у невідкладних станах, зокрема за напрямками «ендокринологія», «хірургія» [4], пацієнтів, які потребують реабілітаційної, психіатричної, онкологічної допомоги, радіологічного хімотерапевтичного лікування [5–7].

Хоча мультидисциплінарні команди спеціалістів добре зарекомендували себе при наданні медичної допомоги, актуальним питанням залишається оцінка ефективності їх функціонування, а також виявлення сильних і слабких сторін у діяльності з метою визначення пріоритетних напрямків для її вдосконалення, що потребує подальших наукових розробок і обумовлює, таким чином, актуальність даного дослідження [8].

Оцінку міждисциплінарної взаємодії доцільно проводити, зокрема, самими спеціалістами – учасниками

мультидисциплінарної команди, з метою визначення сприйняття ними результатів командної роботи, колективної оцінки своєї ефективності та визначення областей для покращення.

Мета дослідження: здійснити оцінку ефективності міждисциплінарної взаємодії спеціалістів (на прикладі мультидисциплінарних команд, які надають медичну допомогу пацієнтам з патологією щитоподібної залози, що потребує хірургічного лікування).

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження обрано ефективність роботи мультидисциплінарних команд спеціалістів, які надають медичну допомогу пацієнтам з патологією щитоподібної залози, що потребує хірургічного лікування. З цією метою проведено соціологічне опитування лікарів Комунального неприбуткового підприємства (КНП) «Київський міський клінічний ендокринологічний центр». У дослідженні взяли участь за поінформованою добровільною згодою 84 із 102 лікарів, які працювали в закладі упродовж останнього року, що складало 82,4% від усієї кількості лікарів і тим забезпечило репрезентативність дослідження.

Інструментом опитування слугувала україномовна версія опитувальника «Team Effectiveness Questionnaire», розроблена London Leadership Academy, National Health Service (2014), та адаптована авторами до вітчизняних умов [9]. Опитувальник було перекладено на українську мову шляхом подвійного незалежного перекладу фаховими перекладачами, що забезпечило його аутентичність, та, після валідації й пілотного випробування, використано як складову анкети соціологічного опитування. Цей опитувальник в основній частині містить 56 запитань, відповіді на які дозволили оцінити ефективність роботи команди за 5-тибальною

шкалою Лайкерта з використанням восьми критеріїв: 1) мета, цілі; 2) ролі учасників команди; 3) процеси в команді; 4) взаємовідносини в команді; 5) міжгрупові (міжкомандні) відносини; 6) вирішення проблем; 7) ентузіазм і відданість; 8) навички та навчання. Опитування проводилось з квітня по червень 2021 року.

Твердження, відповідні критеріям, представлені в особистій картці, яка заповнювалася кожним респондентом. Далі обчислювалися середні значення показників ефективності команди за даними усіх особистих карток респондентів в обчислювальній лабораторії кафедри медичної інформатики НУОЗ України імені П. Л. Шупика з використанням спеціалізованого пакету прикладних програм SPSS (версія IBM SPSS Statistics 22) та MS Excel.

Використані методи: соціологічного опитування, медико-статистичний, аналіз отриманих даних з виокремленням типових фактів і закономірностей функціонування міждисциплінарних команд учасників лікувально-діагностичного процесу з надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

Результати дослідження та їх обговорення

До складу учасників опитування увійшли лікарі усіх спеціальностей і структурних підрозділів закладу. Середній вік опитаних складав $43,0 \pm 10,4$ роки; чоловіків нараховувалось 28 осіб, або 33,3%; жінок – 56 осіб, або 66,7% від усіх респондентів.

З вищою категорією за спеціальністю нараховувалось 57 лікарів, або 68,0% від загального числа респондентів, з першою – 12 лікарів, або 14,0% від усіх опитаних, з другою – 5 лікарів, або 6,0%. Не мали категорії 10 лікарів, або 12,0% респондентів.

За даними медико-статистичного аналізу, респонденти надали доволі низьку оцінку міждисциплінарній взаємодії у своєму закладі, оскільки загальна оцінка не досягала й трьох балів і дорівнювала в середньому $2,8 \pm 0,6$ балів (таблиця).

Диференціація оцінок, представлених за визначеними критеріями в таблиці, показала наступне. За критерієм «Мета, цілі діяльності» ефективність міждисциплінарної взаємодії отримала одну з найнижчих оцінок – $2,6 \pm 0,8$ балів, таку ж оцінку учасники опитування надали міждисциплінарній взаємодії за критерієм «Ентузіазм і відданість» – $2,6 \pm 0,7$ балів.

Такі оцінки засвідчили, що головний об'єднуючий фактор міждисциплінарної взаємодії – спільна мета щодо виконання конкретного завдання – надання результативної хірургічної допомоги пацієнту з тиреоїдною патологією, як зазначено в установчих документах закладу, не повністю усвідомлюється її учасниками. Домінує вузькоспеціалізований інтерес лише у власних результатах, в межах структурного підрозділу, де працює лікар, тому складові позиції опитувальника за даним критерієм «Наша команда має спільну значущу мету», «Ми віддані спільній місії», «Ми ставимо перед собою та досягаємо амбітних цілей» не отримали високих оцінок і позначились на загальній оцінці.

Таблиця. Результати оцінки ефективності міждисциплінарної взаємодії лікарів КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» за 5-тибальною шкалою (за даними соціологічного опитування)

№ з/п	Критерії	Середня оцінка в балах ($M \pm m$)
1	Мета, цілі діяльності	$2,6 \pm 0,8$
2	Ролі учасників	$3,1 \pm 0,5$
3	Процеси (діяльність в команді)	$2,9 \pm 0,7$
4	Взаємовідносини в команді	$3,3 \pm 0,7$
5	Міжгрупові (міжкомандні) відносини	$2,3 \pm 0,6$
6	Вирішення проблем	$2,8 \pm 0,6$
7	Ентузіазм і відданість	$2,6 \pm 0,7$
8	Навички та навчання	$3,1 \pm 0,7$
	Загальна оцінка	$2,8 \pm 0,6$

Таким чином, значимість внеску кожного у досягнення спільних цілей успішного лікування хворого недооцінюється, почуття причетності індивідуума до загальної справи не сформовано, отже, принцип пацієнторієнтованості, як один з критеріїв якості медичної допомоги, реалізується в закладі не повною мірою.

Разом з тим, КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» сертифікований на відповідність виконання вимог до системи управління якістю медичної допомоги ДСТУ ISO 9001:2015, тому в напрямку формування політики і цілей, як вимагає

стандарт, менеджмент закладу потребує удосконалення з боку очільника та лінійних керівників і керівників процесів.

Низькі оцінки за критерієм «Ентузіазм і відданість» доповнюють недосконалість роботи за попереднім критерієм, оскільки люди, об'єднані однією метою і ідеєю сумісного досягнення спільних цілей відчуватимуть свою відданість організації, в якій працюють, ідентифікуватимуть себе із закладом, де можуть реалізувати професійні знання і навички та демонструвати творчу активність, продукувати ідеї в ході предметних дискусій, обміну думками та ідеями.

Як видно з отриманих оцінок, керівництву та лікарям ще потрібно розвивати такі риси у своєму колективі, оскільки складові критерію «Робота в нашій команді надихає учасників викладатися на повну», «Учасники пишаються, що вони є членами команди», «Члени команди виходять за рамки своїх задач і проявляють ініціативу», «Команда пишається досягненнями та налаштована оптимістично» не отримали високих оцінок.

Критерій «Ролі учасників» передбачав оцінку поведінки, очікувану від лікаря, який займає певну позицію під час взаємодії згідно з функціональними обов'язками, та командної моделі поведінки, яка забезпечує продуктивність сумісної роботи шляхом побудови взаємин між учасниками команди на основі особистих якостей. Респонденти оцінили міждисциплінарну взаємодію у $3,1 \pm 0,5$ балів. Логічно припустити, що трохи вищий, ніж попередні оцінки, бал мав місце внаслідок того, що кожен лікар є унікальним внаслідок своєї спеціалізації, тому виконує лише йому одному визначену професійну роль під час міждисциплінарної взаємодії.

Стосовно командних ролей, відповідь на цю частину запитання передбачала оцінку учасниками чіткого розуміння своєї командної ролі та ролі колег, які полягають у вмінні слухати, готовності надати допомогу, управляти взаємодією, спроможності до цілепокладання та організації процесу прийняття клінічних рішень в групі, володінні комунікативними навичками, здатності делегувати повноваження і розподіляти відповідальність між учасниками групи.

Змістовність даного критерію передбачала також вміння учасників уникати дублювання функцій, брати на себе відповідальність за необхідності зміни ролі в команді та інформування інших про такі зміни, цінити внесок кожного у спільну працю. Саме ці складові критерію отримали низькі оцінки.

Процеси (власне діяльність у групі з досягнення мети), що відбуваються між учасниками міждисциплінарної взаємодії, оцінені на середньому рівні у $2,9 \pm 0,7$ бали. Цією оцінкою респонденти засвідчили середню продуктивність взаємодії, таким же чином оцінили швидкість ідентифікації та вирішення проблем, ефективність сумісних рішень, ефективність моніторингу результатів сумісної роботи, гнучкість в роботі, здатність до швидкої адаптації в разі зміни клінічної ситуації.

За критерієм «Взаємовідносини в команді» міждисциплінарна взаємодія отримала найвищу з усіх наданих респондентами оцінок – $3,3 \pm 0,7$ балів, хоча резерв для покращання становив ще близько двох балів у прийнятих оцінках. Дана оцінка стосувалася, за складовими критерію, спроможності учасників цінувати унікальні можливості один одного, бути ефективними слухачами, довіряти один одному і допомагати у вирішенні клінічних питань, демонструвати високий рівень співпраці та взаємодопомоги, практикувати відкриту й відверту комунікацію та відсутність впливу відмінностей в точках зору на професійні стосунки.

Найнижчу оцінку надали респонденти міжгруповим відносинам, під якими розумілися стосунки з колегами за межами закладу, де проводилось дослідження, – $2,3 \pm 0,6$ балів. Цим учасники опитування підтвердили замкненість контактів, професійну діяльність лише в межах корпоративного середовища закладу, недостатній рівень довіри у взаємовідносинах та неузгодженість дій стосовно пацієнтів з лікарями інших закладів охорони здоров'я, властивості неохоче ділитися інформацією, що призводить у кінцевому рахунку до відокремленості частини лікувально-діагностичного процесу, який ними виконується, від інших етапів медичного спостереження хворого (до- та після виписки із стаціонару).

За критерієм «Вирішення проблем» лікарі оцінили свою міждисциплінарну взаємодію у $2,8 \pm 0,6$ балів. Така оцінка засвідчила, що в закладі потрібно покращувати підходи до вирішення проблем, які виникають при спільному виконанні професійних завдань. Це можливо шляхом формування психологічної сумісності, конструктивних відносин і здатності узгоджено вирішувати конфлікти, а також виховання лояльності та взаємопідтримки в групі. Належна координація та відповідна інформаційна підтримка також зменшують кількість проблемних ситуацій та поліпшують стосунки в команді і мотивацію до уникнення та/або компромісного вирішення проблем.

Міждисциплінарна взаємодія за критерієм «Навички та навчання» отримала середню оцінку у $3,1 \pm 0,7$ балів. Так її оцінили лікарі за складовими наявності навичок, необхідних для ефективної роботи, бажання працювати краще завтра, ніж сьогодні, сприйняття постійного вдосконалення як способу життя, застосування в роботі найкращих практик та різних форм навчання.

Наукові дані свідчать про кілька бар'єрів для створення та підтримки ефективної колективної роботи у сфері охорони здоров'я: дублювання ролей різних медичних працівників у команді; необхідність створення нових команд та модифікації існуючих при змінах у медичних технологіях; виражена ієрархічна структура системи охорони здоров'я, яка протидіє врахуванню поглядів усіх учасників команди при прийнятті рішень; усталені автономні стосунки один на один між медичним працівником та пацієнтом; нестабільність команд; відсутність чіткої координації. Уміння вирішувати конфлікти або розбіжності в команді має вирішальне значення для успішної роботи [10]. Нехтування координацією вважається однією з головних проблем командної роботи та комунікацій в охороні здоров'я [11]. Автори [12] вважають, що проблеми функціонування обумовлюються численними чинниками, як внутрішніми, так і зовнішніми для команди: значне навантаження, характерне для медичної діяльності; емоційний тиск; постійні зміни, що надходять від вищого керівництва; особистісні характеристики самих членів команди, стилі спілкування або конфліктів, навіть якщо учасники взаємодії творчі талановиті люди та прагнуть досягнення однієї й тієї ж мети.

Отже, отримані результати показали проблеми з комунікаціями та взаємовідносинами в командах спеціалістів закладу охорони здоров'я, де проводилось опитування, та доцільність виявлення факторів ризику низької ефективності діяльності мультидисциплінарних команд, за зразком іноземних досліджень.

Перспективи подальших власних досліджень автори вбачають у виявленні цих факторів ризику для вітчизняної міждисциплінарної взаємодії спеціалістів та обґрунтуванні й розробці заходів з удосконалення їх діяльності.

Висновки

1. Результати соціологічного опитування показали загалом недостатній рівень ефективності міждисциплінар-

ної взаємодії лікарів при наданні медичної допомоги пацієнтам з патологією щитоподібної залози.

2. Визначено, що загальна оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії лікарів закладу, обраного базою дослідження, дорівнювала за 5-тибальною шкалою 2,8±0,6 балів, зокрема, мета, цілі діяльності – 2,6±0,8 балів, ролі учасників – 3,1±0,5 балів, процеси з досягнення цілей – 2,9±0,7 балів, взаємовідносини в команді – 3,3±0,7 балів, відносини з колегами за межами закладу – 2,3±0,6 балів, здатність до вирішення проблем – 2,8±0,6 балів, ентузіазм і відданість – 2,6±0,7 балів, навички та навчання – 3,1±0,7 балів.

3. Показано, що міждисциплінарна взаємодія спеціалістів закладу охорони здоров'я, обраного базою дослідження, потребує удосконалення та подальшої підтримки її функціонування з метою покращення надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

Література

1. Soukup T, Lamb BW, Arora S, Darzi A, Sevdalis N, Green JS. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *J Multidiscip Healthc.* 2018;11:49-61.
2. Taplin SH, Weaver S, Salas E, Chollette V, Edwards HM, Bruinooge SS, Kosty MP. Reviewing cancer care team effectiveness. *J Oncol Pract.* 2015 May;11(3):239-46. doi: 10.1200/JOP.2014.003350
3. Epstein NE. Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surg Neurol Int.* 2014; 5(Suppl 7):S295-S303. doi:10.4103/2152-7806.139612.
4. Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2018 г. № 1881. Верховна Рада України: веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18#Text> (дата звернення: 13.09.2021).
5. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 3 грудня 2020 року № 1053-IX. Верховна Рада України: веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 13.09.2021).
6. Національна служба здоров'я України. Вимоги Програми медичних гарантій-2021. Національна служба здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021> (дата звернення: 13.09.2021).
7. З липня в Україні розпочнуть роботу мобільні команди з надання психіатричної допомоги. Національна служба здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/z-lipnya-v-ukrayini-rozpochnut-robotu-mobilni-komandi-z-nada-526> (дата звернення: 13.09.2021).
8. Evans L, Donovan B, Liu Y, et al. A tool to improve the performance of multidisciplinary teams in cancer care. *BMJ Open Quality* 2019;8:e000435. doi: 10.1136/bmjopen-2018-000435.
9. Клименко ІА. Розробка україномовної версії опитувальника «Team effectiveness questionnaire». Україна. *Здоров'я нації.* 2020;4(62):12-18.
10. Babiker A, El Hussein M, Al Nemri A, et al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr.* 2014;14(2):9-16.
11. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol.* 2018;73(4):433-450. doi:10.1037/amp0000298.
12. Zajac S, Woods A, Tannenbaum S, Salas E, Holladay CL. Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and EvidenceBased Guidance. *Front. Commun.* 2021;6:606445. doi: 10.3389/fcomm.2021.606445.

References

1. Soukup T, Lamb BW, Arora S, Darzi A, Sevdalis N, Green JS. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *J Multidiscip Healthc.* 2018;11:49-61.
2. Taplin SH, Weaver S, Salas E, Chollette V, Edwards HM, Bruinooge SS, Kosty MP. Reviewing cancer care team effectiveness. *J Oncol Pract.* 2015 May;11(3):239-46. doi: 10.1200/JOP.2014.003350

3. Epstein NE. Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surg Neurol Int.* 2014; 5(Suppl 7):S295-S303. doi:10.4103/2152-7806.139612.
4. Pro zatverdzhennia Obiemu nadannia vtorynnoi (spetsializovanoi) medychnoi dopomohy, shcho povynen zabezpechuvatysia bahatoprofilnymy likarniamy intensyvnoho likuvannia pershoho ta druhoho rivnia, ta Zmin do Poriadku rehionalizatsii perynatalnoi dopomohy. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 19.10.2018 r. № 1881 [On approval of the Volume of secondary (specialized) medical care to be provided by multidisciplinary hospitals of intensive care of the first and second level, and Amendments to the Procedure for regionalization of perinatal care. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 19.10.2018 № 1881]. Ukrainian. [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18#Text> (access 13 Sept. 2021).
5. Pro reabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia. Zakon Ukrainy vid 3 hrudnia 2020 roku № 1053-IX [About rehabilitation in the field of health care. Law of Ukraine of December 3, 2020 № 1053-IX]. Ukrainian. [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (access 13 Sept. 2021).
6. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. Vymohy Prohramy medychnykh harantii – 2021 [National Health Service of Ukraine. Requirements of the Medical Guarantees Program – 2021]. Ukrainian. [Internet]. Available from: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021> (access 13 Sept. 2021).
7. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. Z lypnia v Ukraini rozpochnut robotu mobilni komandy z nadannia psykhiatrychnoi dopomohy. [National Health Service of Ukraine. Mobile psychiatric teams will start working in Ukraine in July]. Ukrainian. [Internet]. Available from: <https://nszu.gov.ua/novini/z-lipnya-v-ukrayini-rozpochnut-robotu-mobilni-komandi-z-nada-526> (access 13 Sept. 2021).
8. Evans L, Donovan B, Liu Y, et al. A tool to improve the performance of multidisciplinary teams in cancer care. *BMJ Open Quality* 2019;8:e000435. doi: 10.1136/bmjog-2018-000435.
9. Klymenko IA. Rozrobka ukrainomovnoi versii opytuvalnyka «Team effectiveness questionnaire». *Ukraina. Zdorovia natsii.* 2020;4(62):12-18.10.
10. Babiker A, El Hussein M, Al Nemri A, et al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr.* 2014;14(2):9-16.
11. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol.* 2018;73(4):433-450. doi:10.1037/amp000298.
12. Zajac S, Woods A, Tannenbaum S, Salas E, Holladay CL. Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and EvidenceBased Guidance. *Front. Commun.* 2021;6:606445. doi: 10.3389/fcomm.2021.606445.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.09.2021 р.

Мета дослідження: здійснити оцінку ефективності міждисциплінарної взаємодії спеціалістів (на прикладі мультидисциплінарних команд, які надають медичну допомогу пацієнтам з патологією щитоподібної залози, що потребує хірургічного лікування).

Матеріали та методи. 84 заповнених бланків адаптованої україномовної версії опитувальника «Team Effectiveness Questionnaire» учасників міждисциплінарних команд КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр»; методи: соціологічний, медико-статистичний, аналітичний.

Результати. Учасниками опитування були лікарі усіх спеціальностей і структурних підрозділів закладу, обраного базою дослідження. З 84 респондентів чоловіків нараховувалось 28 осіб, або 33,3%; жінок – 56 осіб, або 66,7%. Середній вік опитаних складав 43,0±10,4 роки; з вищою категорією за спеціальністю нараховувалось 57 лікарів (68,0% від загального числа респондентів), з першою – 12 (14,0%), з другою – 5 (6,0%). Не мали категорії 10 лікарів (12,0% від усіх респондентів). Загальна оцінка ефективності міждисциплінарної взаємодії в командах дорівнювала за 5-тибальною шкалою 2,8±0,6 балів, зокрема, мета та цілі діяльності – 2,6±0,8 балів, ролі учасників – 3,1±0,5 балів, процеси з досягнення цілей – 2,9±0,7 балів, взаємовідносини в команді – 3,3±0,7 балів, відносини з колегами за межами закладу – 2,3±0,6 балів, здатність до вирішення проблем – 2,8±0,6 балів, ентузіазм і відданість – 2,6±0,7 балів, навички та навчання – 3,1±0,7 балів.

Висновки: міждисциплінарна взаємодія спеціалістів КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» потребує удосконалення та подальшої підтримки її функціонування з метою покращення надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози.

Ключові слова: пацієнти, лікарі, мультидисциплінарна команда, міждисциплінарний підхід, критерії оцінки.

Цель: провести оценку эффективности междисциплинарного взаимодействия специалистов (на примере мультидисциплинарных команд, которые оказывают медицинскую помощь пациентам с патологией щитовидной железы, требующей хирургического лечения).

Материалы и методы. 84 заполненных бланка адаптированной украиноязычной версии опросника «Team Effectiveness Questionnaire» участников междисциплинарных команд Коммунального неприбыльного предприятия

(КНП) «Киевский городской клинический эндокринологический центр»; методы: социологический, медико-статистический, аналитический.

Результаты. Участниками опроса были врачи всех специальностей и структурных подразделений учреждения, избранного базой исследования. С 84 респондентов мужчин насчитывалось 28 человек, или 33,3%; женщин – 56, или 66,7%. Средний возраст опрошенных составлял $43,0 \pm 10,4$ года; с высшей категорией по специальности насчитывалось 57 врачей (68,0% от общего числа респондентов), с первой – 12 (14,0%), второй – 5 (6,0%). Не имели категории 10 врачей (12,0% от всех респондентов). Оценка эффективности междисциплинарного взаимодействия в командах равнялась по 5-тибальной шкале $2,8 \pm 0,6$ баллов, в частности, цели деятельности – $2,6 \pm 0,8$ баллов, роли участников – $3,1 \pm 0,5$ баллов, процессы по достижению целей – $2,9 \pm 0,7$ баллов, взаимоотношения в команде – $3,3 \pm 0,7$ баллов, отношения с коллегами за пределами учреждения – $2,3 \pm 0,6$ баллов, способность к решению проблем – $2,8 \pm 0,6$ баллов, энтузиазм и преданность – $2,6 \pm 0,7$ баллов, навыки и обучение – $3,1 \pm 0,7$ баллов.

Выводы: междисциплинарное взаимодействие специалистов КНП «Киевский городской клинический эндокринологический центр» требует совершенствования и дальнейшей поддержки функционирования с целью улучшения оказания хирургической помощи больным с патологией щитовидной железы.

Ключевые слова: пациенты, врачи, мультидисциплинарная команда, междисциплинарный подход, критерии оценки.

The purpose of the research: to evaluate the effectiveness of interdisciplinary interaction (on the example of multidisciplinary teams that provide medical care to patients with thyroid pathology that requires surgical treatment).

Materials and methods: 84 completed forms of the adapted Ukrainian version of the questionnaire "Team Effectiveness Questionnaire" of participants of interdisciplinary teams of the Municipal Non-Profit Enterprise "Kyiv City Clinical Endocrinology Center"; methods: sociological, medical-statistical, analytical.

Results. Doctors of all specialties and structural units of the institution, which was the basis of the study, were participants in the survey. Among the 84 respondents, there were 28 males, or 33.3%, and 56 females, or 66.7%. The average age of the respondents was 43.0 ± 10.4 years; with the highest category in the specialty there were 57 doctors (68.0% of the total number of respondents), with the first – 12 (14.0%), with the second – 5 (6.0%). There were no categories of 10 doctors (12.0% of all respondents). The general assessment of the effectiveness of interdisciplinary interaction in teams on a 5-point scale was 2.8 ± 0.6 points, in particular, the purpose and objectives of the activity – 2.6 ± 0.8 points, the role of participants – 3.1 ± 0.5 points, processes to achieve goals – 2.9 ± 0.7 points, team relationships – 3.3 ± 0.7 points, relationships with colleagues outside the institution – 2.3 ± 0.6 points, the ability to solve problems – $2,8 \pm 0.6$ points, enthusiasm and devotion – 2.6 ± 0.7 points, skills and training – 3.1 ± 0.7 points.

Conclusions: interdisciplinary interaction of specialists "Kyiv City Clinical Endocrinology Center" needs to improve and further support its functioning in order to improve the provision of surgical care to patients with thyroid pathology.

Key words: patients, doctors, multidisciplinary team, interdisciplinary approach, evaluation criteria.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Клименко І. А. – аспірант кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, офіс 46.

+380 (44) 205-49-90, klymenko8175@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-1506-036X.

Толстанов О. К. – д. мед. н. професор, проректор з науково-педагогічної роботи НУОЗ України імені П. Л. Шупика, професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, офіс 46.

+380 (44) 205-49-90, ORCID ID 0000-0002-7459-8629.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240800
УДК 614.253.52

Тодуров І.М.¹, Печиборщ В.П.¹, Якимець В. М.¹, Перехрестенко О.В.¹, Качур О.Ю.⁶,
Ніконенко А.В.¹, Волянський П.Б.², Вороненко В.В.³, Якимець В.В.⁴, Печиборщ О.В.⁵

Розвиток Державної служби медицини катастроф в єдиній державній системі цивільного захисту за часи незалежності

¹Державна наукова установа «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України»

²Інститут державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту

³Державна установа «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії
Міністерства охорони здоров'я»

⁴ДУ Головний медичний центр МВС України. Центр превентивної медицини

⁵Головний клінічний медичний центр Державної прикордонної служби України

⁶Міжнародний європейський університет

carpus54@ukr.net

Todurov I.M.¹, Pechyborshch V.P.¹, Yakymets V.M.¹, Perekhrestenko A.V.¹, Kachur O.Yu.⁶,
Nikonenko A.V.¹, Volianskiy P.B.², Voronenko V.V.³, Yakymets V.V.⁴, Pechyborshch O.V.⁵

Development of the State Disaster Medicine Service in the unified state system of civil protection during the years of independence

¹State Scientific Institution "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine"

²Institute of Public Administration and Scientific Research on Civil Protection

³State Institution "Scientific and Practical Medical Center for Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery of the Ministry of Health"

⁴PI Chief Medical Center of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine. Center for Preventive Medicine

⁵Chief Clinical Medical Center of the State Border Guard Service of Ukraine

⁶International European University

Вступ

Сучасний рівень розвитку науки, техніки і виробництва може безпосередньо загрожувати громадській безпеці як окремих країн так і всього людства в цілому. У світі створені сотні великих підприємств нафтогазового, ядерно-енергетичного та хімічного комплексу; накопичених запасів ядерної, хімічної та біологічної зброї достатньо для багаторазового знищення усього живого на землі.

Характерною ознакою останніх десятиліть існування людства на планеті Земля є розвиток інноваційних технологій, що в свою чергу обумовлює бурхливий розвиток промисловості, наслідком чого є невинне зростання кількості різних аварій, катастроф техногенного і природного характеру та виникнення парникового ефекту. Означені факти тягнуть за собою цілу низку ризиків, які при виникненні надзвичайної ситуації (НС) супроводжуються втратами контингенту населення, яке проживає в осередку НС та нанесенням великих матеріальних збитків [24].

Україні у спадок від Радянського Союзу залишилась потужна служба медицини катастроф, і навіть ця потужна структура не змогла взяти на себе весь тягар організації надання екстреної медичної допомоги в процесі ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи. В процесі ліквідації

наслідків цієї надзвичайної ситуації (далі – НС) світового масштабу приймали участь весь потенціал системи охорони здоров'я та наукових установ академії наук СРСР, всі потужні силові міністерства і відомства великої держави та їх медичні служби, і навіть вони не змогли у повному обсязі справитись із тими завданнями, які поставила перед ними ця трагедія. Медико-соціальні наслідки її турбують керівництво нашої держави до цих пір, і безперечно, що ці проблеми будуть супроводжувати наших майбутніх поколінь ще багато століть.

Масштабність і багатогранність завдань щодо протидії сучасним природним і техногенним загрозам вимагають висококваліфікованої, технічно оснащеної, мобільної системи захисту людей. Кожна надзвичайна ситуація створює передумови для раптового погіршення стану здоров'я людини, а іноді втрати життя, що вимагає значних зусиль сил і засобів цивільного захисту, включаючи бригади екстреної медичної допомоги.

У світі накопичений багатий досвід організації надання екстреної медичної допомоги постраждалим в НС, але незважаючи на це на сьогоднішній день не існує уніфікованої моделі цієї важливої складової медичного захисту населення. У різних країнах Європи в залежності від організаційної структури системи охорони здоров'я та наявної нормативно-правової бази адекватної можливостям суспільства, на випадки НС техногенного, природного,

соціального та воєнного характеру питання медичного захисту населення вирішуються по різному [25].

Таке завдання постало перед Службою на зорі створення незалежної держави. За цей час проведена ціла низка заходів, які дозволяють стверджувати, що Служба створена і в умовах повсякденної діяльності забезпечує виконання поставлених перед нею завдань.

Мета роботи полягає в дослідженні позитивного досвіду та шляхів оптимізації діяльності екстреної медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях в нашій країні.

Матеріали та методи

Об'єкт дослідження: стан екстреної медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях в системі охорони здоров'я України.

Предмет дослідження: позитивний досвід організації надання екстреної медичної допомоги постраждалим в НС.

Методи досліджень: бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Матеріали досліджень: нормативно-правові акти, що регламентують діяльність ЕМД в НС, публікації у відкритих джерелах інформації.

Результати дослідження та їх обговорення

З появою на планеті Земля людства існують війни за розподіл сфер впливу на ту чи іншу територію, з тих пір людство відмічає надзвичайні ситуації природного характеру, які мали і мають суттєвий вплив на стан нашої цивілізації та її розвиток.

На земній кулі постійно існують джерела активів тероризму, локальні збройні конфлікти та війни, які супроводжуються великими безповоротними та санітарними втратами населення, великою кількістю вимушених біженців (переселенців), що потребують уваги від керівництва тих держав, де вони попросили соціального захисту.

Ще у 90-і роки минулого століття з метою створення, розвитку та поліпшення стану Державної служби медицини катастроф (далі Служби) в державі Кабінетом Міністрів України та МОЗ України була прийнята ціла низка нормативно-правових документів, а саме такі постанови Кабінету Міністрів України:

- від 14 квітня 1997 р. № 343 «Про створення державної служби медицини катастроф» [5],

- від 11 липня 2001 р. № 827 «Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф» [6],

- від 15 лютого 2002 р. № 174 «Про затвердження Програми розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002-2005 роки» [7],

- від 05.11.2007 р. № 1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року» [8].

У рамках затверджених постановами Кабінету Міністрів України вище означених програм (далі Програм)

передбачалось здійснити низку організаційних заходів, які з тих чи інших причин до цих пір не виконані [24].

Протягом семи років іде гібридна війна на сході нашої держави, яка забрала життя понад 10 тисяч громадян України та залишила інвалідами – більше 32 тисяч захисників Батьківщини та мирних громадян. Незважаючи на Мінські угоди, збройний конфлікт на Сході України, супроводжується значними людськими жертвами і завдає величезних матеріальних, фінансових, соціальних та психологічних збитків нашій державі та її громадянам. Він виявив ряд серйозних проблем в організації надання екстреної медичної допомоги на всіх етапах медичної евакуації та зумовив необхідність проведення детального аналізу та вжиття адекватних заходів для їх подолання. Водночас складною проблемою для нашої держави була і є велика кількість внутрішньо-переміщених осіб (біженців).

Бурхливий розвиток промислових хімічних, ядерних технологій у світі та нашій державі призводить до збільшення кількості надзвичайних ситуацій техногенного характеру, які супроводжуються інколи глобальними наслідками світового масштабу, невпинне зростання транспортних засобів призводить до збільшення дорожньо-транспортних пригод, які супроводжуються великою кількістю постраждалих [24,25] (рис. 1).

На даний час у світі спостерігається велика кількість практично неконтрольованих людиною землетрусів, повеней, паводків, що характеризуються значними людськими жертвами серед населення, яке проживає в зонах ризику. Лише в Україні протягом 2019 року виникла 81 надзвичайна ситуація природного характеру, з яких 16 – метеорологічних, 8 – пов'язаних з пожежами у природних екологічних системах, 57 – медико-біологічних (табл. 1).

З перших днів ведення АТО на сході України виникла ціла низка проблем в процесі організації медичного забезпечення військ та населення, яке мешкало в зоні бойових та зонах безпеки. Низький рівень знань та навиків надання домедичної допомоги, незнання бойової патології лікарським та середнім медичним персоналом, низький рівень укомплектованості військової ланки медичної служби особовим складом та медичним персоналом системи охорони здоров'я, відсутність запасів медичного майна та виробів медичного призначення, броньованих засобів евакуації з поля бою, та неузгодженість і відсутність взаємодії військової медичної служби та цивільної системи охорони здоров'я були характерними ознаками для початку цієї війни.

Все це вимагало термінових заходів щодо оптимізації діяльності Державної служби медицини катастроф (далі – Служби) та організації чіткої взаємодії із силами оборони в бойових умовах та всіма міністерствами і відомствами задіяними у процесі ліквідації наслідків НС.

Аналіз наслідків широкомасштабних війн і локальних воєнних конфліктів ХХ століття свідчить про те, що відносні втрати цивільного населення по відношенню до загальних втрат збільшились у десятки раз. Якщо в роки Першої світової війни втрати серед цивільного населення склали 5% від загальних втрат,

у Другу світову війну – 48%, під час війни в Кореї – 84%, під час війни США у В'єтнамі – 90%, а під час локального воєнного конфлікту у Чечні (1994-1996 рр.) – 95% від загального числа втрат [25].

За даними ВООЗ, аналогічні показники зафіксовано в Республіці Ірак під час проведення «миротворчої операції», коли близько 79% медико-санітарних втрат припало на мирне населення. Така тенденція продовжується і у XXI столітті.

Водночас під час виникнення НС в мирний час серед причин смертності третє місце належить нещасним випадкам, травмам та отруєнням. Показник смертності від нещасних випадків в Україні залишається високим і

становить у середньому на рік 130–140 випадків на 100 тис. населення. З них близько 24% помирає в лікарняних закладах, а 76% – на догоспітальному етапі.

Цей показник залежить від своєчасного надання медичної допомоги в потрібному обсязі і у визначені терміни: від ступеня оснащення сучасним обладнанням; рівня підготовки служби з надання екстреної медичної допомоги і від вчасного прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Світовий досвід свідчить, що оптимальними термінами надання екстреної медичної допомоги після отримання травми є перші 30 хв., при зупинці дихання – 5-7 хв., при отруєнні – до 10 хв.



Рис. 1. Кількість людей, які постраждали та загинули внаслідок надзвичайних ситуацій за 2010-2019 роки
Складено за: Офіційний веб-сайт Державної служби України з надзвичайних ситуацій. [Електронний ресурс]. –
Режим доступу : <https://www.dsns.gov.ua/ua/Dovidka-za-kvartal/103179.html>

Таблиця 1. Кількість надзвичайних ситуацій, що виникли у 2019 році, в порівнянні з 2018 роком

Дані про надзвичайні ситуації	2018 рік	2019 рік	Зменшення (збільшення), у відсотках
Загальна кількість НС:	128	146	14,1 ↑
<i>В тому числі:</i>			
Техногенного характеру	48	60	25,0 ↑
Природного характеру	77	81	5,2 ↑
Соціального характеру	3	5	66,7 ↑

Джерело: Офіційний веб-сайт Державної служби України з надзвичайних ситуацій. [Електронний ресурс]. –
Режим доступу : <https://www.dsns.gov.ua/ua/Dovidka-za-kvartal/103179.html>

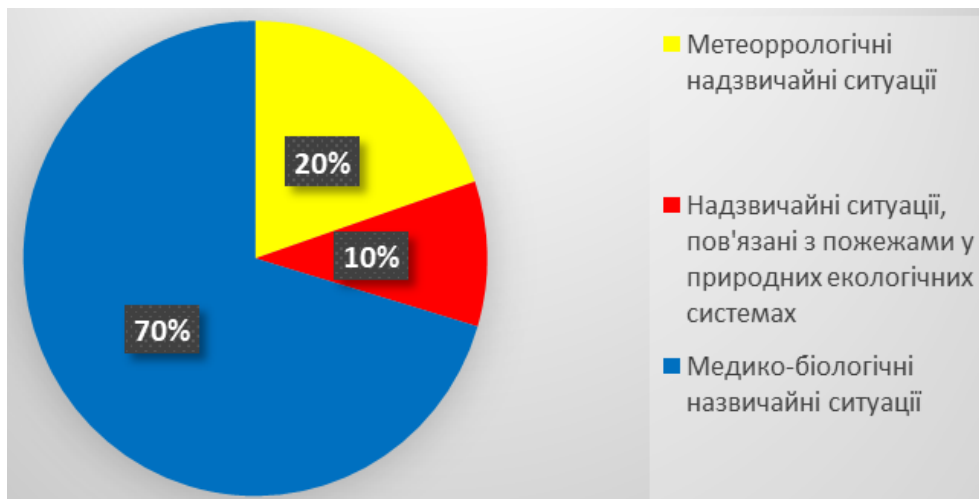


Рис. 2. Розподіл надзвичайних ситуацій природного характеру, які виникли у 2019 році за видами
Складено за: Офіційний веб-сайт Державної служби України з надзвичайних ситуацій. [Електронний ресурс]. –
Режим доступу : <https://www.dsns.gov.ua/ua/Dovidka-za-kvartal/103179.html>

Проведені дослідження свідчать, що кожні 20 осіб із 100, які загинули, могли бути врятовані за умови своєчасної та правильної допомоги на місці події. В Україні щороку можна було б врятувати 30–50 тис. людей при своєчасному наданні медичної допомоги [24].

Незважаючи на те, що на сьогодні у світі накопичено великий досвід надання ЕМД, аналіз стану Служби в нашій державі та аналіз зарубіжної літератури свідчив про те, що на початок XXI століття не було єдиної розробленої системи організації екстреної медичної допомоги (далі – ЕМД) при НС. Водночас доцільно констатувати, що практично в усіх країнах на той час де була створена та ефективно функціонувала і на даний час діє служба швидкої медичної допомоги (ШМД).

В Україні набутий великий досвід з ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій на території нашої держави та за її межами. Особовий склад спеціалізованих медичних бригад Державного закладу

«Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» (УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України) брав участь у ліквідації наслідків землетрусів у ряді держав демонструючи при цьому високий рівень професіоналізму (табл. 2).

Але на фоні процесів імплементації нашої держави в ЄС, вивчення досвіду розвинених країн світу щодо ЕМД в НС та з метою створення системи, яка буде відповідати світовим стандартам та вимогам сьогодення, настав час створення абсолютно нової Служби за рахунок внесення докорінних змін до нормативно-правової бази її функціонування.

Вітчизняна Служба потребувала термінового реформування, що і було започатковано у 2012 році Законом України «Про екстрену медичну допомогу», який набрав чинності тільки з 01.01.2013 року. За приклад було взято американську модель.

Таблиця 2. Показники діяльності мобільного госпіталю ДСНС України під час ліквідації наслідків НС за межами України

Країна	Рік	Медичний персонал	Надано кваліфіковану медичну допомогу		Операції	Пологи	Померло
			Всього	Із них стац. хворих			
Турецька республіка	1999	40	5432	117	35	-	-
Республіка Індія	2001	44	5558	270	216	13	6
Ісламська Республіка Іран	2003-2004	49	7304	531	147	29	11
Ісламська Республіка Пакистан	2005	51	10758	519	126	7	4
Республіка Лівія	2011	12	171	-	-	-	-
Всього			29223	1437	524	49	21

У США медична допомога при катастрофах здійснюється в рамках Національної системи медицини катастроф NDMS (National Disaster Medical System). Відповідальними за її стан є Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення і Міністерство оборони, які займаються плануванням організаційних, медичних та евакуаційних заходів. Головна роль при катастрофах при цьому відводиться FEMA (Federal Emergency Management Agency). Це відомство координує діяльність органів цивільної оборони штатів, федеральних міністерств і відомств (міністерства енергетики, міністерства транспорту та ін.) і підприємств приватного сектору.

До складу служби ШМД в США, як і в більшості країн світу, входять парамедики. Підготовку парамедиків (техніків невідкладної медицини – ЕМТ) в цій країні розпочато в 1966 р., а в 1970 р. фахівці ЕМТ були внесені в офіційний перелік медичних спеціальностей. Здійснюється підготовка двох категорій ЕМТ (Emergency Medical Technician) (ЕМТ-I, ЕМТ-Р). ЕМТ-I освоює методи розпізнавання загрозливих для життя станів і надання невідкладної медичної допомоги (в тому числі кардіопульмональної реанімації). ЕМТ-Р (Emergency Medical Technician — Paramedic) готуються як більш кваліфіковані спеціалісти з надання допомоги із застосуванням методів інтенсивної терапії.

При підготовці парамедиків та техніків невідкладної медицини – ЕМТ більше уваги приділяється володінню алгоритмами надання медичної допомоги в екстрених ситуаціях, ніж загальному рівню медичної підготовки, яку мають лікарі, фельдшери та медичні сестри. Підготовка цих спеціалістів займає близько 1000 годин. Вони вивчають при цьому анатомію, фізіологію, фармакологію і ін. Пожежники та поліцейські, як правило, отримують кваліфікацію CFR (Certified First Responder). Вони треновані в наданні першої допомоги, куди входить серцево-легенева реанімація, іммобілізація, дефібриляція, зупинка кровотечі, розпізнавання симптомів інфаркту, інсульту, гіпоглікемії, анафілактичної реакції, допомога при переломах, опіках, неускладнених пологах і т.і. Крім цього їм дозволено використовувати адреналіновий автоінжектор, якщо він є у пацієнта. У деяких штатах вони мають право використовувати також глюкозу і активоване вугілля, нітрогліцерин – знову ж таки, якщо він є у пацієнта і був прописаний лікарем, і за наявності відповідних симптомів.

Поряд з цим в США існують бригади швидкого реагування, які виїждять на важкі виклики при затримці приїзду повноцінної ЕМД, зазвичай це пожежники із прилеглої пожежної частини, які мають ту «БрЕ(ш)МД» чи іншу медичну кваліфікацію (від first responder до парамедиків). В деяких містах на серйозні виклики приїжджає поліція, офіцери якої також мають навички надання першої медичної допомоги).

Вирішальним чинником своєчасності надання ЕМД є збір і швидкість передачі інформації з місця катастрофи. Тому в більшості країн світу введений в дію єдиний номер телефонного зв'язку, за яким можна терміново зв'язатися з будь-яким підрозділом системи швидкого реагування при НС. У США, наприклад, єдиний телефонний номер – 911.

Будь-який абонент може одночасно зв'язатися з поліцією, пожежниками або службою ЕМД, не набираючи при цьому кілька різних номерів.

Таким чином на той час виникла нагальна потреба в адаптації Служби до вимог сьогодення та світових стандартів. З цією метою здійснено теоретико-методологічне обґрунтування і практичне впровадження в сучасних умовах гібридної війни заходів імплементації її в Єдину державну систему цивільного захисту.

Завдання роботи передбачали:

- вивчення досвіду функціонування та розвитку служб медицини катастроф в країнах близького та далекого зарубіжжя та аналіз національних особливостей та можливостей щодо його адаптованого впровадження в сучасних умовах ведення гібридної війни та створення єдиного медичного простору в державі;

- наукове обґрунтування концептуальних підходів щодо удосконалення організаційної, функціональної моделі та принципів і методів функціонування оновленої Служби;

- формування нормативно-правових засад організації взаємодії між МОЗ, МО, МВС ДСНС України та іншими силовими міністерствами і відомствами задіяними в процесі ліквідації наслідків НС, як механізму військово-цивільного співробітництва в єдиній державній системі цивільного захисту;

- обґрунтування доцільності удосконалення організаційно-штатної структури формувань, підрозділів та закладів Служби, спроможних виконувати завдання за призначенням у повному обсязі;

- обґрунтування, розробка та впровадження функціонально-організаційної моделі функціональної підсистеми медичного захисту дорослого населення та особливостей надання екстреної медичної допомоги дитячому населенню в єдиній державній системі цивільного захисту;

- адаптація основних положень щодо діяльності Служби, яка забезпечує повноцінне функціонування в зоні бойових дій та зонах безпеки АТО та ООС;

- обґрунтування удосконалення психофізіологічного забезпечення та психофізіологічних механізмів підвищення його ефективності в процесі ліквідації медико-соціальних наслідків НС воєнного та соціального характеру.

Проведення заходів удосконалення Служби у надзвичайних ситуаціях у сучасних умовах гібридної війни спрямоване на зміцнення впевненості громадян України у спроможності держави забезпечити доступну, своєчасну та якісну медичну допомогу, що досягається зниженням показників рівня ускладнень, які можуть призвести до інвалідності та смертельних випадків постраждалих у процесі ліквідації медико-соціальних наслідків НС.

Процес дослідження стану Служби в державі та передового досвіду в далекому та близькому зарубіжжі, розробка перспектив її оптимізації та розвитку згідно з вимогами світових стандартів і сьогодення відображається відповідним алгоритмом дій (рис. 3).



Рис. 3. Дизайн дослідження

Наукова новизна отриманих результатів полягала в тому, що вперше в Україні за часів її незалежності:

- проведено аналіз стану служб медицини катастроф розвинених країн світу та пострадянського простору, з використанням позитивних і негативних сторін їх досвіду та стану розвитку нашого суспільства, можливостей держави, розроблено та впроваджено принципово нову функціонально-організаційну модель Служби, підготовлені проекти нормативно-правових актів, які за рахунок оптимізації структури підрозділів і формувань Служби регламентують створення та впровадження сучасної Служби, яка відповідає вимогам сьогодення, спроможної забезпечити виконання завдань за призначенням;

- на основі аналізу національних особливостей та можливостей щодо впровадження в сучасних умовах ведення гібридної війни і створення єдиного медичного простору в державі науково обґрунтовано та впроваджено і оновлено протоколи надання екстреної медичної допомоги, які базуються на принципах доказової медицини та орієнтовані на світові стандарти, що передбачає покращення якості і доступності екстреної медичної допомоги для кожного громадянина, який її потребує в разі НС;

- спільними наказами МВС, ДСНС, МО та МОЗ України вдосконалені механізми військово-цивільного співробітництва, де визначений пріоритет збереження життя і здоров'я населення в разі НС та єдині підходи і критерії під час прогнозування та оцінювання медико-санітарної обстановки при різних НС, а також визначення можливостей рятувальних та медичних підрозділів, формувань та закладів;

- обґрунтована, розроблена та на даний час впроваджується в діяльність Служби нормативно-правова база щодо порядку створення і використання резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС;

- обґрунтоване та впроваджується активне застосування ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів, спрямованих на збереження фізичного та психологічного здоров'я і соціально-професійного статусу учасників АТО та ООС.

Практичне впровадження передбачало приведення нормативно-правової бази Служби до вимог Кодексу цивільного захисту України [1] та Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [2] та визначення механізмів військово-цивільного співробітництва їх з іншими,

здіяними спеціалізованими службами міністерств і відомств під час ведення нашою державою АТО та ООС на сході України та НС.

Підготовлені проекти постанов Кабінету Міністрів України та внесені пропозиції щодо включення змін до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та Кодексу цивільного захисту України [1], які оптимізують діяльність Служби в НС.

Із набранням чинності з 01.01.2013 р. Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [2] в Україні розпочато реформування системи екстреної медичної допомоги.

Цей Закон визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення НС та ліквідації їх наслідків

Разом з тим реформування системи ЕМД та МК в державі неможливо ізолювано без врахування результатів загальної медичної реформи, створення госпітальних округів, реформи адміністративно-територіального устрою, переведення всіх документів та процесів взаємодії у сфері охорони здоров'я з паперового формату на електронний тощо.

За цей період вжито низку заходів:

- Кабінетом Міністрів України та Міністерством охорони здоров'я України розроблено нормативно-правову базу на виконання Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [2];

- створені та зареєстровані як самостійні юридичні особи Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в територіальних одиницях України;

- проведено передачу усього майна швидкої медичної допомоги на обласний рівень;

- змінено принципи фінансування (фінансуються із державного та обласного бюджетів);

- створено національний стандарт на автомобілі швидкої медичної допомоги;

- розпочато заміну спеціалізованого санітарного транспорту;

- виділені приміщення для оперативно-диспетчерських служб;

- розроблені та затверджені схеми розташування пунктів базування бригад екстреної медичної допомоги на території кожної області;

- в адміністративно-територіальних одиницях України затверджені довгострокові плани реформування екстреної медичної допомоги.

Станом на 01.01.2019 р. в Україні функціонує 32 заклади екстреної (швидкої) медичної допомоги, з них – 25 центрів в усіх регіонах України.

Досвід останніх 7 років після прийняття Закону України «Про екстрену медичну допомогу» свідчить про те, що одним із головних завдань системи екстреної медичної допомоги є створення повноцінних оперативно-диспетчерських служб Територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі – ТЦ ЕМД та МК).

Цим Законом було визначено, що відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги є структурним підрозділом багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування, у якому в цілодобовому режимі забезпечується надання екстреної медичної допомоги. Цей Закон визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Враховуючи те, що у розвинених країнах медичну діяльність та надання всіх видів медичної допомоги суворо регламентовано протоколами медичної допомоги настав час впровадження цих складових і в ЕМД.

Таким чином наказом МОЗ України від 15.01.2014 № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги», а потім відповідним наказом МОЗ України від 05.06.2019 № 1269 [17,18] були запроваджені протоколи надання екстреної медичної допомоги, що суттєво поліпшило показники надання допомоги в масштабі країни, забезпечило юридичний захист лікарського та середнього медичного персоналу ЕМД в НС.

Перше видання Національної модельної клінічної настанови з екстреної медичної допомоги було випущене у вересні 2014 року Національною асоціацією державних службовців ЕМД (NASEMSO) і тепло сприйнято практиками ЕМД, агентствами, директорами медичних закладів та організаціями охорони здоров'я в нашій країні та за кордоном. Створення цього документу стало кульмінаційною подією в професії та медичній практиці ЕМД.

У Законі України «Про екстрену медичну допомогу» зазначено, що особами, які зобов'язані надавати домедичну допомогу людині у невідкладному стані, є: рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники державної пожежної охорони, працівники органів та підрозділів поліції, фармацевтичні працівники, водії автомобільних транспортних засобів, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники та інші особи, та, на жаль, не всі із них мають медичну освіту [2], але за своїми професійними чи службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання такої допомоги, але це знайшло впровадження та реально запрацювало тільки з початком бойових дій в Антитерористичній операції та Операції об'єднаних сил (далі – АТО/ООС) на теренах Донецької та Луганської областей.

Стан розробки проблеми в Україні та світі – аналіз даних джерел наукової інформації дозволяв зробити висновок, що нормативно-правове забезпечення навіть з набранням чинності Законом України «Про екстрену медичну допомогу» в системах підпорядкування МОЗ України та територіальних органів управління охороною здоров'я не відповідало вимогам основних положень Кодексу цивільного захисту України та не знайшов свого відображення в Законі «Про екстрену медичну допомогу». Існуюча нормативно-правова база була застаріла і потребувала удосконалення відповідно до вимог

сьогодення. Означеними Законами відмінено цілий ряд нормативно-правових актів Кабінету Міністрів та МОЗ України, на місце яких нічого на той час не було запропоновано.

Неузгодженість законодавчих рішень щодо основних проблем Цивільного захисту України в цілому з його функціональними підсистемами в нормативних та правових актах окремих відомств, в тому числі і в галузі охорони здоров'я України призвела до знищення Єдиної державної системи цивільного захисту. У зв'язку з означеними непорозуміннями втратили чинність основні Закони України (з питань НС техногенного і природного характеру), а саме: «Про захист населення і територій від НС техногенного та природного характеру», «Про аварійно-рятувальні служби», «Про Цивільну оборону України», «Про війська Цивільної оборони України» тощо, і прийнятий їм на зміну «Кодекс цивільного захисту України» не корелював з основними положеннями щодо забезпечення медичного захисту населення, не відповідав вимогам Законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та «Про екстрену медичну допомогу», які повинні формувати правовий простір галузі охорони здоров'я України, але по суті не вирішували цієї важливої державної проблеми [1,2,24].

Таким чином з набранням чинності Кодексом цивільного захисту України [1] було відмінено цілий ряд Законів та постанов Кабінету Міністрів, що регламентували діяльність Служби в Єдиній державній системі цивільного захисту. Цей факт потребував термінової адаптації всіх нормативно-правових актів та приведення їх у відповідність до вимог цих Законів.

Усе вищезначене диктувало необхідність створення нормативно-правової бази для потужної Служби, відповідної системи управління ризиками виникнення надзвичайних ситуацій, дієвої системи медичного захисту в єдиній державній системі цивільного захисту, адекватної можливостям держави, спроможної виконати поставлені перед нею завдання у повному обсязі, яка відповідає вимогам часу та світових стандартів.

Із метою відтворення розвитку та поліпшення стану Служби у державі Кабінетом Міністрів України та МОЗ України була прийнята ціла низка нормативно-правових документів, які створили передумови для її оптимізації.

Кодекс узагальнив правову і нормативну базу не тільки на захист населення від наслідків НС природного та техногенного походження в мирний час, але й від наслідків воєнного та соціального походження в воєнний період. Усі питання Кодексу відповідають вимогам сьогодення, але суб'єкти, названі Кодексом і передбачені для його реалізації в сучасних умовах виявились нездатними до набрання ним чинності та створення відповідної нормативно-правової бази для реалізації нової системи забезпечення.

Таким чином виник вакуум, який до цих пір не ліквідований, навіть при умові набрання чинності постановами Кабінету Міністрів України:

- від 9 січня 2014 р. №11 «Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту» [13],

- від 11 березня 2015 р. № 101 «Про затвердження типових положень про функціональну і територіальну підсистему єдиної державної системи цивільного захисту» [14],

- від 8 липня 2015 р. № 469 «Про затвердження Положення про спеціалізовані служби цивільного захисту» [15],

- від 6 червня 2018 р. № 450 «Про внесення змін до Положення про єдину державну систему цивільного захисту і Положення про Державну інспекцію ядерного регулювання України» [16].

Водночас розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 р. № 383-р «Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» [11] теж заходи щодо поліпшення стану справ передбачені не в повному обсязі.

Необхідність подальшого удосконалення Служби, а також виконання завдань відповідно до Положення про Державну службу медицини катастроф, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 827 (827-2001-п) [6], зумовило розроблення цієї Концепції.

Важливим невирішеним питанням була організація взаємодії з усіма задіяними міністерствами і відомствами в процесі ліквідації наслідків НС що потребувало створення спільних наказів МОЗ та МВС України:

- «Про затвердження Інструкції щодо організації взаємодії між Державною службою України з надзвичайних ситуацій і Міністерством охорони здоров'я України у разі виникнення надзвичайних ситуацій», затверджено спільним наказом МВС та МОЗ України від 03.04.2018 р. № 275/600 та зареєстровано в Мінюсті 19.04.2018 р. за № 479/3931 [19];

- «Про затвердження Порядку спільних дій сил цивільного захисту та закладів охорони здоров'я під час здійснення аеромедичної евакуації повітряними суднами Державної служби України з надзвичайних ситуацій», затверджено спільним наказом МВС та МОЗ України від 16.08.2018 р. № 677/1503 та зареєстровано в Мінюсті 30.10.2018 р. за № 12321/32681 [20];

та відповідних наказів МОЗ України:

- «Про затвердження Положення про функціональну підсистему медичного захисту населення», яке затверджено наказом МОЗ України від 25.03.2019 р. № 667 [21];

- «Про затвердження Положення про медичну спеціалізовану службу цивільного захисту», яке затверджено наказом МОЗ України від 12.06.2019 р. № 1349 та зареєстровано в Мінюсті України 09.07.2019 р. за № 758/33759 [22,24,25].

Під час роботи над Законом України «Про екстрену медичну допомогу» та його нормативним забезпеченням авторами неодноразово підкреслювалось, що загальнодержавна система екстреної медичної допомоги України є складовою національної безпеки країни. Але доки держава на початку 2014 року не постала перед зовнішньою військовою агресією та не відчула реальну загрозу втрати своєї незалежності, керівники не в змозі були збагнути реального стану національної безпеки

держави на той час. Безперечно, стан медичної організації країни та гарантування своєчасності та якості отримання медичної допомоги людині у невідкладному стані є лакмусовим папірцем готовності держави до роботи в умовах надзвичайної ситуації державних масштабів або збройного конфлікту, зрілості державних інституцій.

У перші дні і місяці початку АТО весь тягар надання медичної допомоги та евакуації поранених військовослужбовців, бійців добровольчих батальйонів, цивільного населення прийшовся на плечі бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф та їх підрозділів за територіальним принципом.

Після анексії Автономної Республіки Крим та виникнення гібридної війни на теренах Донецької та Луганської областей з метою організації чіткої взаємодії всіх задіяних структур органів виконавчої влади України, продиктувало необхідність створення абсолютно нових організаційних об'єднань, до яких було включено представників МОЗ.

Згідно з протокольним рішенням міжвідомчої наради з питань «Про результати вжитих органами державної влади заходів з виконання завдань визначених у рішенні РНБО України від 04.11. 2014 року «Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки», уведеному в дію Указом Президента України від 14.11.2014 р. № 880 [4] та протокольному рішенні міжвідомчої наради від 06.02.2015 року» п.2 пп.3 передбачено Міністерству охорони здоров'я України: «за погодженням з АТЦ СБУ включити до складу штабу АТО представника МОЗ України для забезпечення координації питань надання медичної допомоги цивільними медичними закладами та військово-медичними службами у зоні проведення АТО».

Згідно з п.7. цього протокового рішення силами і засобами МО, МВС, МОЗ, СБУ, та Національної академії медичних наук України утворено «військово-цивільний координаційний штаб медичної допомоги» [23].

З метою координації дій, спрямованих на забезпечення надання медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України, інших військових формувань, правоохоронних органів і цивільному населенню під час проведення антитерористичної операції спільним наказом МО, МОЗ, МВС, СБУ та НАМН України від 13.05.2015 р. № 207/272/556/311/34, зареєстрованим у Міністерстві юстиції 04.06.2015 р. за 647/27092 було утворено Військово-цивільний координаційний штаб медичної допомоги [23].

За час його роботи було прийнято більше 80 спільних рішень щодо вирішення проблемних питань медичного забезпечення військ та населення, що проживає в зоні АТО.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 11.05.2017 р. № 412 [9] створено Координаційний центр з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я, який є тимчасовим консультативно-дорадчим

органом Кабінету Міністрів України, утвореним з метою сприяння забезпеченню координації дій, спрямованих на надання медичної допомоги, зокрема із залученням органів і закладів охорони здоров'я, військовослужбовцям Збройних Сил, Держспецзв'язку, Держспецтрансслужби, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, а також правоохоронних та розвідувальних органів у частині залучення їх до виконання завдань з оборони держави (далі – сили оборони), населенню; сприяння забезпеченню виконання завдань, визначених оперативною ціллю 4.2 Стратегічного оборонного бюлетеня України.

З метою визначення стратегії та основних напрямів розвитку медичного забезпечення Збройних Сил, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, правоохоронних та розвідувальних органів, органів спеціального призначення з правоохоронними функціями під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій постановою Кабінету Міністрів України від 31.10.2018 р. № 910 затверджено Воєнно-медичну доктрину України [10,24].

Реалізація заходів оптимізації системи екстреної медичної допомоги у т.ч. Служби була передбачена за окремими напрямками (рис. 4).

Внаслідок проведених заходів:

- оптимізована структура підрозділів і формувань Служби (мобільного госпіталю ДСНС, медичних загонів, медичних бригад постійної готовності I та II черги) сучасної Служби, яка відповідає вимогам сьогодення, світовим стандартам та спроможна забезпечити виконання завдань за призначенням, яка поліпшить показники доступності та якості медичної допомоги постраждалим в НС;

- упроваджені протоколи надання екстреної медичної допомоги, що базуються на принципах доказової медицини та орієнтовані на світові стандарти;

Упровадження протоколів – частина комплексного підходу МОЗ України до питання трансформації ЕМД та МК спрямоване на покращення якості та доступності екстреної медичної допомоги для кожного громадянина.

Отримані результати:

- у процесі ведення АТО та ООС та відповідних командно-штабних навчань удосконалені механізми військово-цивільного співробітництва та взаємодії під час аеро-медичної евакуації поранених, постраждалих та хворих, надання їм усіх видів допомоги на етапах медичної евакуації, вагомий вклад внесли Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Донецької, Дніпропетровської областей і Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечнікова;

- поліпшені якісні і кількісні показники рівня домедичної підготовки військовослужбовців та цивільного населення, тільки за період ведення АТО та ООС фахівцями медичної служби сил оборони (командування медичних сил Збройних сил України) ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України» підготовлено десятки тисяч військовослужбовців та громадян, що на 40–50% поліпшило показники виживання поранених.



Рис. 4. Заходи щодо оптимізації Державної служби медицини катастроф

Висновки

Проведеними заходами створено всебічно збалансовану Службу, спроможну забезпечити суттєве поліпшення показників якості та доступності екстреної медичної допомоги усім громадянам, хто її потребує при НС. Створена служба відповідає вимогам світових стандартів та вимогам сьогодення, рівню розвитку нашого суспільства та перспективам інтеграції нашої країни в ЄС.

В умовах ведення гібридної війни удосконалені механізми військово-цивільного співробітництва в єдиній державній системі цивільного захисту, що суттєво впливає на національну безпеку та оборону України.

У результаті реалізації заходів спрямованих на оптимізацію Служби, за рахунок поліпшення охоплення навчанням із надання першої допомоги та підвищення рівня професіоналізму медичного персоналу, досягнуте зменшення показників смертності при наданні екстреної медичної допомоги в НС.

Література

1. Кодекс цивільного захисту України від 2 жовтня 2012 року № 5403-VI.
2. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 5 липня 2012 року № 5081-V.
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII.
4. Указ Президента України від 14.11.2014 р. № 880 «Про введення в дію рішення РНБО України від 04.11.2014 року «Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки».
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. № 343 «Про створення державної служби медицини катастроф».
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 827 «Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф».
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2002 р. № 174 «Про затвердження Програми розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002-2005 роки».
8. Постанова Кабінету Міністрів України від 05.11.2007 р. № 1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року».
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 11.05.2017 р. № 412 «Про створення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я».
10. Постанова Кабінету міністрів України від 31.10.2018 р. № 910 Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України».
11. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 р. № 383-р «Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги».
12. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 827 «Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф».
13. Постанова Кабінету Міністрів України від 9 січня 2014 р. №11 «Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту».
14. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 березня 2015 р. № 101 «Про затвердження типових положень про функціональну і територіальну підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту».
15. Постанова Кабінету Міністрів України від 8 липня 2015 р. № 469 «Про затвердження Положення про спеціалізовані служби цивільного захисту».
16. Постанова Кабінету Міністрів України від 6 червня 2018 р. № 450 «Про внесення змін до Положення про єдину державну систему цивільного захисту і Положення про Державну інспекцію ядерного регулювання України».
17. Наказ МОЗ України від 15.01.2014 № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».
18. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».
19. Спільний наказ МВС та МОЗ України від 03.04.2018 р. № 275/600 та зареєстровано в Мінюсті 19.04.2018 р. за № 479/3931 «Про затвердження Інструкції щодо організації взаємодії між Державною службою України з надзвичайних ситуацій і Міністерством охорони здоров'я України у разі виникнення надзвичайних ситуацій».
20. Спільний наказ МВС та МОЗ України МВС та МОЗ України від 16.08.2018 р. № 677/1503 «Про затвердження Порядку спільних дій сил цивільного захисту та закладів охорони здоров'я під час здійснення аеромедичної евакуації повітряними суднами Державної служби України з надзвичайних ситуацій», та зареєстровано в Мінюсті 30.10.2018 р. за № 12321/32681.
21. Наказ МОЗ України від 25.03. 2019 р. № 667 «Про затвердження Положення про функціональну підсистему медичного захисту населення»
22. Наказ МОЗ України від 12.06.2019 р. № 1349 «Про затвердження Положення про медичну спеціалізовану службу цивільного захисту», зареєстровано в Мінюсті України 09.07.2019 р. за № 758/33759.

23. Спільний наказ МО, МОЗ, МВС, СБУ та НАМН України від 13.05.2015 р. № 207/272/556/311/34, «Про утворення Військово-цивільного координаційного штабу медичної допомоги, зареєстровано у Міністерстві юстиції 04.06.2015 р. за 647/27092.

24. Печиборщ В.П., Волянський П.Б., Якимець В.М., Вороненко В.В., Хижняк М.І./ Медичний захист населення в надзвичайних ситуаціях в єдиній державній системі цивільного захисту./ Керівництво, «Видавництво Людмила» Київ-2019. 693 с.

25. Печиборщ В.П., Волянський П.Б., Якимець В.М., Вороненко В.В., Хижняк М.І., Перехрестенко О.В., Риженко С.А., Галаченко О.О./ Оптимізація діяльності державної служби медицини катастроф./ Керівництво І-ІІ томи, СПД Чалчинська Н.В. Київ-2019. 766 с.

References

1. Code of Civil Protection of Ukraine of October 2, 2012 № 5403-VI.
2. Law of Ukraine "On Emergency Medical Care" of July 5, 2012 № 5081-V.
3. Law of Ukraine "Fundamentals of the legislation of Ukraine on health care" of November 19, 1992 № 2801-XII.
4. Decree of the President of Ukraine dated 14.11.2014 № 880 "On entry into force of the decision of the National Security and Defense Council of Ukraine dated 04.11. 2014 "On urgent measures to ensure state security."
5. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of April 14, 1997 № 343 "On the establishment of the state service of disaster medicine".
6. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of July 11, 2001 № 827 "On approval of the Regulations on the State Service for Disaster Medicine".
7. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of February 15, 2002 № 174 "On approval of the Development Program of the State Disaster Medicine Service for 2002-2005".
8. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of November 5, 2007 № 1290 "On approval of the State program for the creation of a unified system of emergency medical care for the period up to 2010".
9. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 11.05.2017 № 412 "On the establishment of the Coordination Center for the organization of medical services of the defense forces and bodies and health care institutions.
10. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 31.10.2018 № 910 On approval of the Military Medical Doctrine of Ukraine ".
11. Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine of May 22, 2019 № 383-r "On approval of the Concept of development of the emergency medical care system."
12. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of July 11, 2001 № 827 "On Approval of the Regulations on the State Disaster Medicine Service".
13. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of January 9, 2014 №11 "On approval of the Regulations on the unified state system of civil protection."
14. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of March 11, 2015 № 101 "On approval of standard provisions on the functional and territorial subsystem of the unified state system of civil protection."
15. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of July 8, 2015 № 469 "On approval of the Regulation on specialized civil protection services".
16. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of June 6, 2018 № 450 "On Amendments to the Regulations on the Unified State Civil Protection System and the Regulations on the State Inspectorate for Nuclear Regulation of Ukraine".
17. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 15.01.2014 № 34 "On approval and implementation of medical and technological documents for standardization of emergency medical care".
18. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 05.06.2019 № 1269 "On approval and implementation of medical and technological documents for standardization of emergency medical care".
19. Joint Order of the Ministry of Internal Affairs and the Ministry of Health of Ukraine dated 03.04.2018 № 275/600 and registered in the Ministry of Justice on 19.04.2018 under № 479/3931 "On approval of the Instruction on the organization of interaction between the State Emergency Service of Ukraine and the Ministry of Health of Ukraine in case of emergencies".
20. Joint Order of the Ministry of Internal Affairs and the Ministry of Health of Ukraine of the Ministry of Internal Affairs and the Ministry of Health of Ukraine dated 16.08.2018 № 677/1503 "On approval of the Procedure for joint actions of civil defense forces and health care facilities », And registered in the Ministry of Justice on October 30, 2018 under № 12321/32681.
21. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 25.03. 2019 № 667 "On approval of the Regulations on the functional subsystem of medical protection of the population"
22. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 12.06.2019 № 1349 "On approval of the Regulations on the medical specialized civil protection service", registered in the Ministry of Justice of Ukraine on 09.07.2019 under № 758/33759.
23. Joint order of the Ministry of Defense, Ministry of Health, Ministry of Internal Affairs, Security Service of Ukraine and National Academy of Medical Sciences of Ukraine dated 13.05.2015 № 207/272/556/311/34 for 647/27092.

24. Pechyorsch V.P., Volyansky P.B., Yakymets V.M., Voronenko V.V., Khyzhnyak M.I. / Medical protection of the population in emergencies in a single state system of civil protection./Management, "Publishing Lyudmila" Kyiv-2019. 693 s.

25. Pechiborshch V.P., Volyansky P.B., Yakimets V.M., Voronenko V.V., Khyzhnyak M.I., Perekhrestenko O.V., Ryzhenko S.A., Galachenko O.O. / Optimization of the activity of the state service of catastrophe medicine./ Manual of I-II volumes, SPD Chalchynska NV Kyiv-2019. 766 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.03.2021 р.

Мета. Висвітлити позитивні аспекти в стані створеної моделі надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) в надзвичайних ситуаціях (НС) та шляхи оптимізації діяльності Державної служби медицини катастроф та функціональної підсистеми медичного захисту населення в єдиній державній системі цивільного захисту населення в нашій державі.

Матеріали та методи. У дослідженні використані нормативно-правові документи України, наукові публікації, матеріали науково-практичних конференцій. Дослідження здійснено за допомогою бібліографічного, аналітичного методів та системного підходу.

Результати. Проведений детальний аналіз нормативно-правового та матеріально-технічного забезпечення в процесі організації та надання ЕМД в НС в державі, визначені фактори позитивного та негативного впливу на результати діяльності.

Висновки. Проведеними заходами створено всебічно збалансовану Службу, спроможну забезпечити суттєве поліпшення показників якості та доступності екстреної медичної допомоги усім громадянам, хто її потребує при НС. Створена служба відповідає вимогам світових стандартів та вимогам сьогодення, рівню розвитку нашого суспільства та перспективам інтеграції нашої країни в ЄС.

Ключові слова: розвиток, Державна служба медицини катастроф, за незалежності.

Цель. Осветить положительные аспекты в состоянии созданной модели оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) в чрезвычайных ситуациях (ЧС) и пути оптимизации деятельности Государственной службы медицины катастроф и функциональной подсистемы медицинской защиты населения в единой государственной системе гражданской защиты населения в нашем государстве.

Материалы и методы. В исследовании использованы нормативно-правовые документы Украины, научные публикации, материалы научно-практических конференций. Исследование осуществлено с помощью библиографического, аналитического методов и системного подхода.

Результаты. Проведен детальный анализ нормативно-правового и материально-технического обеспечения в процессе организации и предоставления ЭМП в ЧС в государстве, определенные факторы положительного и отрицательного влияния на результаты деятельности.

Выводы. Проведенными мероприятиями создано всесторонне сбалансированную Службу, способную обеспечить существенное улучшение показателей качества и доступности экстренной медицинской помощи всем гражданам, нуждающимся при ЧС. Создана служба отвечает требованиям мировых стандартов и требованиям, уровню развития общества и перспективам интеграции нашей страны в ЕС.

Ключевые слова: развитие, Государственная служба медицины катастроф, при независимости.

Goal. Highlight the positive aspects of the established model of emergency medical care (EMD) in emergencies (EM) and ways to optimize the activities of the State Disaster Medicine Service and the functional subsystem of medical protection in a single state system of civil protection in our country.

Materials and methods. The study uses legal documents of Ukraine, scientific publications, materials of scientific and practical conferences. The research was carried out using bibliographic, analytical methods and a systematic approach.

Results. A detailed analysis of regulatory and legal and logistical support in the process of organizing and providing EMD in emergencies in the country, identified factors of positive and negative impact on performance.

Conclusions. The measures taken have created a comprehensively balanced Service, able to significantly improve the quality and availability of emergency medical care to all citizens who need it in an emergency. The created service meets the requirements of world standards and the requirements of today, the level of development of our society and the prospects of our country's integration into the EU.

Key words: development, State Disaster Medicine Service, for independence.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Тодуров Іван Михайлович – д.мед.н., професор, директор Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України». 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз. 22.

Печиборщ Вячеслав Петрович – д.мед.н., професор, завідувач відділу науково-організаційної роботи та інформації Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України». 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз. 22.
vyacheslav.pechiborshch@gmail.com.

Якимець Володимир Миколайович – д.мед.н., професор, заступник директора з науково-організаційної роботи та методичної роботи Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України». 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз. 22.
carpus54@ukr.net.

Волянський Петро Борисович – д.н.держ.упр., професор, в.о. начальника Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту, м. Київ, вул. Вишгородська 21.
iduscz.kyiv@dsns.gov.ua.

Вороненко Володимир Васильович – д.мед.н., професор, заступник директора Державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я» 04050, м. Київ, вул. Юрія Іллєнка, 24.
woronenko.volodymyr@gmail.com.

Перехрестенко Олександр Васильович – д.мед.н., старший дослідник, заступник директора з наукової роботи Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України». 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз. 22.

Качур Олександр Юрійович – д.мед.н., професор кафедри клінічних дисциплін Міжнародного Європейського Університету; 03187 проспект Академіка Глушкова, 42-В, м. Київ, Україна.

Ніконенко Алла Володимирівна – заступник головного лікаря з поліклінічної роботи Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України». 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз. 22.

Якимець Володимир Володимирович – к.мед.н., начальник центру превентивної медицини МВС України.

Печиборщ Олександр В'ячеславович – начальник відділення Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь».

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240801
УДК 616.31-089:614.21:616.98(477)

Лисенко О.С., Вежновець Т.А.

Стан хірургічної стоматологічної допомоги в Україні за умов пандемії COVID-19

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

dr.alex.lysenko@gmail.com, taveg1962@gmail.com

Лысенко А.С., Вежновец Т.А.

Состояние хирургической стоматологической помощи в Украине в условиях пандемии COVID-19

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

Lysenko O.S., Vezhnovets T.A.

Surgical dental care state of Ukraine in the COVID-19 pandemic context

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Вступ

Хірургічна стоматологія розділ стоматологічної науки, що включає завдання по діагностиці, лікуванню та профілактиці захворювань одонтогенного та неодонтогенного походження щелепно-лицевої ділянки [1]. Позаяк основною причиною втрати зубів в Україні залишається карієс і його ускладнення [2], то соціально-медична значущість цієї спеціальності є високою.

В Україні хірургічна стоматологічна допомога надається широкою мережею амбулаторних і стаціонарних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) різних форм власності. Однак, за ЗОЗ державного та комунального сектору зберігається монополія на стаціонарне лікування. Протягом останнього десятиліття мережа комунальних/державних стоматологічних закладів постійно зменшується [3,4], знижується і ліжковий фонд стоматологічного профілю [5], визначається негативна тенденція щодо кількості первинних відвідувань стоматологів і зубних лікарів [6,7] та профілактичної санації ротової порожнини [2].

Наприкінці 2019 році світ вперше зіткнувся з новою глобальною проблемою, інфекційною хворобою, що викликається коронавірусом SARS-CoV-2. Розповсюдження якого спонукало ВООЗ оголосити пандемію коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) і визнала її як надзвичайна ситуація в галузі міжнародної охорони здоров'я.

11 березня 2020 року Кабінетом Міністрів України запроваджено перші карантинні обмеження у зв'язку зі збільшенням кількості інфікованих [8], а уже відповідною постановою прийнятою на позачерговому засіданні Уряду від 4 травня 2020 ЗОЗ усіх форм власності заборонялось проведення планових заходів з госпіталізації та планових операцій, крім чітко окреслених випадків ургентної хірургічної допомоги, паліативного лікування онкологічних захворювань, роботи мережі пологових відділень тощо [9]. Під час карантину 2020 року ряд

щелепно-лицевих відділень багатoproфільних лікарень тимчасово було переведено до потреб лікування хворих на COVID-19 або до резерву. Суттєві обмеження виникли й у ланці амбулаторно-поліклінічної стоматологічної допомоги: зросли витрати на додатковий специфічних індивідуальний захист співробітників [10,11]; зросли затрати часу пов'язані з додатковою дезінфекцією приміщень та обладнання [12,13]; тимчасово змінився маршрут хворого [11,12]; за ознак респіраторних уражень спостерігалась відмова у проведенні планових оперативних втручань [14,15].

Метою дослідження став аналіз стоматологічної, та зокрема, хірургічного напрямлення, допомоги в Україні за умов надзвичайної ситуації в галузі охорони здоров'я спричиненої пандемією COVID-19 упродовж 2020 року.

Матеріали та методи

Для аналізу використані офіційно представлені результати раніше опублікованих наукових робіт [2,5,6], статистичні звіти за звітними формами №17, №20, №47 державного закладу (ДЗ) «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» ЗОЗ усіх форм власності областей України та м. Києва у 2019–2020 роках.

Проаналізовано мережу ЗОЗ, що надають стоматологічну допомогу, кадрове забезпечення відповідними спеціалістами, ліжковий фонд стоматологічного профілю. Проведено порівняльне зіставлення основних показників терапевтичної, хірургічної та профілактичної стоматологічної допомоги, показників роботи стаціонарів ЗОЗ державної/комунальної власності, інших відомств та приватних структур (абсолютні числа і відносні на 10 тис. населення). Розрахунок відносних величин здійснювали від чисельності населення областей і м. Києва за офіційними даними Державної служби статистики України станом на перше січня 2020 і 2021 року.

Статистична обробка проведена за допомогою варіаційного аналізу та парного t-тесту, критерію узгодженості Пірсона, застосовані методи групування, узагальнення і порівняння. Використаний пакет програмного забезпечення Statistica 10.1 (StatSoft Inc., США). Результати визначались статистично значущими при $p < 0,05$. Усі середні величини представлені у форматі: середнє \pm стандартне відхилення.

Результати дослідження та їх обговорення

Структура стоматологічних ЗОЗ

За даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» на 31.12.2020 року у системі МОЗ України функціонувало 1355 закладів стоматологічного профілю, що надавали амбулаторну хірургічну допомогу, з них 168 самостійні стоматологічні поліклініки (133 дорослі, 12 для дітей, 5 у вищих навчальних медичних закладах і науково-дослідних інститутах, 18 госпрозрахункових), та 1187 ЗОЗ які мають бюджетні та госпрозрахункові стоматологічні відділення або кабінети (центральні районні лікарні, районні лікарні, дільничні лікарні, сільські амбулаторії та ЗОЗ, що мають госпрозрахункові стоматологічні відділення). За 2020 рік кількість цих ЗОЗ скоротилась на 4,2% порівнюючи зі станом на 2019 рік, коли нараховувалось 1413 закладів стоматологічної допомоги в ЗОЗ державної та комунальної власності.

У 2019 році функціонував 4861 стоматологічний приватний ЗОЗ. А на 31.12.2020 року в Україні зареєстровано 617 самостійних стоматологічних поліклінік і 4467 окремих стоматологічних кабінетів приватної форми власності (5084 загальна кількість приватних закладів). Спостерігається збільшення кількості ЗОЗ приватної власності на 4,4%.

Ліжковий фонд та його забезпеченість

Згідно зі статистичними даних у ЗОЗ державної та комунальної власності у 2020 році ліжковий фонд становив 1106 ліжок стоматологічного профілю, зокрема 945 ліжок для дорослих і 161 ліжко для дітей. Порівнюючи з минулим роком визначено зниження загального ліжкового фонду на 223 ліжка (16,8%) завдяки фонду для дорослого населення, дитячий ліжковий фонд зріс на 10,3% (у 2019 році – 146 ліжок). Із загальної кількості ліжок, 47,2% розгорнуто у 23 обласних лікарнях, 19,9% – у 11 міських лікарнях, 2,7% – у 3 центральних районних лікарнях, решта у лікарнях швидкої медичної допомоги.

Забезпеченість стоматологічними ліжками для дорослих у 2020 році знизилась до 0,23 на 10 тис. населення, минулого року – 0,28, але забезпеченість стоматологічними ліжками для дітей, зросла до 0,21, як порівняти з 0,19 (у 2019 році) на 10 тис. населення віком до 17 років включно. Середнє число днів зайнятості стоматологічного ліжка становило 215 днів, що менше на 82 дні за показник 2019 року. Середнє перебування дорослого хворого скоротилось до 7,5 дня, у 2019 році – 8,3 дня. Для дітей віком до 17 років середнє число днів зайнятості ліжка редукувало майже вдвічі до 187 днів проти минулого року, коли складало 347 днів, середнє

перебування хворої дитини на ліжку – 3,46 дня (2019 рік – 4,73 дня).

Кадрове забезпечення лікарями стоматологами-хірургами

Згідно зі статистичними даними у ЗОЗ державної та комунальної власності у 2020 році працював 12601 спеціаліст стоматологічного профілю (15365 у 2019 році), у тому числі 1527 стоматологів-хірургів (1600 у 2019 році), що демонструє подальшу негативну тенденцію у зменшенні кадрів стоматологічного профілю бюджетного/комунального сектору. За рік загальна кількість стоматологів усіх спеціальностей скоротилась на 18%.

У 2020 році забезпеченість спеціалістами стоматологічного профілю, які працюють у ЗОЗ державної та комунальної форми власності, становила 3,04 на 10 тис. населення, а стоматологами-хірургами – 0,38. Визначається істотне зниження забезпеченості лікарями у порівнянні з 2019 роком: усіх стоматологічних спеціальностей – 3,68 на 10 тис. населення та стоматологами-хірургами 0,37. При цьому питома вага стоматологів-хірургів збільшилась до 12% (у 2020 році) проти 9% минулих років.

У ЗОЗ приватної власності у 2019 році працювали 8595 лікарів стоматологічного профілю, зокрема, стоматологів-хірургів – 483. У 2020 загальна кількість лікарів стоматологів зросла на 3,8% до 8940, а кількість стоматологів-хірургів – 521.

У структурі лікарів-стоматологів переважну більшість становили лікарі-стоматологи ЗОЗ державної та комунальної власності (56,8%). Водночас питома вага лікарів-стоматологів приватних ЗОЗ складала 40,3%, у структурах інших міністерств й відомств працювало 2,9% від усіх лікарів-стоматологів.

Основні показники стоматологічної допомоги

Поряд із впровадженням нових медичних стандартів лікування стоматологічної патології, заснованої на принципах доказової медицини, покращенням якості лікування зубів, захворювань пародонта й уражень слизової оболонки ротової порожнини, особлива увага має звертатись на профілактичні заходи. Вагоме місце посідає профілактична робота серед населення: проведення регулярних профілактичних оглядів, організація профілактичних оглядів дітей у навчальних закладах, планова санація, запровадження системи гігієнічного навчання тощо.

За 2020 рік кількість первинних відвідувань стоматологів і зубних лікарів у комунальних і державних ЗОЗ, інших відомств та приватних установ складала 2528,6 на 10 тис. населення, значно поступаючись (на 38,2%) показнику 2019 року – 4093,3 на 10 тис. населення. Що може бути пояснено низьким зверненням за стоматологічною допомогою, держаними карантинними обмеженнями, економічними чинниками й погіршенням соціального стану населення. При цьому, сановано в порядку планової санації та за зверненням лише 14,1% від усього населення, у 2019 році – 23,3%.

Щодо профілактичної роботи, то серед дитячого (віком до 17 років включно) і дорослого населення України, планово оглянуті 4218399 осіб, питома вага яких складала 10,1% від усього населення, минулого року – 8867068 осіб, відповідно 21,1% від усього населення. 3-поміж оглянутих у порядку планової санації питома вага тих, що потребували санації у 2020 році складала 58%, з їхньої кількості повністю сановано 70%, що можуть бути порівняні до показників 2019 року – 53% та 74% відповідно.

При цьому, під час пандемії COVID-19 у 2020 році, питома вага пролікованих зубів з ускладненим карієсом від загальної кількості складала 29,3% (у 2019 році – 27,1%). А загальна кількість пролікованих зубів із карієсом – 3243,5 на 10 тис. населення, проти 5213,9 – у 2019 році, що за абсолютними числами майже на 1/3 менше.

На 33,2% знизилась і кількість осіб, котрим проведено повний курс лікування захворювань пародонта: у 2019 році – 772455, відповідно 183,3 на 10 тис. населення; у 2020 році – 515606, відповідно 123,1 на 10 тис. населення. Така ж тенденція спостерігалась, щодо проведення курсу лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота: 60,8 на 10 тис. населення у 2020 році (91,4 – у 2019 році), редукція 33,5%.

Оперативні втручання видалення зубів і коренів, встановлення дентальних імплантатів

Дотримання високого рівня стоматологічного здоров'я серед населення є важливою медичною і соціальною проблемою. Ускладнення карієсу залишається головною причиною втрати зубів – не лише естетичної, а і функціональної проблеми. Отже, вторинній профілактиці карієсу варто відводити особливу увагу. Стоматологами-хірургами залучається увесь спектр сучасних підходів до видалення зруйнованих зубів і інфікованих коренів: просте, складне, атипове та атраматичне. Однак, максимальне збереження зубів є необхідною умовою зміцнення стоматологічного здоров'я з точки зору доказової медицини.

В амбулаторно-поліклінічних стоматологічних закладах України незалежно від форми власності зареєстровано тенденцію до суттєвого зниження кількості видалених зубів і коренів (-32,3%): у 2019 році – 4819210, відповідно 1143,3 на 10 тис. населення; у 2020 році – 3244411, відповідно 774,3 на 10 тис. населення. У середньому по усім адміністративно-територіальним одиницям України за умов пандемії COVID-19 було видалено $824,7 \pm 272,0$ на 10 тис. населення зубів і коренів, що статистично значимо менше ($p < 0,001$) за показник минулого 2019 року – $1224,5 \pm 410,2$. Що може бути пояснено перевагою технологій лікування зубів, зокрема зубозберігаючих хірургічних методів. Крім того, обумовлено карантинними обмеженнями зменшилась кількість звернень і планових хірургічних санацій ротової порожнини.

У 2020 році найбільша кількість видалених зубів і коренів у Чернігівській (1565,4 на 10 тис. населення – проте, на 23,6% нижче за 2019 рік), Кіровоградській (1285,3 на 10 тис. населення – проте, на 37,3% нижче за

2019 рік), Полтавській (1198,8 на 10 тис. населення – проте, на 43,0% нижче за 2019 рік) областях. Найнижчі показники займають західні регіони – Івано-Франківська (492,4 на 10 тис. населення – на 52,8% нижче за 2019 рік), Закарпатська (461,1 на 10 тис. населення – на 43,1% нижче за 2019 рік) області та Луганська (396,2 на 10 тис. населення – на 15,6% нижче за 2019 рік) область. У всіх регіонах України визначено негативний темп приросту (рис. 1). Лише у Тернопільській області зафіксовано зростання кількості видалених зубів і коренів на 1,9% за 2020 рік.

Статистичні дані щодо питомої ваги показань до видалення зубів і коренів наведені на рис. 2. У їхній структурі питома вага різних форм ускладненого карієсу продовжує переважати. Упродовж 2019–2020 років не визначено суттєвих змін відносно структури втрати зубів через захворювання пародонта або ортодонтичні показання ($p > 0,05$).

Однак, визначено тенденцію до збільшення кількості встановлених дентальних імплантатів на 7,7%: у 2020 році – 6,21 на 10 тис. населення, а у 2019 році – 5,73 на 10 тис. населення. Найбільший абсолютний приріст у Запорізькій (на 2006 одиниць) та Житомирській (853 одиниць) областях, проте вагома редукція у м. Києві (-27,6%).

Оперативні втручання на щелепно-лицевій ділянці та ротовій порожнині в амбулаторних умовах

Стоматологами-хірургами України повною мірою забезпечується увесь комплекс висококваліфікованої амбулаторної допомоги: діагностика та лікування гострих і хронічних запальних процесів, пухлин та пухлиноподібних утворень, травматичних уражень різної етіології ротової порожнини та прилеглих тканин; хірургічне лікування хвороб пародонта; здійснюється необхідна підготовка до протезування та/або встановлення дентальних імплантатів.

Згідно зі статистичними даними МОЗ України за рік зменшилась (-21,2%) сумарна кількість амбулаторних оперативних втручань на щелепно-лицевій ділянці та ротовій порожнині: у 2019 році було виконано 306609 хірургічних операцій, відповідно 72,7 на 10 тис. населення; у 2020 – 241642, відповідно 57,7 на 10 тис. населення. При визначенні середніх показників по Україні виявлено статистично значущу відмінність ($p < 0,001$): у 2020 році середній показник становив $58,4 \pm 33,3$ на 10 тис. населення оперативних втручань; а у 2019 році – $72,4 \pm 41,4$.

У амбулаторно-поліклінічних стоматологічних ЗОЗ різних форм власності за 2020 рік найбільшу кількість оперативних втручань на щелепно-лицевій ділянці та ротовій порожнині проведено у Полтавській (138,7 на 10 тис. населення – проте, на 9,3% нижче за 2019 рік), Харківській (111,7 на 10 тис. населення – проте, на 20,0% нижче за 2019 рік) і Житомирській (107,7 на 10 тис. населення – проте, на 9,4% нижче за 2019 рік) областях. Найнижча хірургічна активність спостерігалась у Тернопільській (6,8 на 10 тис. населення – на 45,8% нижче за 2019 рік) та Луганській (6,2 на 10 тис. населення – на

8,5% нижче за 2019 рік) областях. Максимальне падіння темпів приросту амбулаторних операцій, як порівняти з 2019 роком, відбулась у західних регіонах: Івано-Франківській (-47,6%) та Тернопільській (-45,8%)

областях. Однак, на 43,2% збільшилась кількість оперативних втручань в амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ Закарпатської області (рис. 3).

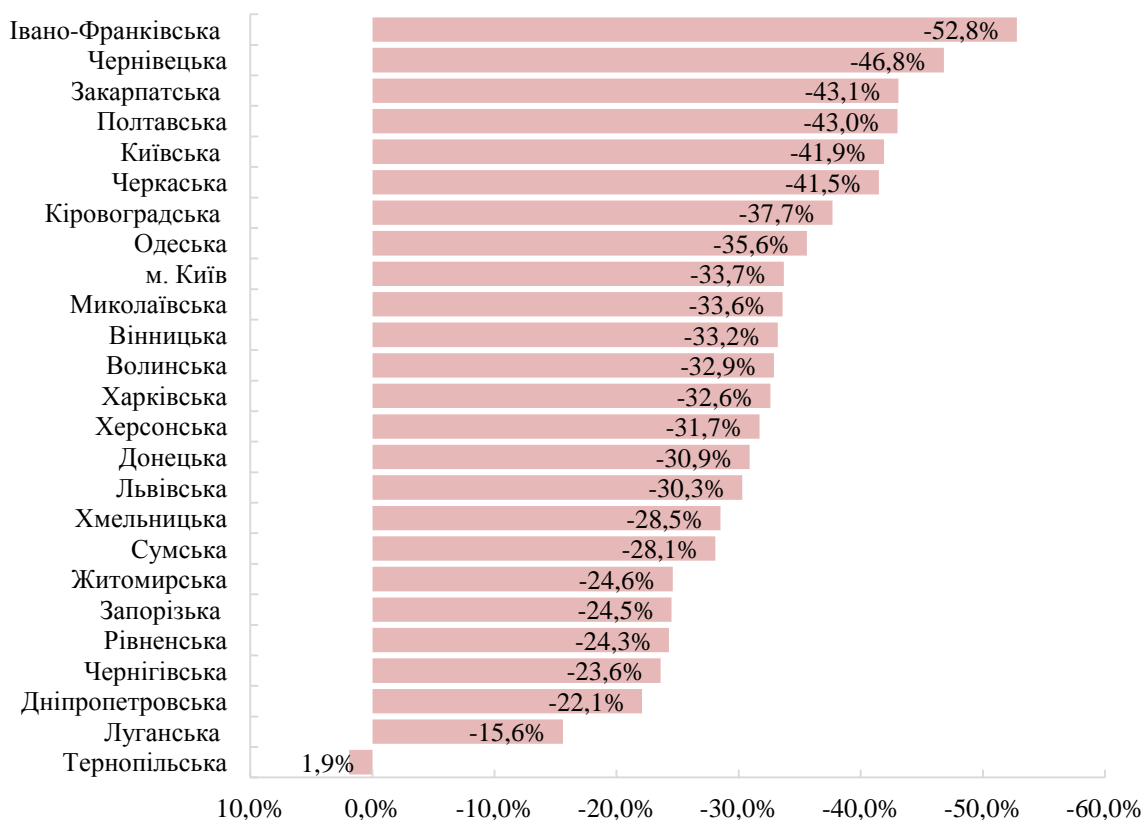


Рис. 1. Регіональні темпи приросту (у %) кількості видалених зубів і коренів (на 10 тис. населення) у 2020 році

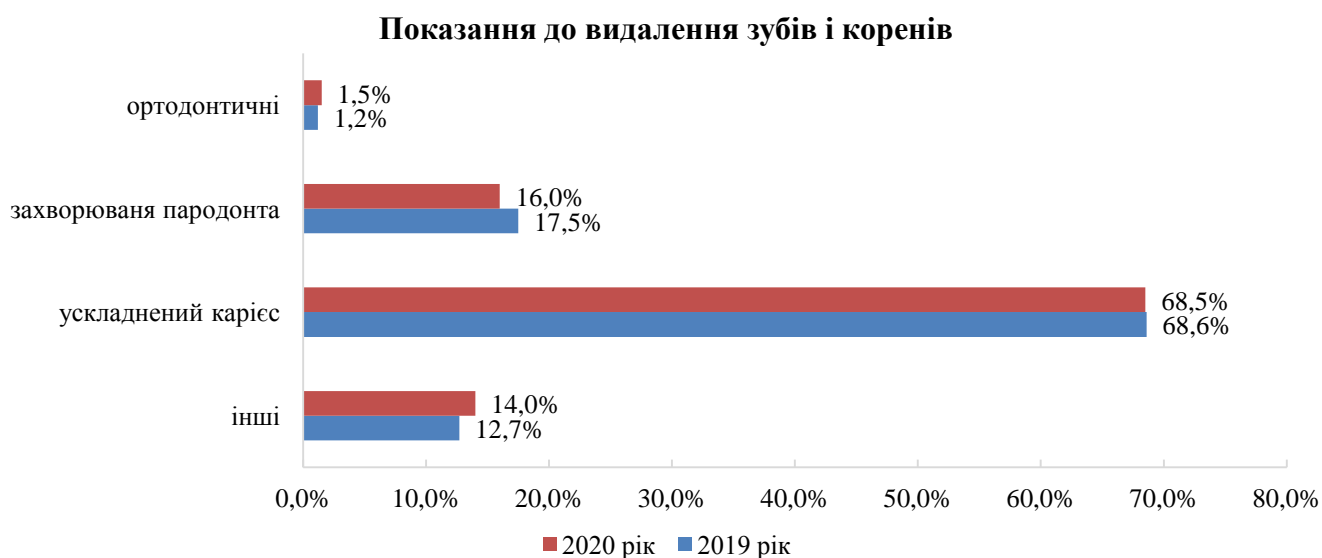


Рис. 2. Питома вага видалення зубів та коренів у залежності від причини у 2019–2020 роках ($p > 0,05$)

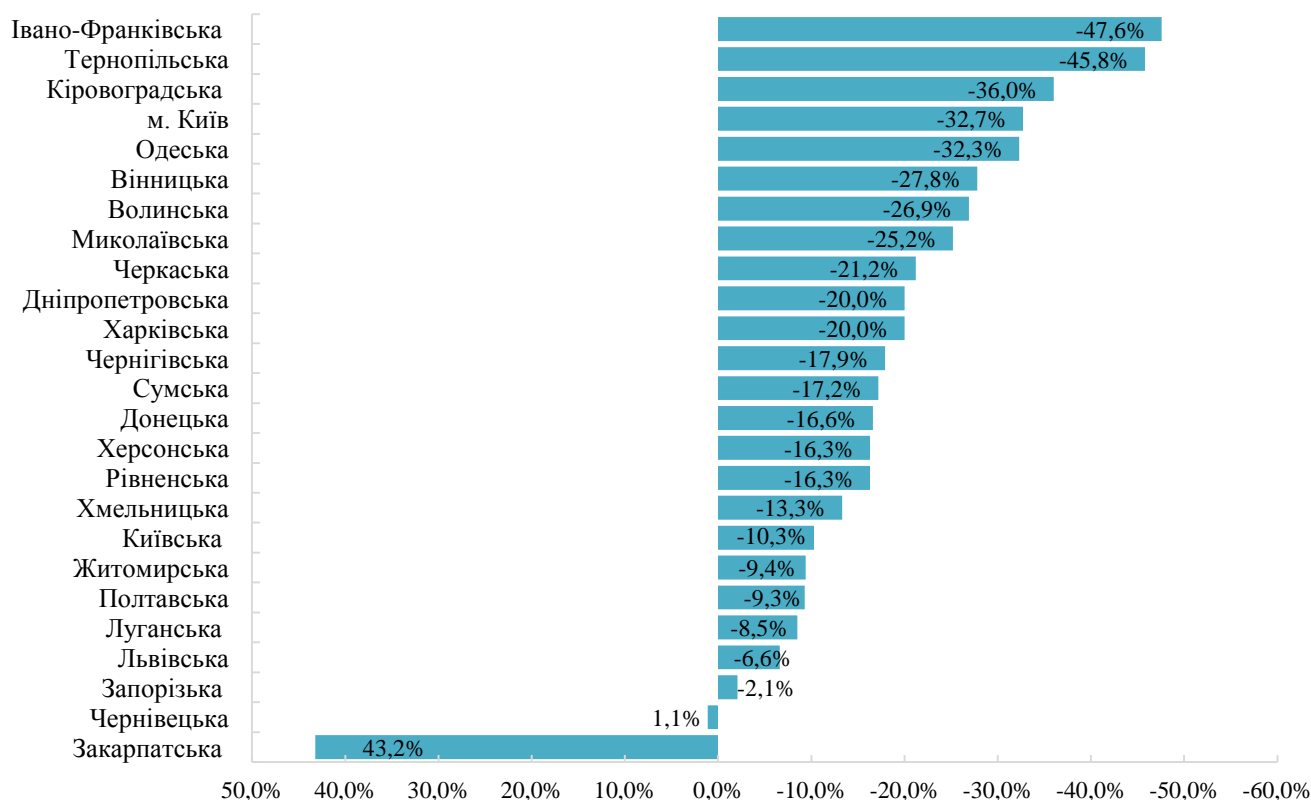


Рис. 3. Регіональні темпи приросту (у %) кількості оперативних втручань на щелепно-лицевій ділянці та ротовій порожнині (на 10 тис. населення) в амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ у 2020 році

Як і до пандемії COVID-19 (рис. 4) у структурі амбулаторних оперативних втручань переважали хірургічні операції через гострі запальні процеси – 33,2 на 10 тис. населення (57,6%). Кількість оперативних втручань з приводу хвороб тканин пародонта, травматичних уражень, реконструктивно-відновних і пластичних

операцій (різні форми кісткової та м'якотканинної пластики) становила 15,3 на 10 тис. населення (26,5%). Найнижчу кількість хірургічних операцій було виконано з приводу пухлин та пухлиноподібних утворень щелепно-лицевій ділянці та ротовій порожнині – 2,9 на 10 тис. населення (5,1%) від загальної кількості.

Структура стоматологічних хірургічних операцій

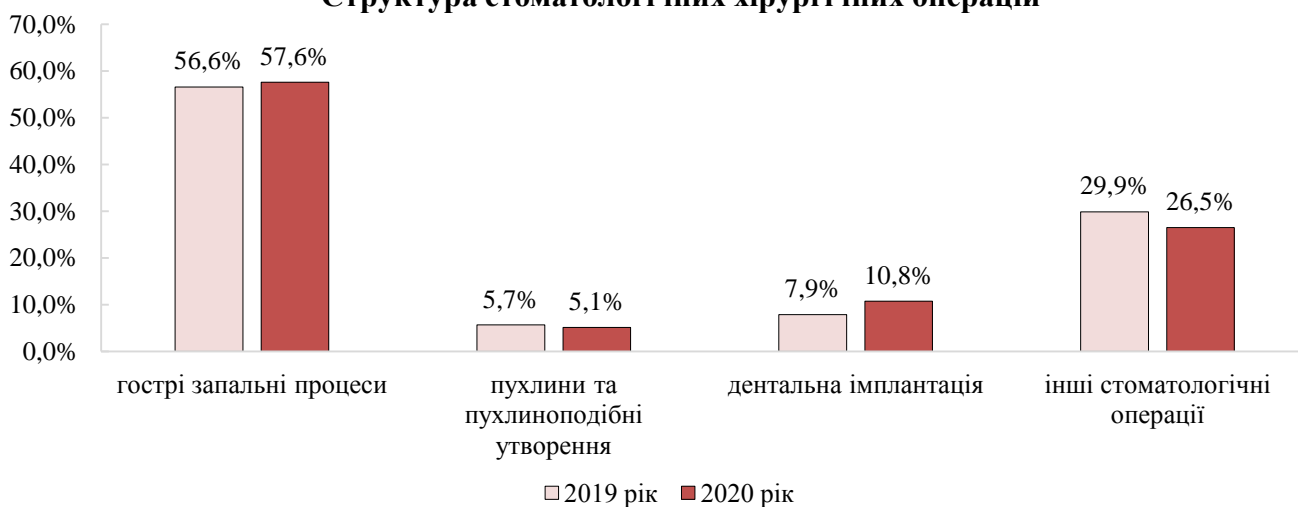


Рис. 4. Питома вага оперативних втручань на щелепно-лицевій ділянці та ротовій порожнині в амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ різних форм власності у 2019–2020 роках (p>0,05)

Стационарна хірургічна допомога через хвороби ротової порожнини, слинних залоз і щелеп

Стационарне хірургічне лікування – високоспеціалізована стоматологічна хірургічна допомога, що надається у специфічних умовах лікувального закладу, у багатьох випадках багатопрофільного, та потребує мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування патології органів щелепно-лицевої ділянки, ротової порожнини, великих слинних залоз і щелеп. Висока кваліфікація стационарних стоматологів-хірургів у поєднанні з сучасним діагностичними можливостями (ангіографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія тощо) дозволяє ефективно виявляти, а разом з анестезіологічним забезпеченням, і лікувати вродженні, пухлинні, травматичні та запальні ураження різного ступеня важкості.

У стационарних хірургічних закладах зі стоматологічним ліжковим фондом ЗОЗ державної та комунальної власності у 2020 році було проліковано 38816 хворих, у тому числі 8400 дітей віком до 17 років включно, що на 8,6% менше за кількість у 2019 році (42478 дорослих і 9750 дітей віком до 17 років включно). За час пандемії COVID-19 у 2020 році на 26,5% знизилась кількість госпіталізацій: за 2019 рік поступило 52126 хворих; за 2020 рік – 38335.

За даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» суттєво понизилась (-22,7%) кількість операцій через хвороби ротової порожнини, слинних залоз і щелеп

у ЗОЗ різних форм власності: у 2020 році проведено 31916 хірургічних втручань (7,6 на 10 тис. населення), у тому числі 7966 дітям до 17 років включно; у 2019 році – 41274 (9,8 на 10 тис. населення), у тому числі 9918 дітям до 17 років включно. Питома вага операцій виконаних сільським жителям не зазнала істотних змін: у 2020 році складала 23,7% від кількості оперованих, а у 2019 році – 24,4%. При визначенні середніх показників стационарних оперативних втручань по Україні у 2019 (9,1±6,6 операції) та 2020 (6,9±5,2 операції) роках виявлено статистично значущу відмінність ($p < 0,001$).

Найбільшу кількість операцій з приводу хвороб ротової порожнини, слинних залоз і щелеп у 2020 році виконано у Харківській (19,4 на 10 тис. населення – проте, на 21,3% нижче за 2019 рік), Вінницькій (17,2 на 10 тис. населення – проте, на 17,7% нижче за 2019 рік), Дніпропетровській (15,5 на 10 тис. населення – проте, на 13,1% нижче за 2019 рік) областях та м. Києві (11,2 на 10 тис. населення – проте, 27,4% нижче за 2019 рік), найнижча хірургічна активність визначена у Сумській (0,5 на 10 тис. населення – на 35,1% нижче за 2019 рік) та Івано-Франківській (0,7 на 10 тис. населення – на 36,3% нижче за 2019 рік) областях. Найбільша редукція стационарних оперативних втручань за умов пандемії COVID-19 відбулась у Рівненській (на 55,0%), Черкаській (на 48,4%) та Одеській (на 38,8%) областях. Проте, у Полтавській області на 34,8% зросла кількість таких операцій – 8,9 на 10 тис. населення у 2020 році проти 6,6 на 10 тис. населення у 2019 році (рис. 5).

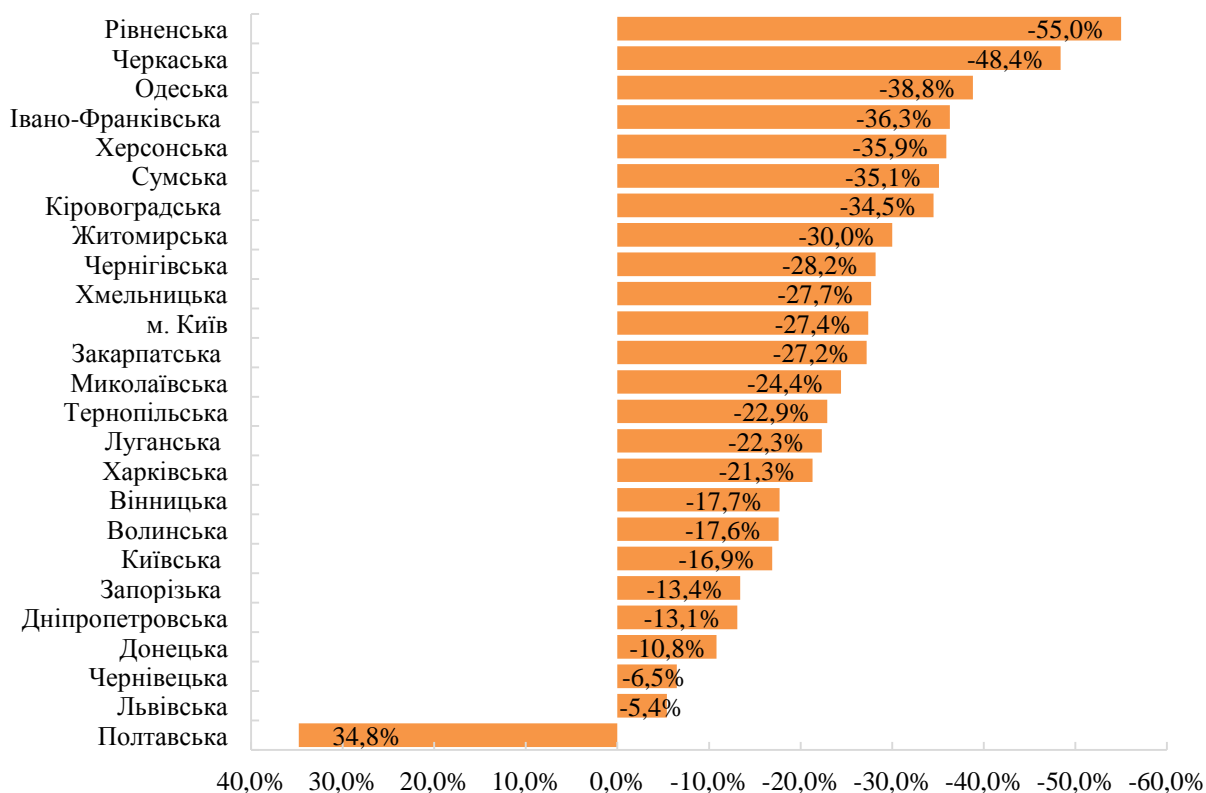


Рис. 5. Регіональні темпи приросту (у %) кількості стационарних операцій через хвороби ротової порожнини, слинних залоз і щелеп (на 10 тис. населення) у 2020 році

У відділеннях лікарень ЗОЗ державної та комунальної власності зі стоматологічними ліжками смертність у 2020 році зросла до 0,1% стосовно кількості госпіталізованих хворих проти 0,05% у 2019 році. Під час пандемії COVID-19 смертність оперованих хворих у стаціонарних умовах ЗОЗ різних форм власності не зазнала змін і складала 0,12 на 100 хворих (0,11 у 2019 році). Смертності серед дітей віком до 17 років не зареєстровано.

Перспективи подальших досліджень

Подальше вивчення негативних впливів пандемії COVID-19 на інші ланки стоматологічної допомоги в Україні дозволить удосконалити організацію стоматологічної допомоги за умов надзвичайних ситуацій в галузі охорони здоров'я.

Висновки

Умови надзвичайної ситуації охорони здоров'я спричиненою у 2020 році пандемією коронавірусної хвороби 2019 негативно позначились на забезпеченні стоматологічної допомоги населенню України у цілому.

Визначено різке погіршення показників профілактичної та лікувальної стоматологічної допомоги ЗОЗ різних форм власності. Кількість первинних відвідувань скоротилась на 38,2%, на 1/3 скоротились обсяги планової санації та у 2 рази кількість планових оглядів, знижено обсяги лікування патології пародонта та слизових оболонок ротової порожнини відповідно на

33,2% і 33,5%, на 1/3 зменшено кількість пломбованих зубів, а питома вага пролікованих зубів з ускладненим каріесом зросла до 29,3%.

Впродовж пандемії COVID-19 у 2020 році на 22,7% понижено кількість стоматологічних оперативних втручань в амбулаторно-поліклінічних закладах ($p < 0,001$). При цьому, у структурі показань до хірургічного лікування продовжують переважати гострі запальні процеси та видалення зубів і коренів унаслідок ускладнення карієсу. Стоматологічною хірургічною допомогою були більш забезпечені урбанізовані й індустріально розвинуті регіони України. Серед позитивних тенденцій слід зазначити значуще пониження відносних показників загальної кількості видалення зубів і коренів ($p < 0,001$) та на 7,7% збільшення абсолютної кількості встановлених дентальних імплантатів.

Одночасно у 2020 році, із пониженням кількості госпіталізацій до відділень щелепно-лицевої хірургії на 26,5%, відбулось істотне скорочення стаціонарних оперативних втручань ($p < 0,001$), як серед дорослого, так і дитячого населення (віком до 17 років включно). Найбільшу кількість операцій через хвороби ротової порожнини, слинних залоз і щелеп виконано у регіонах з потужними школами щелепно-лицевої хірургії. Суттєво скорочено число днів зайнятості стоматологічного ліжка та середні терміни перебування на ньому дорослих і дитячого віку хворих.

Отриманні дані можуть бути використані для майбутнього планування та реорганізації хірургічної стоматологічної допомоги України, особливо за умов надзвичайних ситуацій в галузі охорони здоров'я.

Література

1. Маланчук ВО, Воловар ОС, Гарляускайте ІЮ. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник. Київ: Логос; 2011; 1. 672 с.
2. Мазур ІП, Вахненко ОМ. Моніторинг основних показників стоматологічної допомоги в Україні за 2019 рік. *Oral and General Health*. 2020;1(1):10-15. doi: 10.22141/ogh.1.1.2020.214841.
3. Чопчик ВД. Доступність стоматологічної допомоги та шляхи її підвищення в Україні. *Актуальные проблемы транспортной медицины*. 2019;4(58):96-103.
4. Возний ОВ, Германчук СМ, Струк ВІ, Біда ВІ, Погоріла АВ. Стан і перспективи розвитку стоматологічної допомоги населенню України. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2019;12(2):228-234. doi: 10.14739/2409-2932.2019.2.171248.
5. Вороненко ЮВ, Мазур ІП, Павленко ОВ. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2018 рік: довідник. Кропивницький: Поліум; 2019. 176 с.
6. Чопчик ВД, Орлова НМ. Аналіз стану стоматологічної допомоги населенню м. Києва у медичних закладах комунальної та державної форм власності. *Україна. Здоров'я нації*. 2019;1(54):120-125.
7. Удод ОА, Вороніна ГС, Рубайло ВВ. Ретроспективний аналіз деяких показників стоматологічної допомоги населенню індустріального міста. *Вісник проблем біології і медицини*. 2018;4(1):318-321. doi: 10.29254/2077-4214-2018-4-1-146-318-321.
8. Постанова КМ № 211 від 11.03.2020 «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2». *Офіційний вісник України*. 2020;23:296.
9. Постанова КМ № 332 від 04.05.2020 «Про внесення змін до пункту 8 постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211». *Офіційний вісник України*. 2020;38:75.
10. Kramer KJ. The COVID-19 Pandemic and Its Impact on Dentistry. *Anesth Prog*. 2020 Jun 1;67(2):65-66. doi: 10.2344/anpr-67-02-14.
11. Odeh ND, Babkair H, Abu-Hammad S, Borzangy S, Abu-Hammad A, Abu-Hammad O. COVID-19: Present and Future Challenges for Dental Practice. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 30;17(9):3151. doi: 10.3390/ijerph17093151.

12. Ren YF, Rasubala L, Malmstrom H, Eliav E. Dental Care and Oral Health under the Clouds of COVID-19. *JDR Clin Trans Res.* 2020 Jul;5(3):202-210. doi: 10.1177/2380084420924385.
13. Barca I, Cordaro R, Kallaverja E, Ferragina F, Cristofaro MG. Management in oral and maxillofacial surgery during the COVID-19 pandemic: Our experience. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2020 Jul;58(6):687-691. doi: 10.1016/j.bjoms.2020.04.025.
14. Coulthard P, Thomson P, Dave M, Coulthard FP, Seoudi N, Hill M. The COVID-19 pandemic and dentistry: the clinical, legal and economic consequences – part 2: consequences of withholding dental care. *Br Dent J.* 2020 Dec;229(12):801-805. doi: 10.1038/s41415-020-2406-9.
15. Banakar M, Bagheri Lankarani K, Jafarpour D, Moayedi S, Banakar MH, MohammadSadeghi A. COVID-19 transmission risk and protective protocols in dentistry: a systematic review. *BMC Oral Health.* 2020 Oct 8;20(1):275. doi: 10.1186/s12903-020-01270-9.

References

1. Malanchuk VO, Volovar OS, Harlyauskayte IYU. *Khirurgichna stomatolohiya ta shchelepno-lytseva khirurgiya: pidruchnyk.* Kyiv: Lohos; 2011;1. 672 s. [In Ukrainian].
2. Mazur IP, Vakhnenko OM. *Monitorynh osnovnykh pokaznykiv stomatolohichnoyi dopomohy v Ukrayini za 2019 rik.* *Oral and General Health.* 2020;1(1):10-15. doi: 10.22141/ogh.1.1.2020.214841. [In Ukrainian].
3. Chopchuk VD. *Dostupnist' stomatolohichnoyi dopomohy ta shlyakhy yiyi pidvyshchennya v Ukrayini.* *Aktual'nye problemy transportnoy medytsyny.* 2019;4(58):96-103. [In Ukrainian].
4. Voznyy OV, Hermanchuk SM, Struk VI, Bida VI, Pohorila AV. *Stan i perspektyvy rozvytku stomatolohichnoyi dopomohy naseleennyu Ukrayiny.* *Aktual'ni pytannya farmatsevtichnoyi i medychnoyi nauky ta praktyky.* 2019;12(2):228-234. doi: 10.14739/2409-2932.2019.2.171248. [In Ukrainian].
5. Voronenko YUV, Mazur IP, Pavlenko OV. *Stomatolohichna dopomoha v Ukrayini: analiz osnovnykh pokaznykiv diyal'nosti za 2018 rik: dovidnyk.* *Kropyvnyts'kyi: Polium;* 2019. 176 s. [In Ukrainian].
6. Chopchuk VD, Orlova NM. *Analiz stanu stomatolohichnoyi dopomohy naseleennyu m. Kyieva u medychnykh zakladakh komunal'noyi ta derzhavnoyi form vlasnosti.* *Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi.* 2019;1(54):120-125. [In Ukrainian].
7. Udod OA, Voronina HS, Rubaylo VV. *Retrospektyvnyy analiz deyaknykh pokaznykiv stomatolohichnoyi dopomohy naseleennyu industrial'noho mista.* *Visnyk problem biolohiyi i medytsyny.* 2018;4(1):318-321. doi: 10.29254/2077-4214-2018-4-1-146-318-321. [In Ukrainian].
8. *Postanova KM № 211 vid 11.03.2020 «Pro zapobihannya poshyrennyu na terytoriyi Ukrayiny hostroyi respiratornoyi khvoroby COVID-19, sprychynenoyi koronavirusom SARS-CoV-2».* *Ofitsiyyny visnyk Ukrayiny.* 2020;23:296. [In Ukrainian].
9. *Postanova KM № 332 vid 04.05.2020 «Pro vnesennya zmin do punktu 8 postanovy Kabinetu Ministriv Ukrayiny vid 11 bereznya 2020 r. № 211».* *Ofitsiyyny visnyk Ukrayiny.* 2020;38:75. [In Ukrainian].
10. Kramer KJ. *The COVID-19 Pandemic and Its Impact on Dentistry.* *Anesth Prog.* 2020 Jun 1;67(2):65-66. doi: 10.2344/anpr-67-02-14.
11. Odeh ND, Babkair H, Abu-Hammad S, Borzangy S, Abu-Hammad A, Abu-Hammad O. *COVID-19: Present and Future Challenges for Dental Practice.* *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 30;17(9):3151. doi: 10.3390/ijerph17093151.
12. Ren YF, Rasubala L, Malmstrom H, Eliav E. Dental Care and Oral Health under the Clouds of COVID-19. *JDR Clin Trans Res.* 2020 Jul;5(3):202-210. doi: 10.1177/2380084420924385.
13. Barca I, Cordaro R, Kallaverja E, Ferragina F, Cristofaro MG. Management in oral and maxillofacial surgery during the COVID-19 pandemic: Our experience. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2020 Jul;58(6):687-691. doi: 10.1016/j.bjoms.2020.04.025.
14. Coulthard P, Thomson P, Dave M, Coulthard FP, Seoudi N, Hill M. The COVID-19 pandemic and dentistry: the clinical, legal and economic consequences – part 2: consequences of withholding dental care. *Br Dent J.* 2020 Dec;229(12):801-805. doi: 10.1038/s41415-020-2406-9.
15. Banakar M, Bagheri Lankarani K, Jafarpour D, Moayedi S, Banakar MH, MohammadSadeghi A. COVID-19 transmission risk and protective protocols in dentistry: a systematic review. *BMC Oral Health.* 2020 Oct 8;20(1):275. doi: 10.1186/s12903-020-01270-9.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.09.2021 р.

Мета: аналіз хірургічної стоматологічної допомоги в Україні за умов надзвичайної ситуації в галузі охорони здоров'я, спричиненою у 2020 році пандемією COVID-19.

Матеріали та методи. Статистичні звіти медичних закладів усіх форм власності областей України та м. Києва у 2019–2020 роках, офіційно представлені довідники та публікації. Застосовано медико-статистичні методи аналізу.

Результати. У 2020 році зареєстровано зменшення ланки бюджетних/комунальних закладів стоматологічного профілю на 4,2%, зниження загальної кількості лікарів стоматологічного профілю на 18%, скорочення стоматологічного ліжкового фонду дорослого населення на 16,8%. За умов пандемії COVID-19 визначено негативні впливи на забезпеченні стоматологічної допомоги, та її хірургічної ланки: скорочення первинних відвідувань на 38,2%, на 1/3 обсягів планової санації та у 2 рази кількість планових оглядів; знижено обсяги лікування патології пародонта і слизових оболонок ротової порожнини відповідно на 33,2% і 33,5%; на 1/3 зменшено кількість пломбованих зубів, а питома вага пролікованих зубів з ускладненим карієсом зросла до 29,3%; статистично значимо ($p < 0,001$) знижена відносна кількість амбулаторних і стаціонарних оперативних втручань, на 26,5% скорочено кількість госпіталізацій.

Висновки. Негативні тенденції останніх років у стоматологічній допомозі тільки зросли за умов надзвичайної ситуації охорони здоров'я спричиненою пандемією COVID-19. Отриманні відомості можуть бути використані для майбутнього планування та реорганізації хірургічної стоматологічної допомоги України.

Ключові слова: хірургічна стоматологічна допомога; державні та приватні заклади; ліжковий фонд; стоматологи-хірурги; показники стоматологічної допомоги, амбулаторні та стаціонарні оперативні втручання; коронавірусна хвороба 2019.

Цель: анализ хирургической стоматологической помощи в Украине в условиях чрезвычайной ситуации в области здравоохранения, вызванной в 2020 году пандемией COVID-19.

Материалы и методы. Статистические отчеты медицинских учреждений всех форм собственности областей Украины и г. Киева в 2019–2020 годах, официально представленные справочники и публикации. Применены медико-статистические методы анализа.

Результаты. В 2020 году зарегистрировано уменьшение звена бюджетных/коммунальных учреждений стоматологического профиля на 4,2%, снижение общего количество врачей стоматологического профиля на 18%, сокращение стоматологического коечного фонда взрослого населения на 16,8%. В условиях пандемии COVID-19 определено негативные воздействия на обеспечении стоматологической помощи, и её хирургического звена: сокращение первичных посещений на 38,2%, на 1/3 объемов плановой санации и в 2 раза количество плановых осмотров; снижены объемы лечения патологии пародонта и слизистых оболочек ротовой полости соответственно на 33,2% и 33,5%; на 1/3 уменьшено количество пломбированных зубов, а удельный вес пролеченных зубов с осложненным кариесом вырос до 29,3%; статистически значимо ($p < 0,001$) снижено относительное количество амбулаторных и стационарных оперативных вмешательств, на 26,5% сокращено количество госпитализаций.

Выводы. Негативные тенденции последних лет в стоматологической помощи только усилились в условиях чрезвычайной ситуации здравоохранения, вызванной пандемией COVID-19. Полученные сведения могут быть использованы для будущего планирования и реорганизации хирургической стоматологической помощи Украине.

Ключевые слова: хирургическая стоматологическая помощь; государственные и частные учреждения; коечный фонд; стоматологи-хирурги; показатели стоматологической помощи, амбулаторные и стационарные оперативные вмешательства; коронавирусная болезнь 2019.

The aim: to analyze surgical dental care of Ukraine in the context of the emergency situation in health care caused by the COVID-19 pandemic in 2020.

Materials and methods. The statistical reports of medical institutions all forms of ownership from the regions of Ukraine and Kyiv during 2019–2020, and officially presented directories, and publications were used. Medical and statistical methods of analysis were applied.

Results. In 2020, there were decreased the level of budget/municipal dental facilities by 4.2%, decreased the total number of dental doctors by 18%, reduced dental adult's bed fund by 16.8%. In the COVID-19 pandemic context the negative effects were identified on dental care, and its surgical unit, provision: primary visits reduction by 38.2%, the volume of planned dental sanitation lower by 1/3, and the number of scheduled examinations 2 times less. There were reduced the volume of treatment of periodontal pathology and oral mucosa by 33.2% and 33.5% respectively. The number of filled teeth was reduced by 1/3 and the proportion of treated teeth with complicated caries was increased to 29.3%. The relative number of outpatient and inpatient surgeries was reduced statistically significantly ($p < 0.001$), the number of hospitalizations was decreased by 26.5%.

Conclusions. The negative trends in dental care in recent years have only increased in the context of the health emergency caused by the COVID-19 pandemic. The data obtained could be used for future planning and reorganization of surgical dental care in Ukraine.

Key words: surgical dental care; public and private facilities; hospital bed fund; dental surgeons; dental care indicators; outpatient and inpatient surgical interventions; coronavirus disease 2019.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interests: absent.

Відомості про авторів

Лисенко Олександр Сергійович – к.мед.н., доцент, доцент кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

+380 (66) 166-18-27, dr.alex.lysenko@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-2283-6330.

Вежновець Тетяна Андріївна – д.мед.н., професор, директор Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

+380 (44) 454-49-62, taveg1962@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-1156-8614.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240808
УДК 616-052-036.8:005.57]:614.253.5

Popovičová M., Belovičová M.

Effective communication with the patient as part of nursing care

St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava, Slovak Republic

majapopovicova7361@gmail.com, mriab9@gmail.com

Поповичева М., Беловичова М.

Ефективне спілкування з пацієнтом як частина медсестринської допомоги

Вища школа охорони здоров'я та соціальної роботи
Св. Алжбети, м. Братислава, Словаччина

Поповичева М., Беловичова М.

Эффективное общение с пациентом как часть медсестринской помощи

Высшая школа здравоохранения и социальной работы
Св. Елизаветы, г. Братислава, Словакия

"Unless we learn to listen to each other and let other know our needs and feelings in a human way, to communicate, we will not be able to provide quality care to our patients, because the healthcare is not only about treating the body but more and more often about treating the soul."

Jana Karešová

Introduction

Ethics is part of each society's culture. Culture presents learned and kept values, standards, beliefs, traditions and customs of a particular group of people. It affects the patterns of human behavior and thinking. Various ways of living of different cultures cannot be forgotten even in nursing practice. Therefore, it is very important for a nurse to know and in practice to consistently kept to ethical principles. Knowledge of nursing ethics is therefore as important to her as professional knowledge and skills. In today's modern age, the need to address various ethical issues, problems and their importance requires the adherence to ethical principles in health and nursing care. The profession of a nurse as a healthcare giver is not limited only to the choice of good professional practice, but the moral aspect and the high "ethical burden" are increasingly being considered. It takes into account what is moral, correct, ethical, admissible or inadmissible or immoral behavior [1].

The ethics of the nurses are based on the relationship between the suffering, injured, and helping person. The current ethical principles of autonomy, charity, harmlessness, truthfulness, justice, and credibility in health come from the Hippocratic oath and come from the social changes of modern times associated with the influence of liberalism. Nursing Ethics focuses on nursing activities, the role and role of nurses who carry out these professional activities. It is the duty of the nurse to maintain the good of the patient as the main goal of her pursuit and to subject it to the providing of highly qualified nursing care. Ethics is more personal than law, and is dependent on the conscience of man, the law is being impersonal and suppressing undesirable behavior to enforce its demands. Ethics has never defined good only as what is in subjective consciousness. Ethics always strived to know what is morally correct and in practice tried to apply it as a moral norm [2].

Ethics has an irreplaceable place in the nursing care, resulting from the very nature of human life and coexistence. An essential part of adhering to ethical aspects in the nursing care process is communication. Without productive communication, it is not possible to approach the patient and carry out the nursing process. It is the basis for the formation of the relationship between the nurse and the patient and without communication cannot be reached the start and its development.

Methodology of research

The healing process requires good communication based on ethical principles. The research objective was to analyze the current state of communication of nurses in health care from the point of view of patients and also to establish the level of ethical aspects of communicating with nurses in interaction with the patient.

Based on the main objective, we set the following **partial objectives**:

- Find out if communication between nurses and patients is in line with the ethical aspects of communication.
- Verify whether the age of the respondents is related to the subjective perception of ethical aspects in the communication of nurses.
- Find out whether the education of respondents is related to the subjective perception of ethical aspects in the communication of nurses.
- Map out whether the subjective perception of ethical aspects of nursing communication is related to the facility where the respondent is hospitalized.
- Monitor patient's satisfaction with communication of nurses at workplace.

Methods of data analysis

The sample in our research consists of patients with a deliberate choice. This was a group of patients hospitalized in internal, surgical, neurological, and long-term care wards. We used the tools of descriptive statistics in the descriptive part of the research. We processed the obtained answers by using the Microsoft Office 2013 and statistical software Statistica 13. The processed data are presented in the work by frequency tables with absolute and relative frequency. Hypotheses have been verified by inductive statistics tools. Most of the variables have been chosen as numerical variables with values on a 5-degree scale. To verify the hypotheses we used Spearman's correlation coefficient was used in the sub-hypotheses 2 to 5. We make a decision on the significance of the differences based on the calculated p-value and the importance level of 0.05.

Demographic data

Table 1. Gender of respondents

Gender of respondents	Number	%
Women	68	60
Men	45	40
Together	113	100

The survey was attended by a total of 113 respondents. There were 68 women in the selection file, which made up 60% of the selection and 45 men, it is 40% of selection.

With respect to the research objectives, we divided the respondents according to the institution in which they were hospitalized or located. Altogether, we distributed the questionnaires in 4 different wards of the Hospital of A. Leňa in Humenné and in the Nursing Care House in Veľké Kapušany.

Table 4. Verification of the 2nd hypothesis

Correlation of ethical aspects and age	Correlation coefficient	Test. statistics	p-Value
Willingness to listen	0.556	7.046	1.60E-10
Possibility to show own will	0.501	6.091	1.60E-08
Sharing pleasure and worries	0.5	6.084	1.70E-08
Explanation of procedures	0.421	4.893	3.40E-06
Clarity of expression	0.402	4.628	1.00E-05
Space for expression	0.333	3.715	0.000 3
Importance of greeting and age	-0.027	-0.283	0.778
Enough of time	-0.004	-0.041	0.967

To verify the hypothesis, we calculated the Spearman's correlation coefficient, the corresponding test statistic and the p-values of the test. All relevant and p-value values are calculated in Table 4, and the data are sorted out. Of all the variables examined, we found the most significant correlation between the assessment of willingness to be heard by the nurse and the age of the patient. The correlation coefficient of these two variables is 0.556, which represents a direct linear

Table 2. Age of respondents

Age of respondents	Number	%
Below 20 years old	6	5
21-30 years old	14	12
31-40 years old	21	19
41-50 years old	31	27
Over 50 years old	41	36
Together	113	100

Patients over the age of 40 prevailed in the selection. The oldest age group – over 50 years – consists of 41 patients. Their share of the selection was 36%. Younger patients, aged 41 to 50, were 31, making up 27% of the sample. At age 31 to 40 years there were 21 patients, i.e. 19% selection. Younger patients under the age of 30 were 17% of those under the age of 20, with only 6 patients, it is 5% of the sample.

Table 3. Education of respondents

Education of respondents	Number	%
Elementary school	12	11
Vocational school	21	19
Secondary school	50	44
Universities	30	27
Together	113	100

Hypothesis 1 Subjective perceptions of ethical aspects of communication are related to the age of patients.

As we verified the perceptions of ethical aspects through several questions, the hypothesis was divided into several sub-hypotheses and for each of them we verify the validity of zero or alternative hypothesis.

relationship. The older the patient is the better he appreciate the willingness of the nurses in this matter. The P-value of the test is 1.6E10, which is significantly below the importance level, so we reject the zero hypothesis and state the significant dependence between the variables. To a such similar conclusion we come to the assessment of patients' ability to express their will and share the joys and concerns with their nurses. Again, the correlation coefficient is relatively high of

0.501 (or 0.500), so the context is again direct and statistically significant. Elderly patients, therefore, are more likely to appreciate that they can show their willingness during hospitalization, as well as sharing the joys and concerns of patients with nurses. Somewhat lower correlation coefficients were the result of a comparison of the age and the assessment of the explanation of procedures by the nurses as well as the clarity of their expression. However, these correlation coefficients 0.421 and 0.402 are thought as statistically significant as the corresponding p-value is still smaller than the importance level.

The last variable, which is linked to the age, is the assessment if patients are given opportunity to express themselves in the communication by nurses. Elderly patients rated this behavior significantly better than younger patients as the p-value of the test was 0.000 3. Only in two areas of the assessment age did not appear as an influence factor. Regardless of age, patients evaluated the importance of a nurse to greet at the entrance to the room as well as having or not having enough time to spare for a nurse. The P-values of these tests are well above the importance level.

We state that the 1nd hypothesis was confirmed in almost all sub-hypotheses, with the exception of two. Subjective perceptions of ethical aspects of communication are directly related to age. Elderly patients evaluate behavior of nurses more positively than younger patients.

Hypothesis 2

Subjective perceptions of ethical aspects of communication are related to the education of respondents.

Once again, we will use subdivisions to sub-hypotheses and their verification using the Spearman's correlation coefficient and the test of its non-Zeroing.

Ethical aspects in communication have been put in relation to the educational factor. The calculated characteristics were re-arranged according to the p-value. It is evident from Table 5 that the correlation coefficients are negative. This means that higher education of patients predict lower assessment of individual aspects of communication. A lower p-value than the importance level of 0.05 was found in 5 aspects of communication: listening space, willingness to listen, sufficient explanation of procedures, sharing patients concerns and joys, clear comprehension towards the patient. In all these areas the correlation coefficient is negative and its p-value is low. Therefore, we reject the validity of zero hypotheses and accept the validity of the alternative hypothesis that the correlation between the variables is non-zero, so statistically significant. At the same time, for all areas, more educated patients perceive ethical behavior more negatively.

Hypothesis 3

Subjective perceptions of ethical aspects of communication are related with the respondents' gender.

Table 5. Correlation of ethical aspects and education

Correlation of ethical aspects and education	Correlation coefficient	Test. statistics	p-Value
Space for expression	-0.35	-3.931	0.0001
Willingness to listen	-0.342	-3.829	0.0002
Explanation of procedures	-0.341	-3.821	0.0002
Sharing pleasure and worries	-0.269	-2.943	0.004
Clarity of expression	-0.226	-2.439	0.016
Possibility to show own will	-0.137	-1.457	0.148
Enough of time	-0.095	-1.003	0.318
Importance of greeting and age	0.01	0.103	0.918

Table 6. Correlation of ethical aspects and gender

Correlation of ethical aspects and gender	Average men	Average women	Test. statistics	p-Value
Sharing pleasure and worries	3.53	3.11	2.047	0.04
Space for expression	3.71	3.31	1.815	0.069
Possibility to show own will	3.69	3.44	1.472	0.142
Importance of greeting and age	4.22	4	1.091	0.276
Willingness to listen	3.65	3.44	1.044	0.298
Clarity of expression	3.74	3.64	0.578	0.562
Explanation of procedures	3.87	3.76	0.446	0.653
Enough of time	2.32	2.33	-0.235	0.818

Finally, we evaluate the subjective perceptions of ethical aspects in communication according to the patient's gender. The view of the calculated p-values for individual tests

reveals that there is no great difference between men and women in the subjective perception of ethical aspects. The only area where a significant difference in evaluation is confirmed

is the sharing of joy and worries. The average assessment of this aspect in men (3.53) is higher than the average in females (3.11). Based on p-value 0.040, we reject the zero hypothesis and accept the validity of the claim that the evaluation is different. In the other areas, no differences between men and women have been confirmed. We state that hypothesis 3 has not been confirmed with the exception of one subhypothesis.

There are no significant differences between men and women in the assessment of ethical aspects.

Hypothesis 4

Patient age is related to satisfaction with communication with nurses at the workplace.

Table 7. Correlation of satisfaction and age

Correlation of satisfaction and age	Correlation coefficient	Test. statistics	p-Value
Satisfaction with communication	0.636	8.674	0.000
Need to improve communication	-0.527	-6.533	0.000

Whether patient satisfaction with communication with his or her age gives the answer 4. Hypothesis. The correlation coefficient between satisfaction and age is relatively high 0.636 and expresses moderate dependence. The P-value confirms its statistical significance. Since the correlation coefficient is positive, satisfaction with communication directly depends on age – the older the patient, the more satisfied. The third line of the table just confirms the finding that the correlation between the need to improve communication and age is the opposite of the previous comparison. It is also statistically significant, but the context is indirect – the older the patient, the less expectation of improvement.

Discussion

The ability to communicate should be the basic professional tool for each nurse and should serve to establish and develop cooperation with a patient. It is necessary that nurse is able to initiate, effectively support and maintain proper communication [3]. The target of the research was to analyze the current state of communication of nurses in health care from the point of view of patients and to find out whether nurses adhere to the ethical aspects of communicating with them. Survey was conducted through a questionnaire survey and involved 113 patients hospitalized in internal, neurological, surgical, long-term wards and a nursing home. In our research there was a higher percentage of women who made up 60% of the choice compared to the men who made 40% of the choice. In terms of age, patients in the oldest age group over 50 years of age dominated. With regard to education, patients were divided into 4 educational groups, from basic to university degree of education. The most powerful group were patients with secondary education with maturity exam. We were interested whether the subjective perception of the ethical aspects of communication was related to the age, education, and gender of the respondents, and we also wanted to determine the impact of age on the patient's overall satisfaction with nurse communications. If we wanted to find the impact of age on subjective perceptions of ethical aspects, we came to the conclusion that elderly patients rated nurse communication and behavior more positive than younger respondents. The exception were only two aspects – the importance of greetings when entering the room, which is important for both groups, and also having enough or lack of time for nurses. When verifying hypothesis 3, we found out

that in five aspects, more educated patients perceive more negative communication with their nurses, so their expectations were higher. This difference was not found in three aspects. Without the difference of education, everyone also perceives the possibility of expressing their own will, having enough/lack of time for the nurses, and is also an important greeting when entering the room.

From the gender perspective and its impact on subjective feelings of patients, we did not detect any significant differences, except for one subhypothesis. Her analysis pointed to the difference in the perception of empathy of the nurses, the aspect of the nurse's ability to share with the patient the joy and worries. In this matter, the nurses were rated more favorably by men than women, which may be due to greater sensitivity of women. When we investigated how patients are happy with nurse communication, we got mostly positive responses, which greatly delighted us, even though the patient group subsequently said that there was some room for improvement. At the same time, we came to the conclusion that elderly patients are more satisfied with communication of nurses and less needed improvement of communication they expect. Bačišinová [4], in her research, also found out that the majority of the respondents, 70% evaluated mutual communication only as informative, based on the principle of mutual discussion "in the run". Vozárová [5] conducted research in various geriatric departments of Slovakia. Her selection sample consisted of 100 nurses. In her hypothesis she assumed that patients had a greater interest in communicating, and that more than half of the nurses were actively listening to them. Its results showed that 75% of the interviewed nurses had a greater interest in communicating had the patient than their nurse, and 70% of the nurses said they were actively listening when the patient was talking. In the research, Morovicsová and Semančíková [6], whose respondents in total amount of 40% expressed the true idea that if the nurse had a real interest in communicating with the patient, she is able to find some time for a little conversation. Bystřická [7], in her research with her respondents found out if they had sufficient time to answer or to complete the task. The largest group of respondents, 93.6% said that they had enough time to respond or to complete the task.

The author gained a more positive response compared to us. The success of providing quality nursing care is directly dependent on mutual communication between the nurse and the patient. The usual way of communicating is not enough for a nurse. It is necessary for a nurse to acquire a set of specific

communication practices and skills, including: active listening, feedback, empathy, respect, interpretation, support, interest, silence, quiet, understanding, authenticity, advice.

Conclusions

Today, communication is of the utmost importance, not only in healthcare. This area for healthcare professionals is much discussed, but understood as part of quality nursing care for the patient. Communication is difficult, time and psyche demanding, so mastering communication techniques and mastering communication barriers is very important in the work of nurses. Due to this it is necessary:

- In communication with the patient, approach individually – not a template approach
- Behave in a way that is equally non-discriminatory, with no regard to various aspects such as age, gender, education, religion, race, culture and so on
- Show interest in participating in training with a focus on communication and are constantly improving in this matter,

- Monitor patient's satisfaction with nursing communication at their own wards,
- Increase the number of lessons to teach communication in nursing and to focus on it also on practical exercises in communication skills,
- Encourage students and nurses to practice research on nurse communication with the patient and to publish obtained results obtained.

A positive change in the quality of communication occurs when the nurse is presently accepting an attitude towards everything that the patient is at the moment. In order for a nurse to apply this principle in practice, she must always work on herself. It is extremely important to ensure that nursing care never misses the emotional and human dimension, for, as Antoine De Saint-Exupéry said: "The greatness of every vocation is perhaps above all in uniting people: there is only one real luxury, and that is human relations. If we work only for material gain, we build our own prison. We shut ourselves in solitude with imaginary money that won't that won't give us anything worth living for".

References

1. Nemčeková, M. et al. 2008. Etika v ošetrovatel'stve. 1. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. pp. 142. ISBN 978-80-8068-812-7.
2. Kutnohorská, J. 2007. Etika v ošetrovatel'ství. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. pp. 164. ISBN 978-80-247-2069-2.
3. Kičinková, A. 2016. Etické aspekty komunikácie sestry s pacientom : diplomová práca. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2016. pp 92.
4. Bačišinová, J. – Bačišinová, A. 2005. Dôsledky nedostatočnej komunikácie medzi sestrou a pacientom. In MOLISA 2 : Medicínsko-ošetrovatel'ské listy Šariša. Zborník. Prešov :Prešovská univerzita, 2005. pp. 9–10. ISBN 80-8068-369-7.
5. Vozárová, J. 2011. Komunikácia sestry s geriatrickým pacientom. In Sestra. 2011, roč. X., č. 7-8, pp. 40. ISSN 1335-9444.
6. Morovicsová, E. – Semančíková, N. 2003. Využívanie komunikačných zručností v práci sestier. In Sestra. 2003, roč. II., č. 9, pp. 9-10. ISSN 1335-9444
7. Bystřická, J. 2011. Odlišnosti v komunikaci a v přístupu k seniorům : diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita, 2011. s. 117.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.07.2021 р.

The basis of providing care are three aspects. The first aspect is the doctor who provides health care, the second aspect is the nurses providing nursing care. The third aspect is the patient. There must be a relationship between these three aspects that can only be established through communication and the communication process. Due to this, through research we analyze the current state of communication of nurses in health care from the perspective of patients and also determine the level of compliance with ethical aspects of communication by nurses in interaction with the patient.

Methods. We used the tools of inductive statistics Spearman's correlation coefficient to verify the hypotheses. We make a decision on the significance of differences based on the calculated value and the significance level of 0.05.

Results. By analyzing the results, we found that the subjective perception of ethical aspects of communication is directly related to age. Older patients rate nurses' behavior more positively than younger patients. At the same time, more educated patients perceive ethical behavior more negatively. There are no significant differences between men and women in the evaluation of ethical aspects, and satisfaction with communication depends directly on age – the older the patient, the happier he is.

Conclusions. It is the wrong communication and approach without an empathic basis that leads to patients' refusal to cooperate, feelings of anxiety, fear, distrust, but also aggression. There are various complications in the provision of nursing care.

Key words: communication, nursing care, nurse, patient.

Основою надання допомоги є три аспекти. Першим аспектом є лікар, який забезпечує медичною допомогою, другим аспектом – медсестри, які забезпечують сестринський догляд. Третя складова – це пацієнт. Між цими трьома аспектами необхідний взаємозв'язок, який може бути встановлений тільки шляхом комунікації та комунікаційного процесу. Саме тому в цьому дослідженні ми аналізуємо поточний стан комунікації медичних сестер в сфері охорони здоров'я погляду пацієнтів, а також визначаємо рівень дотримання етичних аспектів комунікації медичних сестер під час їхньої взаємодії із пацієнтом.

Методи. Для перевірки гіпотез ми використали інструменти індуктивної статистики за коефіцієнтом кореляції Спірмена. Ми вважаємо значимою різницю, що базується на обчислювальному значенні та рівні значимості 0,05.

Результати. Аналізуючи результати, ми зрозуміли, що суб'єктивне сприйняття етичних аспектів комунікації залежить від віку. Старші пацієнти оцінюють поведінку медичних сестер більш позитивно, ніж молодші пацієнти. Водночас більш освічені пацієнти сприймають етичну поведінку більш негативно. Суттєвої різниці між чоловіками й жінками в оцінці етичного аспекту нема, а задоволеність комунікацією залежить від віку – що старший пацієнт, то більш задоволеним він є.

Висновки. Неправильна комунікація і підхід без емпатії призводить до відмови пацієнтів взаємодіяти, до відчуття тривожності, страху, недовіри та агресії. Забезпечення сестринською допомогою пов'язане з різноманітними ускладненнями.

Ключові слова: комунікація, медсестринська допомога, медсестра, пацієнт.

В основе оказания помощи лежат три аспекта. Первый аспект – это врач, который оказывает медицинскую помощь, второй аспект – это медсестры, обеспечивающие уход. Третий аспект – это пациент. Между этими тремя аспектами должна быть взаимосвязь, которая может быть установлена только посредством коммуникации и процесса коммуникации. В связи с этим посредством исследований мы анализируем текущее состояние общения медсестер в сфере здравоохранения с точки зрения пациентов, а также определяем уровень соблюдения этических аспектов общения медсестер во взаимодействии с пациентом.

Методы. Для проверки гипотез мы использовали инструменты индуктивной статистики коэффициента корреляции Спирмена. Мы принимаем решение о значимости различий на основе рассчитанного значения и уровня значимости 0,05.

Результаты. Анализируя результаты мы обнаружили, что субъективное восприятие этических аспектов общения напрямую связано с возрастом. Пациенты старшего возраста оценивают поведение медсестер более положительно чем пациенты более молодого возраста. В то же время более образованные пациенты более негативно относятся к этическому поведению. Существенных различий между мужчинами и женщинами в оценке этических аспектов нет, а удовлетворенность общением напрямую зависит от возраста – чем старше пациент, тем он счастливее.

Выводы. Именно неправильное общение и подход без эмпатической основы приводят к отказу пациентов от сотрудничества, чувству тревоги, страха, недоверия, но также и агрессии. Оказание сестринской помощи сопряжено с различными сложностями.

Ключевые слова: коммуникация, уход за больным, сестра, пациент.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Assoc. Prof. PhDr. **Mária Popovičová**, PhD. – St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava – teacher, St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava, Námestie 1. mája 1, 811 02 Bratislava. majapopovicova7361@gmail.com.

Assoc. Prof. **Mária Belovičová**, MD. PhD. – St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava, Internal Clinic for Liver Disease Diagnosis and Treatment, Remedium s.r.o. Bardejov Spa, Slovak Society of Practical Obesity (SSPO), Bardejov. mriab9@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240809
УДК 616.381-089-082:615.825

Співак А.П.

Концептуальні підходи до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини

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

antonina.spivak@uzhnu.edu.ua

Співак А.П.

Концептуальные подходы к организации этапной реабилитации пациентов, которые перенесли экстренные хирургические вмешательства на органах брюшной полости
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Spivak A.P.

Conceptual approaches to the organization of staged rehabilitation of patients who undergone emergency surgery on the abdominal cavity
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Науковці у сфері реабілітаційної допомоги вважають, що вивчення різних аспектів процесу фізичної реабілітації з метою його подальшого вдосконалення доцільно проводити на основі саме системного підходу [1]. При цьому власне поняття системного підходу необхідно розглядати як методологічний інструментарій наукового дослідження де об'єктом дослідження виступає соціальні об'єкти і явища, які вивчаються як єдине ціле з узгодженим функціонуванням усіх його елементів [2]. Використання окремих аспектів системного підходу та їх комбінації до формування концептуальних основ та підходів до забезпечення процесу реабілітації досить широко застосовується в науково-практичних дослідженнях в галузі реабілітаційної допомоги населенню. Так, саме на різних аспектах системного підходу були запропоновані концепція або концептуальні підходи до фізичної реабілітації хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання [3]; ожирінні у підлітків [4]; після хірургічного втручання при вертеброгенній патології [5]; при бронхолегеневих захворюваннях у дітей [6] та хронічних обструктивних захворюваннях легень [7]. Автори застосовують при розробці концепцій і концептуальних підходів практично усі вісім класичних аспектів системного підходу [2], при цьому роблячи акценти на окремих, пріоритетних саме в даній соціальній системі – системі фізичної реабілітації (фізичної терапії): системно-структурний, системно-цільовий, системно-функціональний та системно-ресурсний.

Наші попередні дослідження показали, що на сьогодні є актуальним розробка моделей забезпечення реабілітаційної допомоги пацієнтам хірургічного профілю, які перенесли ургентні хірургічні втручання на органах черевної порожнини [8], що особливо важливо в умовах становлення галузі реабілітаційної допомоги в країні [9].

Мета: визначити концептуальні підходи до формування до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини на засадах системного підходу в умовах становлення реабілітаційної галузі в країні.

Матеріали та методи

Дослідження проводилося у два послідовні етапи. На першому етапі за результатами аналізу нормативно-правової бази України, стану реформування системи надання медичної допомоги населенню та організації фінансування послуг реабілітації в закладах охорони здоров'я, було проведено ситуаційний аналіз умов і спроможності надання реабілітаційної допомоги пацієнтам, які перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини, існуючими закладами охорони здоров'я рівня надання спеціалізованої медичної допомоги. Другий етап дослідження було присвячено формуванню концептуальних підходів до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини в існуючих умовах на рівні вторинної медичної допомоги. В дослідженні на різних етапах було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент та структурно-логічного аналізу, узагальнення, синтезу, порівняння, абстрагування. Основою дослідження став системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

На сьогодні фінансування реабілітаційних послуг в закладах охорони здоров'я державної і комунальної власності забезпечується Національною службою здоров'я України (НСЗУ) через укладання договорів з постачальниками медичних послуг в рамках Програми

державних гарантій медичного обслуговування населення. Аналіз пакетів (послуг і груп послуг) медичних послуг, на які відбувається контрахування надавачів за програмою медичних гарантій у 2021 році показав, що реабілітаційна допомога передбачена як основний вид у кількох пакетах: Напрямок 31. Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя; Напрямок 32. Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату та Напрямок 33. Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи [10]. Крім того послуги реабілітації передбачено як окремий вид допомоги в специфікації інших пакетів програми медичних гарантій 2021, зокрема і у специфікації пакету за Напрямом 7. Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах, який є ключовим в даному дослідженні. А саме важливим є пункт 15 специфікації (в п обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта/пацієнтки: «Надання реабілітаційних послуг при відсутності протипоказань в гострому періоді та направлення пацієнтів для отримання реабілітаційних послуг у підгострому та відновному періодах або послуг з паліативної медичної допомоги» [10]. Важливим є той факт, що згідно Умов закупівлі медичних послуг за цим напрямом вимог щодо наявності фахівців у сфері реабілітації (лікарів фізичної і реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів та інших) НЗСУ не виставляється. Отже, заклад охорони здоров'я за цим пакетом повинен забезпечити надання реабілітаційної допомоги пацієнтам в гострому періоді у хірургічному стаціонарі (за відсутності протипоказів) при цьому не маючи у штаті фахівця реабілітаційного напрямку (немає обов'язкової вимоги). В умовах вираженого дефіциту в Україні фахівців реабілітаційного напрямку така ситуація є допустимою. Отже, в сучасних умовах в багатьох комунальних закладах охорони здоров'я, які надають екстрену хірургічну допомогу є потреба надання реабілітаційних послуг безпосередньо в хірургічному

стаціонарі у ранній післяопераційний період, при цьому штатних фахівців реабілітаційної допомоги в даному закладі може і не бути. Тому є необхідність впровадження різних моделей надання таких послуг з врахуванням наявних умов в частині кадрового та матеріально-технічного забезпечення процесу реабілітаційної допомоги.

В процесі планування організації надання реабілітаційних послуг керівнику закладу охорони здоров'я, окрім наявних в закладі ресурсів (кадрових та матеріально-технічних), необхідно враховувати низку ключових критеріїв для створення умов ефективного функціонування системи надання таких послуг. В основі такого планування доцільно використовувати концептуальні підходи до формування моделі організації процесу реабілітаційної допомоги враховуючи наявне ресурсне забезпечення. Для формування концептуальних підходів до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини ми визначили як базові наступні аспекти:

1. Системно-цільовий. Система має загальну мету свого функціонування, повинна отримати корисний результат свого функціонування.

2. Системно-функціональний. Для досягнення загальної мети або корисного результату система виконує певні функції.

3. Системно-структурний. Система має власну внутрішню організацію, спосіб взаємодії своїх складників.

Зважаючи на загальну мету функціонування системи реабілітаційної допомоги в закладі охорони здоров'я (заклади другого рівня надання медичної допомоги, що функціонують в основному за територіальним принципом), які не є спеціалізованими за реабілітаційним напрямом допомоги, саме ці аспекти системного підходу є ключовими. В результаті були напрацьовані наступні основні концептуальні підходи до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини (табл.).

Таблиця. Концептуальні підходи до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини на засадах системного підходу

Етап	Аспекти системного підходу	Концептуальні підходи
Перший	Системно-цільовий	Визначення чітких (за SMART) цілей реабілітації в залежності від періоду: Короткострокові цілі в ранньому післяопераційному періоді. Довгострокові цілі в пізньому та віддаленому післяопераційному періоді (або маршрут пацієнта в інший спеціалізований заклад для продовження реабілітації)
Другий	Системно-функціональний	Визначення функцій кожного із структурних елементів системи (наявних або тимчасово введених в систему) для досягнення встановлених для кожного періоду цілей реабілітації
Третій	Системно-структурний	Визначення необхідних структурних елементів (фахівців, матеріально-технічних засобів), які спроможні виконувати функції, встановлені для досягнення короткострокових та довгострокових цілей реабілітації

В таблиці представлено логічну послідовність застосування концептуальних підходів до формування моделі етапної реабілітації в окремо взятому закладі охорони здоров'я, що відображено в етапах. Дана послідовність є найбільш відповідною принципам системного підходу, хоча в реаліях керівник закладу охорони здоров'я або його структурного підрозділу змушений розглядати іншу послідовність: спочатку визначення наявних ресурсів (людських, матеріально-технічних) – структурних елементів системи (системно-структурний аспект); наявні у існуючих фахівців компетентності для виконання визначених функцій (системно-функціональний аспект) і лише на основі отриманих результатів такого аналізу підійти до визначення цілей реабілітаційної допомоги. Тому, представлена етапність є єдиною правильною для структур, які створюються або мають можливість і спроможність для введення нових структурних елементів з необхідними функціями або набуття існуючими структурними елементами нових необхідних функцій. У випадку організації реабілітаційної допомоги пацієнтам після екстрених хірургічних втручань на органах черевної порожнини в закладі охорони здоров'я, який у своїй структурі не має спеціалізованого реабілітаційного підрозділу і штатних посад лікарів ФРМ або фізичних терапевтів, для досягнення хоча б короткострокових цілей в ранній післяопераційний період необхідно залучити зовнішнього консультанта – фізичного терапевта (новий структурний елемент з відповідними функціями) або створити умови набуття нових компетентностей медичними сестрами хірургічного стаціонару (набуття нових функцій існуючим структурним елементом).

Перспективи подальших досліджень полягають в розробці організаційних моделей надання реабілітаційної допомоги пацієнтам після перенесених екстрених хірургічних втручань на органах черевної порожнини для різних за структурою і потужністю закладів охорони здоров'я другого рівня надання медичної допомоги населенню.

Висновки

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. В сучасних умовах в багатьох комунальних закладах охорони здоров'я, які надають екстрену хірургічну допомогу, є потреба надання реабілітаційних послуг безпосередньо в хірургічному стаціонарі у ранній післяопераційний період, при цьому штатних фахівців реабілітаційної допомоги в даному закладі може і не бути. Тому є необхідність впровадження різних моделей надання таких послуг з врахуванням наявних умов в частині кадрового та матеріально-технічного забезпечення процесу реабілітаційної допомоги.

2. Пропоновані концептуальні підходи до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини на засадах системно-цільового, системно-функціонального та системно-структурного аспектів системного підходу дадуть можливість керівнику при плануванні роботи даної системи забезпечити умови її ефективного функціонування.

Література

1. Герцик А. М. Мета, цілі та завдання фізичної реабілітації: системний підхід Молодіжний вісник СНУ. 2015; 20: 121-126.
2. Корбутяк В. І. Методологія системного підходу та наукових досліджень: навч. посіб. Рівне: НУВГП, 2010:176 с.
3. Андрійчук О.Я. Основні положення концепції фізичної реабілітації хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. 2015; 3 (1): 24–29.
4. Жарова И. Концептуальные основы и подходы к формированию процесса физической реабилитации при первичном конституционально-экзогенном ожирении у подростков. Фізична активність, здоров'я і спорт. 2014; 4 (18): 45–56.
5. Лазарева Е.Б. Концептуальные подходы к организации процесса физической реабилитации при хирургическом лечении вертеброгенной патологии. Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини. 2012; 16 (3): 134–139.
6. Івасик Н. Концептуальні підходи до організації фізичної реабілітації дітей з бронхолегеневими захворюваннями. Спортивна наука України. 2016; 4 (74): 3-7.
7. Григус І.М., Подоляка П. С., Гамма Т. В., Подолянчук І. С., Зарічанська Л. О., Кучер Т. В. Концептуальні основи фізичної реабілітації хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019; 3: 170-176.
8. Миронюк І.С., Співак А.П. Оцінка потенційної потреби в реабілітаційних послугах пацієнтів після екстрених хірургічних втручань на черевній порожнині в Закарпатській області. Україна. Здоров'я нації. 2020; 3/1 (61): 119-124.
9. Myronyuk I.S. State of readiness for the health system of Ukraine for implementation of a new model of rehabilitation aid / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph // G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. et al. Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 135-149.

10. Національна служба здоров'я України [Інтернет]. Вимоги ПМГ 2021. Доступно на: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>.

References

1. Hertsyk A. M. Meta, tsili ta zavdannya fizychnoi reabilitatsii: systemnyi pidkhid Molodizhnyi visnyk SNU. 2015; 20: 121-126.
2. Korbutiak V. I. Metodolohiia systemnoho pidkhodu ta naukovykh doslidzhen: navch. posib. Rivne: NUVHP, 2010:176 s.
3. Andriichuk O.Ia. Osnovni polozhennia kontseptsii fizychnoi reabilitatsii khvorykh na deheneratyvno-dystrofichni zakhvoriuvannia. Naukovyi chasopys NPU imeni M.P. Drahomanova. 2015; 3 (1): 24–29.
4. Zharova Y. Kontseptualnye osnovy u podkhody k formyrovanyiu protsessa fizycheskoi reabylytatsyy pry pervychnom konstytutsyonalno-ekzohenom ozhyrenny u podrostkov. Fizychna aktyvnist, zdorovia i sport. 2014; 4 (18): 45–56.
5. Lazareva E.B. Kontseptualnye podkhody k orhanyzatsyy protsessa fizycheskoi reabylytatsyy pry khyrurhycheskom lecheny vertebrohennoi patolohyy. Moloda sportyvna nauka Ukrainy: zb. nauk. pr. z haluzi fiz. vykhovannia, sportu i zdorovia liudyny. 2012; 16 (3): 134–139.
6. Ivasyk N. Kontseptualni pidkhody do orhanizatsii fizychnoi reabilitatsii ditei z bronkholehenevymy zakhvoriuvanniamy. Sportyvna nauka Ukrainy. 2016; 4 (74): 3-7.
7. Hryhus I.M., Podoliaka P. S., Hamma T. V., Podolianchuk I. S., Zarichanska L. O., Kucher T. V. Kontseptualni osnovy fizychnoi reabilitatsii khvorykh na khronichne obstruktyvne zakhvoriuvannia lehen. Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny. 2019; 3: 170-176.
8. Myroniuk I.S., Spivak A.P. Otsinka potentsiinoi potreby v reabilitatsiinykh posluhakh patsientiv pislia ekstrenykh khirurhichnykh vtruchan na cherevni porozhnyni v Zakarpatskii oblasti. Ukraina. Zdorovia natsii. 2020; 3/1 (61): 119-124.
9. Myronyuk I.S. State of readiness for the health system of Ukraine for implementation of a new model of rehabilitation aid / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph // G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. et al. Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 135-149.
10. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy [Internet]. Vymohy PMH 2021. Dostupno na: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.08.2021 р.

Мета: визначити концептуальні підходи до формування до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини на засадах системного підходу в умовах становлення реабілітаційної галузі в країні.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося у два послідовні етапи. На першому етапі було проведено ситуаційний аналіз умов і спроможності надання реабілітаційної допомоги пацієнтам, які перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини. Другий етап дослідження було присвячено формуванню концептуальних підходів до організації етапної реабілітації пацієнтів.

Результати. В сучасних умовах в багатьох комунальних закладах охорони здоров'я, які надають екстрену хірургічну допомогу є потреба надання реабілітаційних послуг безпосередньо в хірургічному стаціонарі у ранній післяопераційний період, при цьому штатних фахівців реабілітаційної допомоги в даному закладі може і не бути, адже такої вимоги замовником медичних послуг до даного пакету медичної допомоги не вимагається. Розроблено концептуальні підходи до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини на засадах системно-цільового, системно-функціонального та системно-структурного аспектів системного підходу.

Висновки. Пропоновані концептуальні підходи до організації етапної реабілітації пацієнтів, що перенесли екстрені хірургічні втручання на органах черевної порожнини дадуть можливість керівнику при плануванні роботи даної системи забезпечити умови її ефективного функціонування.

Ключові слова: реабілітація, екстрені хірургічні втручання, концептуальні підходи, системний підхід.

Цель: определить концептуальные подходы к организации этапной реабилитации пациентов, перенесших экстренные хирургические вмешательства на органах брюшной полости на основе системного подхода в условиях становления реабилитационной отрасли в стране.

Материалы и методы. Исследование проводилось в два последовательных этапа. На первом этапе было проведено ситуационный анализ условий и способности учреждений здравоохранения оказания реабилитационной помощи пациентам, которые перенесли экстренные хирургические вмешательства на органах брюшной полости. Второй этап исследования был посвящен формированию концептуальных подходов к организации этапной реабилитации пациентов.

Результаты. В современных условиях во многих коммунальных учреждениях здравоохранения, оказывающих экстренную хирургическую помощь есть потребность предоставления реабилитационных услуг непосредственно в хирургическом стационаре в ранний послеоперационный период, при этом штатных специалистов реабилитационной помощи в данном учреждении может и не быть, ведь такого требования заказчиком медицинских услуг к данному пакету медицинской помощи не выставляется. Разработаны концептуальные подходы к организации этапной реабилитации пациентов, перенесших экстренные хирургические вмешательства на органах брюшной полости на основе системно-целевого, системно-функционального и системно-структурного аспектов системного подхода.

Выводы. Предлагаемые концептуальные подходы к организации этапной реабилитации пациентов, перенесших экстренные хирургические вмешательства на органах брюшной полости дадут возможность руководителю при планировании работы данной системы обеспечить условия ее эффективного функционирования.

Ключевые слова: реабилитация, экстренные хирургические вмешательства, концептуальные подходы, системный подход.

Objective: to determine conceptual approaches to the formation of the organization of staged rehabilitation of patients who have undergone emergency surgery on the abdominal cavity on the basis of a systematic approach in the formation of the rehabilitation industry in the country.

Materials and methods. The study was conducted in two successive stages. At the first stage, a situational analysis of the conditions and ability to provide rehabilitation care to patients who undergo emergency surgery on the abdominal cavity. The second stage of the study was devoted to the formation of conceptual approaches to the organization of staged rehabilitation of patients.

Results. In modern conditions in many municipal health care facilities that provide emergency surgical care there is a need to provide rehabilitation services directly in the surgical hospital in the early postoperative period, while full-time rehabilitation specialists in this institution may not be present, because such a requirement by the customer services to this package of medical care are not required. Conceptual approaches to the organization of staged rehabilitation of patients who have undergone emergency surgery on the abdominal cavity on the basis of system-target, system-functional and system-structural aspects of the system approach have been developed.

Conclusions. The proposed conceptual approaches to the organization of staged rehabilitation of patients who have undergone emergency surgery on the abdominal cavity will allow the manager when planning the operation of this system to ensure the conditions for its effective functioning.

Key words: rehabilitation, emergency surgical interventions, conceptual approaches, system approach.

Відомості про автора

Співак Антоніна Петрівна – фізичний терапевт, старший викладач кафедри фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
antonina.spivak@uzhnu.edu.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240810
УДК 616.728.2-036-055.2:616.71-007.234

Майкова Т.В., Толстикова Т.М.

Провідні фактори розвитку коксартрозу у поєднанні з остеопенією у жінок

Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту, м. Дніпро, Україна

tv18061949@i.ua, tolstikova108@gmail.com

Майкова Т.В., Толстикова Т.М.

Ведущие факторы развития коксартроза в сочетании с остеопенией у женщин

Приднепровская государственная академия физической культуры и спорта, г. Днепр, Украина

Maikova Tatyana, Tolstykova Tatyana

Leading factors in the development of coxarthrosis in combination with osteopenia in women

Pridneprovsk State Academy of Physical Culture and Sport, Dnipro, Ukraine

Вступ

Питання коморбідності остеоартрозу (ОА) і остеопорозу (ОП) до теперішнього часу залишається дискусійним. Гіпотеза, що ОА і ОП демонструють зворотну залежність, була висловлена більше 30 років тому [13,15]. Однак реальний зв'язок між цими двома захворюваннями досі неясний [5,8,15].

В даний час на ОА страждає кожен п'ятий мешканець земної кулі, причому дане захворювання є найчастішим серед патологій опорно-рухового апарату у всіх регіонах планети [1,2,5].

Серед всіх форм ОА більше 40% становлять коксартрози (КА), які в загальній структурі суглобової патології стабільно займають друге місце після гонартрозів за частотою захворюваності і перше – за термінами тимчасової і стійкої непрацездатності [1,5,13].

Поглибленню цієї проблеми сприяє наявність остеопорозу у хворих на КА, особливо у жінок у постменопаузальному періоді [2,5–7,11]. Хоча і у цьому питанні у науковців думки неоднозначні [7,10,13].

Остеопороз став однією з небезпечних і загрозливих здоров'ю проблем. Він може довго не проявляти себе тим чи іншим симптомом, через це його називають «невидимою епідемією». За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ОП займає четверте місце в світі за смертністю та інвалідизацією населення після серцево-судинної, онкологічної та ендокринної патології і є соціально-економічною проблемою, головною причиною інвалідності, зниження ЯЖ і передчасної смерті людей [12].

В Україні на ОП страждають близько 2,5 мільйонів жінок і 900 тисяч чоловіків, причому щорічно відзначається зростання на 5%. Сім мільйонів жінок в постменопаузі мають ОП або остеопенію (ОПН), що становить 28% від загального числа жінок [12].

У всьому світі відзначається тенденція до збільшення частоти переломів при ОП [6]. Ризик переломів шийки стегна протягом життя у жінок

становить 15%, що наближається до рівня захворюваності на рак молочної залози, ендометрія і яєчників, разом узятих [2].

Послідовники теорії зворотного зв'язку між ОП та ОА стверджують, що КА супроводжується підвищенням мінеральної щільності кісткової тканин (МЩКТ) [2,4,10,13,15]. Іншу думку висловлюють М.О. Корж з співавт. [2], Т.С. Ютовец з співавт. [5], Р. Drees з співавт. [9], Т.Т. Makinen [8], С. М. Schnitzler з співавт. [14]. Дослідженнями цих науковців встановлено, що МЩКТ зростає при розвитку остеофітів та субхондрального склерозу, які характерні для ОА.

Однак, незважаючи на такі розбіжності, всі дослідники визнають, що найтяжкими клінічними наслідками як ОП, так і ОА є переломи.

Вважаючи на такі важкі наслідки зростає актуальність своєчасної реабілітації жінок у постменопаузальному періоді, оскільки, як відомо, маса кістки зменшується з менопаузою через надмірну резорбції кістки відносно до її формування [8,13].

Особливу зацікавленість викликає дослідження вчених Університетського медичного центру (Амстердам, Нідерланди) Vultink I.E, та Lems W.F. встановили, що підвищена втрата субхондральної кістки є характерною особливістю ранньої стадії ОП і ОА [6]. Такий висновок має суттєву практичну значущість, оскільки обґрунтовує необхідність розробки реабілітаційних заходів саме на ранніх стадіях захворювань.

Мета дослідження: провести дослідження для визначення провідних факторів розвитку коксартрозу у поєднанні з остеопенією у жінок.

Матеріали та методи

У дослідженні взяло участь 40 жінок у віці від 50 до 70 років, хворих на коксартроз I-II стадії за Kellgren-Lowrence в поєднанні з остеопенією. Серед хворих переважали жінки з II стадією КА – 65,0%.

Всі пацієнти розподілені на дві групи: контрольну групу (КГ) склали 10 осіб у віці ($57,4 \pm 2,1$) роки, в основну групу (ОГ) увійшли 30 хворих віком ($56,5 \pm 1,1$) роки.

Клінічне спостереження проведено шляхом ретельного аналізу скарг хворих, анамнезу захворювання, об'єктивної характеристики стану організму.

Аналіз анамнезу пацієнтів включав традиційні питання: тривалість захворювання, особливості професійної діяльності та способу життя, характер харчування, рухової активності, зміст реабілітаційних заходів, які проводилися раніше.

Особливу увагу приділяли статико-динамічним навантаженням професійного та побутового характеру, умовам появи і посилення больового синдрому болю, працездатності.

Діагноз коксартроз встановлювався з урахуванням клінічної симптоматики, рентгенологічного дослідження суглобів та магніто-резонансної томографії. Тяжкість КА визначали з урахування альгофункціонального індексу Лекена, згідно з яким виділяють п'ять ступенів тяжкості захворювання. Альгофункціональні індекси Лекена. M. Lequesne розробив два тести – для ОА колінного і тазостегнового суглобів (Lequesne M.G. et al., 1987; 1997). Тести Лекена представляють собою тест для самостійного заповнення хворим, питання розділені на три групи: біль або дискомфорт, максимальна дистанція ходьби і повсякденна активність.

Інтенсивність больового синдрому та ступінь функціональної недостатності ОА кульшового суглобів визначали згідно з рекомендаціями Європейської антиревматичної ліги (EULAR) за альгофункціональним індексом WOMAC (Western Ontario & McMaster Universities osteoarthritis index) з використанням візуальної аналогової шкали (ВАШ) [10].

Для оцінки специфічних симптомів та обмеження функції суглобів використовувався WOMAC-індекс (Western Ontario and McMaster Universities Arthrose index) який є загальноприйнятою анкетною, спрямованою на оцінку симптомів ОА колінних суглобів самим пацієнтом за допомогою 24 питань, які розподілені на 3 розділи.

Перша субшкала містить 5 питань та дозволяє оцінити больову симптоматику; друга субшкала (2 питання) – вираженість ригідності суглобів; третя субшкала (17 питань) оцінює прояви фізичної активності та обмеження рухливості колінних суглобів. Питання дає сам пацієнт, спираючись на свої суб'єктивні відчуття. Оскільки даний опитувальник є багатофакторним, він дає більш ширше уявлення на вплив патології на рівень якості життя пацієнтів а також виявити більш якісний взаємозв'язок між симптоматикою та рівнем якості життя.

Оцінку трофологічного статусу проводили за рекомендаціями ВООЗ: недостатність маси тіла вважали при ІМТ менше $18,5 \text{ кг/м}^2$. При ІМТ $18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$ масу тіла розцінювали як нормальну, а у межах від $25,0$ до $29,9 \text{ кг/м}^2$ – надлишковою. Ожиріння I ступеню визначали, якщо ІМТ дорівнював $30,0\text{--}34,9 \text{ кг/м}^2$, ожиріння II ступеню – $35,0\text{--}39,9 \text{ кг/м}^2$, при ІМТ більше $40,0 \text{ кг/м}^2$ визначали морбідне ожиріння III ступеню [11]. Для оцінки типу відкладення жиру обчислювали співвідношення

ОТ/ОС. Абдомінальний тип ожиріння діагностували при $\text{ОТ/ОС} > 0,85$ у жінок.

Об'єктивна характеристика стану опорно-рухового апарату включала огляд та пальпацію суглобів для виявлення їх деформації, випоту в порожнину суглоба, хворобливості при пальпації, атрофії навколосуглобових м'язів. Поряд з цим вивчали характер руху в суглобі для виявлення обмеження рухливості, наявності крепітації при русі, оцінювали ходу.

При вимірюванні обсягу рухів в суглобах використаний єдиний принцип вимірювання кута: між дистальною (рухомою) частиною кінцівки і проксимальним (нерухомим) її відділом.

Динамічну рухливість суглобів у пацієнтів визначали за допомогою гоніометрії з визначенням кутів пасивного і активного згинання суглобів.

Оцінювали наступні гоніометричні показники: згинання тазостегнових суглобів зігнутою в коліні кінцівки, розгинання в положенні на животі, внутрішня та зовнішня ротація. Силу м'язів визначали за В. О. Марксом [4].

Оцінка стану губчастої кісткової тканини здійснювалася шляхом ультразвукової денситометрії п'яtkової кістки за допомогою ультразвукового денситометра "Achilles+" (Lunar, США). Досліджені мінеральна щільність кісткової тканини (МЩКТ) та її архітектура. Ступінь щільності кісткової маси визначали за T-індексом (T-score), що вимірюється у величинах стандартного відхилення від вікових та статевих нормативів.

Архітектура кістки оцінювалася за швидкістю поширення ультразвуку через кістку (ШПУк), що залежить від її еластичності; широкосмугового послаблення ультразвуку (ШПУ), що характеризує щільність кістки і є об'єктивною ознакою, як предиктора переломів, кількість, розміри і просторову орієнтацію трабекул, а також індексом міцності кістки (ІМ), що відображає стан губчастої кісткової тканини.

Для статистичного аналізу даних використовували описову статистику. Порівняння середніх значень змінних здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерія Стьюдента) за нормального розподілу даних ознак, що виражені в інтервальной шкалі. Відповідність виду розподілу ознак закону нормального розподілення перевіряли за допомогою методу Шапіро-Уїлка. В інших випадках використовували непараметричний метод (U-критерій Мана-Уїтні). Кореляційний аналіз виконували за Пірсоном (для даних, що виражені в інтервальной шкалі) та за Спірменом (для даних, що виражені не в інтервальных шкалах). Всі розрахунки виконували у програмі SPSS 9.0 for Windows [3].

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення анамнезу захворювань показало, що тривалість захворювання на КА у 95,0% пацієнток коливалася від 1 до 5 років, що складало ($3,85 \pm 0,36$) роки. Середній показник тривалості захворювання прямо корелював зі стадією КА ($r=0,73$; $p=0,001$).

Кількість загострень на рік складала $1,9 \pm 0,17$, з яких не більше одного загострення було у 35% жінок, від одного до двох на рік – у 40%, від двох до трьох загострень на рік було у 25%. Чим довше пацієнтка страждає на КА, тим вища кількість загострень захворювання на рік ($r=0,71$; $p=0,01$).

Тривалість періодів ремісії, відповідно, склала ($7,2 \pm 0,5$) місяці.

Слід відзначити, що кожній з хворих в минулому призначали лікувальну гімнастику, фізіотерапевтичні процедури, однак жодна з них не відмітила суттєвого або довготривалого покращення стану.

При аналізі результатів ультразвукового денситометричного дослідження порушення мінералізації кісткової тканини виявлено у всіх хворих, що підтверджувалося значеннями Т-індексу ($-1,68 \pm 0,06$) SD. В структурі цих порушень майже однаково часто діагностувалися I та II ступені ОП при Т-індексі ($-1,390 \pm 0,03$) SD та ($-1,90 \pm 0,02$) SD (рис.).

При цьому ступінь остеопенії зростав з віком пацієнток ($r=0,47$; $p=0,04$), що підтверджувалося кореляцією Т-індексу з віком ($r=0,63$; $p=0,003$), а також зі стадією коксартрозу ($r=0,79$; $p=0,001$) та його тривалістю ($r=0,73$; $p=0,001$). Ступінь остеопенії зростав зі

зменшенням тривалості ремісії КА ($r=-0,67$; $p=0,001$) та частотою загострень коксартрозу прямо ($r=0,54$; $p=0,01$).

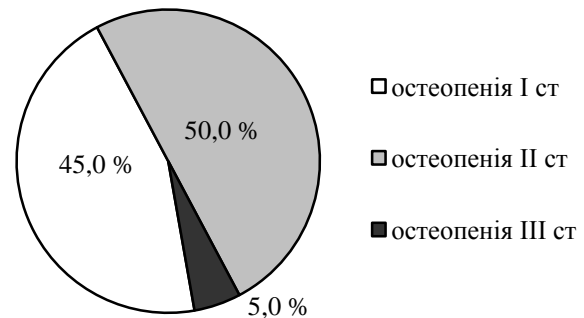


Рис. Частота виявлення остеопенії у хворих на коксартроз

Поряд з цим спостерігалось зниження якісних параметрів кістки: еластичності, про що свідчить зменшення швидкості поширення ультразвуку через кістку на 4,8% ($p<0,001$), щільності кістки, на що вказує зниження широкосмугове ослаблення ультразвуку на 12,6% ($p<0,001$), а також міцності кістки, що підтверджується зменшенням показника індексу міцності кісткової тканини на 15,3% ($p<0,001$) (табл. 1).

Таблиця 1. Характеристика структурно-функціонального стану кісткової тканини у пацієнток з коксартрозом на тлі остеопенії

Показник, од. виміру	Здорові особи (n=15)	Хворі на коксартроз (n=20)	P вірогідність у порівнянні показників хворих та здорових осіб
ШПУк, м/с	$1586,4 \pm 9,2$	$1510,0 \pm 11,2$	$<0,001$
ШПУ, дБ/Мгц	$108,0 \pm 3,3$	$94,4 \pm 1,3$	$<0,001$
ІМ, %	$97,3 \pm 3,4$	$82,4 \pm 1,4$	$<0,001$

Таким чином, коксартроз у жінок вже на початкових стадіях розвитку супроводжується недостатньою мінеральною щільністю кісткової тканини.

З другого боку, чим більше тривала ремісія КА, тим краще зберігалася еластичність кортикального шару кісткової тканини ($r=0,51$; $p=0,02$) та її міцність ($r=0,45$; $p=0,05$).

Згідно до рекомендацій науково доказової практики найвищий рівень доказовості має ефективність програм, які спрямовані на подолання факторів ризику прогресування дегенеративно-дистрофічних захворювань опорно-рухового апарату. Саме тому доцільним було вивчення основних факторів, які впливають на розвиток і перебіг коксартрозу. Характеристика їх представлена у таблиці 2.

Як видно з представлених даних, домінуючим фактором ризику є надлишкова маса тіла, адже половина пацієнтів має показник ІМТ ($27,2 \pm 0,6$).

З підвищенням ІМТ суттєво змінювалася мінеральна щільність кісткової тканини. Зокрема, спостерігалось зростання Т-індексу ($r=0,65$; $p=0,005$), зниження еластичності кортикального шару кісткової

тканини ($r=-0,67$; $p=0,001$), щільність її трабекулярного шару ($r=-0,73$; $p=0,001$) та міцність кістки ($r=-0,89$; $p=0,001$). Все це сприяло зростанню ступеня остеопенії ($r=0,79$; $p=0,001$). Важливим чинником була і схильність до травматизації пацієнток, причому частота травмування впливала на еластичність кортикального шару кістки ($r=-0,45$; $p=0,05$).

Таблиця 2. Характеристика факторів ризику, які сприяли виникненню та розвитку коксартрозу

Фактор ризику	(n=20)	
	n	%
Важка фізична праця	1	5
Гіподинамія	3	15
Надлишкова маса тіла	10	50
Ожиріння	1	5
Замісна гормональна терапія у жінок	1	5
Сколіотична постава в анамнезі	1	5
Схильність до травматизації	5	25

Меншою мірою серед факторів ризику на захворюваність впливала важка фізична праця, гіподинамія, ожиріння та сколіотична постава. Звертало на себе увагу, що у деяких пацієнток при зборі анамнезу було виявлено більше одного фактору ризику розвитку захворювань.

За альгофункціональним індексом Лекена 80,0% пацієнток мала середній ступінь ураження кульшового суглоба (7,1±0,3) бали. Ступінь ураження кульшового

суглоба прямо корелював з показником травматизації пацієнток (r=0,47; p=0,04).

При аналізі клінічної симптоматики встановлено, що за індексом WOMAC-A переважав біль помірної інтенсивності, який посилювався зі зниженням Т-індексу (r=-0,63; p=0,003), еластичності (r=-0,67; p=0,001), щільності (r=-0,56; p=0,01) та міцності кісткової тканини (r=-0,64; p=0,002) (табл. 3.).

Таблиця 3. Показники індексу WOMAC у хворих на коксартроз (n=20)

Показники WOMAC, бали	Усього бали	Легкий ступінь		Помірний ступінь	
		бал	%	бал	%
WOMAC-A (біль)	41,6±2,0	31,9±0,6	40,0	48,0±1,4	60,0
WOMAC-B (скутість)	40,7±2,1	30,3±1,3	40,0	47,6±0,9	60,0
WOMAC-C (фізична активність)	32,7±0,9	32,9±0,9	35,0	53,1±2,1	65,0
Сумарний показник		128,2±6,2			

Більше ніж у половини хворих спостерігався ранковий та стартовий біль. Слід зазначити, що ранковий біль асоціювався зі ступенем остеопенії (r=0,60; p=0,005). Стартовий біль частіше виникав у хворих з недостатньою щільністю кісткової тканини (r=-0,40; p=0,05) та її міцністю (r=-0,48; p=0,03).

Потенційними умовами посилення больового синдрому були: ходьба по нерівній місцевості – у 50,0% хворих, підйом по сходах – у 45,0%, спуск по сходах – у 35,0%. У 55,0% жінок біль посилювався під час тривалого стояння.

Посилення болю при підйомі по сходах було більш характерним для пацієнток з II та III ступенем остеопенії (r=0,63; p=0,003). Під час тривалого стояння посилення болю в певній мірі обумовлено недостатньою щільністю кісткової тканини (r= -0,43; p=0,02).

Характер болю залежав і від тривалості захворювання: чим воно було тривалішим, тим більше це позначається на болю при підйомі (r=0,73; p=0,001) та спуску сходами (r=0,73; p=0,001). На больовий синдром за WOMAC A впливала частота травмування (r=0,50; p=0,02).

На самопочуття пацієнтів впливала тривалість загострень захворювання, що відобразилося на показниках WOMAC A (r=0,68; p=0,001), WOMAC B (r=0,73; p=0,001) і WOMAC C (r=0,65; p=0,002) та, відповідно, на суму показників індексів WOMAC (r=0,65; p=0,002).

Під час загострення більшість пацієнтки терпіли стартову біль після того, як прокинулись (r=0,49; p=0,03), а також загострення впливало на наявність болю у положенні стоячи (r=0,52; p=0,02) та на ранкову скутість суглобу протягом перших 30 хвилин (r=0,52; p=0,02).

На біль під час підйому та спуску по сходах впливала надлишкова маса тіла (r=0,45; p=0,04) і (r=0,46; p=0,041), відповідно. Аналогічний зв'язок спостерігався з болем при довготривалому стоянні (r=0,73; p=0,012).

Скутість суглобу за показником індексу WOMAC-B також була переважно помірною (див. табл. 3). Але її рівень зростає зі зниженням еластичності (r= -0,54; p=0,01) та щільності (r= -0,50; p=0,03) кісткової тканини.

Синдром функціональної недостатності кульшового суглобу проявлявся у всіх обстежених жінок обмеженням флексії правого суглоба на 10,7% (107,2±1,0)° та лівого на 8,3% (110,0±1,1)°, а також екстензії правого суглоба (163,8±1,7)° та лівого (164,9±1,4)° (табл. 4).

У половини пацієнток спостерігалися обмеження зовнішньої ротації кульшового суглобу і майже у половини – обмеження внутрішньої його ротації, яке було більш характерним для хворих зі зниженою еластичністю кортикального шару кісткової тканини (r=-0,52; p=0,004), щільністю її трабекулярного шару (r=-0,44; p=0,02) та міцністю кістки (r=-0,51; p=0,006). Обмеженню внутрішньої ротації кульшового суглобу сприяло підвищення ІМТ (r=0,65; p=0,002).

Таблиця 4. Характер та частота проявів синдрому функціональної недостатності кульшового суглоба (n=20)

Ознаки синдрому функціональної недостатності кульшового суглобу	n	%
Ранкова скутість до 30 хвилин	11	55
Ранкова скутість більше 60 хвилин	9	45
Обмеження внутрішньої ротації кульшового суглобу	8	40
Обмеження зовнішньої ротації кульшового суглобу	10	50
Обмеження флексії суглоба	20	100
Обмеження екстензії суглоба	20	100
Кульгавість	11	55
Хрускіт при ходьбі	11	55
Слабкість чотиригодового м'яза стегна	11	55
Наростаюче обмеження рухливості суглоба протягом року	9	45

Більше ніж половина пацієнток скаржилася на ранкову скутість протягом перших 30 хвилин, слабкість чотиригодового м'яза стегна, кульгавість та хрускіт при ходьбі.

Майже у половини хворих виявлені ранкова скутість протягом перших 60 хвилин, наростаюче обмеження рухливості суглоба протягом останнього року, що свідчило про прогресування захворювання.

Більше ніж у половини жінок спостерігалася кульгавість частота її виявлення асоціювалася з надлишковою масою тіла пацієнток ($r=0,58$; $p=0,007$).

Функціональна недостатність кульшового суглобу поглиблювалася зі зростанням ступеня остеопенії. Це підтверджується прямим кореляційним зв'язком ступеня остеопенії зі скутістю суглобів протягом перших 30 ($r=0,60$; $p=0,005$) та 60 хвилин після сну ($r=0,44$; $p=0,05$), кульгавістю ($r=0,60$; $p=0,005$).

Скутість кульшового суглобу за WOMAC B прямо асоціювалася з частотою травмування хворих ($r=0,48$; $p=0,03$).

В значній мірі функціональна недостатність кульшового суглобу була обумовлена наявністю больового синдрому. Так, ранкова скутість суглобів протягом перших 30 хвилин асоціювалася з інтенсивністю болю за індексом WOMAC-A ($r=0,58$; $p=0,007$). Аналогічний зв'язок виявлений між інтенсивністю болю та кульгавістю ($r=0,58$; $p=0,007$).

Перспективи подальших досліджень

Отже, проведений аналіз дозволив виявити причинно-наслідкові зв'язки, які дають змогу розуміти провідні фактори розвитку коксартрозу у поєднанні з остеопенією та впливати на них шляхом використання засобів фізичної терапії.

Існуюча в даний час серйозна дилема, втрати кісткової тканини чи підвищення її мінеральної щільності

при КА не дозволяє вирішити шляхи запобігання його прогресування на тлі ОПН засобами фізичної реабілітації. Ймовірно тому у жодних Національних рекомендаціях та консенсусах не існує рекомендацій з ЛФК для жінок, хворих на коксартроз в поєднанні з остеопенією.

Тому, в подальшому дослідженні на підставі виявлених порушень у пацієнток на КА в поєднанні з ОП, буде розроблена програма фізичної реабілітації та проаналізована оцінка її ефективності.

Висновки

1. На підставі вивчення та аналізу наукової і науково-методичної літератури та проведеного нами дослідження виявлена багатофакторна етіологія коксартрозу та остеопенії, яка складається з конституціональних факторів, чинників навколишнього середовища, генетичної сприйнятливості, механічних і травматичних ушкоджень, а також ендокринних та метаболічних змін в організмі, які порушують процеси ремоделювання субхондральної кістки та суглобового хряща. Механізми розвитку КА і ОП демонструють як відмінності, так і подібності між цими станами.

2. Встановлений тісний зв'язок між клінічними проявами КА та функціональним станом кульшових суглобів жінок був обумовлений з одного боку факторами ризику, з другого, ступенем остеопенії та еластичністю, щільністю трабекулярного шару кісткової тканини та її міцністю. Це дозволяє стверджувати про визначення причинно-наслідкових зв'язків розвитку КА в умовах поєднання з остеопенією.

Література

1. Афанасьев С. Вузлові проблеми тенденції використання фізичної реабілітації хворих на коксартроз на сучасному етапі і шляхи їх вирішення. Спортивний вісник Придніпров'я. 2016; 2: 165-171.
2. Корж Н. А., Яковенчук Н.Н. Минеральная плотность костной ткани у женщин с артрозом различной локализации. Ортопедия, травматология и протезирование. 2017; 3: 63-67.
3. Лапач С.Н., Губенко А.В., Бабич П.Н.. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием EXCEL. К.: Моріон, 2001: 408.
4. Мазуров В. И. Болезни суставов . СпецЛит СПб. 2008: 397.
5. Ютовец Т.С., Ермолаева М.В., Синяченко О.В., Головкина Е.С. Остеопороз при гонартрозе и коксартрозе. Травма. 2012; 13. (4): 103-108.
6. Dequeker J. Osteoarthritis and osteoporosis: clinical and research evidence of inverse relationship/ J. Dequeker, J. Aerssens, F. P. Luyten// Aging Clin. Exp. Res. 2003; 15(5): 426-439.
7. Klein-Nulend J. Bone cell mechanosensitivity, estrogen deficiency and osteoporosis / J. Klein-Nulend, R. F. van Oers, A.D. Bakker [et al.]// J. Biomech. 2014: 26-30.
8. Klein-Nulend J. Bone cell mechanosensitivity, estrogen deficiency and osteoporosis / Klein-Nulend J., van Oers R. F., Bakker A.D. R.G. Vacabac // J. Biomech. 2015; 48(5): 855-865. doi:10.1016/j.jbiomech.2014.12.007.
9. Hochberg M.C. ACR 2012 recommendations for the use of nonfarmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. M.C. Hochberg, R.D. Altman, K.T. April [et al.]. Arthritis Care and Research (Hoboken). 2012; 64: 465-474.
10. Makinen T.J. The incidence of osteopenia and osteoporosis in women with hip osteoarthritis scheduled for cementless total joint replacement / T.J. Makinen, J.J. Alm, H. Laine, E. Svedstrom // Bone. 2007; 40. (4): 1041-1047.
11. McDonald Blumer M. H. Bone mineral content versus bone density in a population with osteoarthritis: a new twist to the controversy?/ M. H. McDonald Blumer// J. Rheumatol. 2005; 32(10): 1868- 1869.

12. Prevention and management of osteoporosis: report of a WHO scientific group / WHO Scientific Group on the Prevention and Management of Osteoporosis. – Geneva : World Health Organization, 2000: 192 p.
13. Savchenko V. Disorders of the mineral exchange and metabolism of bone tissue as a pathogenetic basis of physical rehabilitation patients with coxartrosis/ V. Savchenko, T. Maykova, S. Afanasiev [et al.] // Journal of Physical Education and Sport. 2020; 20. (Supplement issue 1), Art 65: 447-451.
14. Shen Y. Postmenopausal women with osteoporosis and osteoarthritis show different microstructural characteristics of trabecular bone in proximal tibia using high-resolution magnetic resonance imaging at 3 tesla, /Y. Shen, Z. M. Zhang. L. Shen // BMC Musculoskelet Disord. 2013. 15. (14): 136. doi: 10.1186/1471-2474-14-136.
15. Schnitzler C. M. Bone histomorphometry of the iliac crest, and spinal fracture prevalence in atrophic and hypertrophic osteoarthritis of the hip/ C. M. Schnitzler, J. M. Mesquita, L. Wane // Osteoporosis International. 1992; 2(4): 186-194.

References

1. Afanasiev S. Vuzlovi problemy tendentsii vykorystannia fizychnoi rehabilitatsii khvorykh na koksartroz na suchasnomu etapi i shliakhy yikh vyrishennia. Sportyvnyi visnyk Prydniprovia. 2016; 2: 165-171.
2. Korzh N. A., Yakovenchuk N.N. Myneralnaia plotnost kostnoi tkany u zhenshchyn s artrozom razlychnoi lokalizatsyy. Ortopediya, travmatolohiya y protezyrovanye. 2017; 3: 63-67.
3. Lapach S.N., Hubenko A.V., Babych P.N.. Statystycheskye metody v medyko-byolohycheskykh yssledovaniakh s yspolzovanyem EXCEL. K.: Morion, 2001: 408.
4. Mazurov V. Y. Bolezny sustavov . SpetsLyt SPb. 2008: 397.
5. Yutovets T.S., Ermolaeva M.V., Syniachenko O.V., Holovkyna E.S. Osteoporoz pry honartroze y koksartroze. Travma. 2012; 13. (4): 103-108.
6. Dequeker J. Osteoarthritis and osteoporosis: clinical and research evidence of inverse relationship/ J. Dequeker, J. Aerssens, F. P. Luyten// Aging Clin. Exp. Res. 2003; 15(5): 426-439.
7. Klein-Nulend J. Bone cell mechanosensitivity, estrogen deficiency and osteoporosis / J. Klein-Nulend, R. F. van Oers, A.D. Bakker [et al.]// J. Biomech. 2014: 26-30.
8. Klein-Nulend J. Bone cell mechanosensitivity, estrogen deficiency and osteoporosis / Klein-Nulend J., van Oers R. F., Bakker A.D. R.G. Bacabac // J. Biomech. 2015; 48(5): 855-865. doi:10.1016/j.jbiomech.2014.12.007.
9. Hochberg M.C. ACR 2012 recommendations for the use of nonfarmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. M.C. Hochberg, R.D. Altman, K.T. April [et al.]. Arthritis Care and Research (Hoboken). 2012; 64: 465-474.
10. Makinen T.J. The incidence of osteopenia and osteoporosis in women with hip osteoarthritis scheduled for cementless total joint replacement / T.J. Makinen, J.J. Alm, H. Laine, E. Svedstrom // Bone. 2007; 40. (4): 1041-1047.
11. McDonald Blumer M. H. Bone mineral content versus bone density in a population with osteoarthritis: a new twist to the controversy?/ M. H. McDonald Blumer// J. Rheumatol. 2005; 32(10): 1868- 1869.
12. Prevention and management of osteoporosis: report of a WHO scientific group / WHO Scientific Group on the Prevention and Management of Osteoporosis. – Geneva : World Health Organization, 2000: 192 p.
13. Savchenko V. Disorders of the mineral exchange and metabolism of bone tissue as a pathogenetic basis of physical rehabilitation patients with coxartrosis/ V. Savchenko, T. Maykova, S. Afanasiev [et al.] // Journal of Physical Education and Sport. 2020; 20. (Supplement issue 1), Art 65: 447-451.
14. Shen Y. Postmenopausal women with osteoporosis and osteoarthritis show different microstructural characteristics of trabecular bone in proximal tibia using high-resolution magnetic resonance imaging at 3 tesla / Y. Shen, Z. M. Zhang. L. Shen// BMC Musculoskelet Disord. 2013. 15. (14): 136. doi: 10.1186/1471-2474-14-136.
15. Schnitzler C. M. Bone histomorphometry of the iliac crest, and spinal fracture prevalence in atrophic and hypertrophic osteoarthritis of the hip/ C. M. Schnitzler, J. M. Mesquita, L. Wane// Osteoporosis International. 1992; 2(4): 186-194.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.08.2021 р.

Мета дослідження. Провести дослідження для визначення провідних факторів розвитку коксартрозу у поєднанні з остеопенією у жінок.

Матеріали та методи. У дослідженні взяло участь 40 жінок у віці від 50 до 70 років, хворих на коксартроз І-ІІ стадії за Kellgren-Lowrence в поєднанні з остеопенією. Серед хворих переважали жінки з ІІ стадією коксартрозу. В роботі використовували дані анамнезу, клінічної картини, функціональних порушень кульшового суглоба, тріфологічного статусу, огляд, пальпація суглобів, рухливість суглобів (гоніометрія), оцінка стану губчастої кісткової тканини здійснювалася шляхом ультразвукової денситометрії п'яткової кістки та статистичні методи дослідження.

Результати. Вивчення анамнезу захворювань показало, що тривалість захворювання на КА у 95,0 % пацієнок коливалася від 1 до 5 років, що складало $(3,85 \pm 0,36)$ роки. Кількість загострень на рік складала $1,9 \pm 0,17$. Тривалість періодів ремісії, відповідно, склала $(7,2 \pm 0,5)$ місяці. При аналізі результатів ультразвукового денситометричного дослідження порушення мінералізації кісткової тканини виявлено у всіх хворих. При цьому ступінь остеопенії зростає з віком пацієнок, а також зі стадією коксартрозу та його тривалістю. Поряд з цим спостерігалось зниження якісних параметрів кістки: еластичності, щільності, а також міцності кістки. Домінуючим фактором ризику розвитку коксартрозу є надлишкова маса тіла, адже половина пацієнтів має показник ІМТ $(27,2 \pm 0,6)$. З підвищенням ІМТ суттєво змінювалася мінеральна щільність кісткової тканини. Меншою мірою серед факторів ризику на захворюваність впливала важка фізична праця, гіподинамія, ожиріння та сколіотична постава. Ступінь ураження кульшового суглоба прямо корелював з показником травматизації пацієнок. При аналізі клінічної симптоматики встановлено, що за індексом WOMAC-A переважав біль помірної інтенсивності, який посилювався зі зниженням Т-індексу ($r = -0,63$; $p = 0,003$), еластичності ($r = -0,67$; $p = 0,001$), щільності ($r = -0,56$; $p = 0,01$) та міцності кісткової тканини ($r = -0,64$; $p = 0,002$). Більше ніж у половини хворих спостерігався ранковий та стартовий біль. Потенційними умовами посилення больового синдрому були: ходьба по нерівній місцевості – у 50,0 % хворих, підйом по сходах – у 45,0 %, спуск по сходах – у 35,0 %. У 55,0 % жінок біль посилювався під час тривалого стояння. На біль під час підйому та спуску по сходах впливала надлишкова маса тіла. Скутість суглобу за показником індексу WOMAC-B також була переважно помірною. Але її рівень зростає зі зниженням еластичності ($r = -0,54$; $p = 0,01$) та щільності ($r = -0,50$; $p = 0,03$) кісткової тканини.

Висновки. Виявлена багатофакторна етіологія коксартрозу та остеопенії, яка складається з конституціональних факторів, чинників навколишнього середовища, генетичної сприйнятливості, механічних і травматичних ушкоджень, а також ендокринних та метаболічних змін в організмі, які порушують процеси ремоделювання субхондральної кістки та суглобового хряща. Механізми розвитку КА і ОП демонструють як відмінності, так і подібності між цими станами. Встановлений тісний зв'язок між клінічними проявами КА та функціональним станом кульшових суглобів жінок був обумовлений з одного боку факторами ризику, з другого, ступенем остеопенії та еластичністю, щільністю трабекулярного шару кісткової тканини та її міцністю. Це дозволяє стверджувати про визначення причинно-наслідкових зв'язків розвитку КА в умовах поєднання з остеопенією.

Ключові слова: коксартроз, остеопенія, надлишкова маса тіла.

Цель исследования. Определение ведущих факторов развития коксартроза в сочетании с остеопенией у женщин.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 женщин в возрасте от 50 до 70 лет, больных коксартрозом I-II стадии по Kellgren-Lowrence в сочетании с остеопенией. Среди больных преобладали женщины с II стадией коксартроза.

В работе использовали данные анамнеза, клинической картины, функциональных нарушений тазобедренного сустава, трофологического статуса, осмотр, пальпация суставов, подвижность суставов (гониометрия), оценка состояния губчатой костной ткани осуществлялась путем ультразвуковой денситометрии пяточной кости и статистические методы исследования.

Результаты. Изучение анамнеза заболеваний показало, что продолжительность заболевания КА в 95,0% пациенток колебалась от 1 до 5 лет, составляло $(3,85 \pm 0,36)$ года. Количество обострений в год составляла $1,9 \pm 0,17$. Продолжительность периодов ремиссии, соответственно, составила $(7,2 \pm 0,5)$ месяца. При анализе результатов ультразвукового денситометрического исследования нарушения минерализации костной ткани обнаружено у всех больных. При этом степень остеопении рос с возрастом пациенток, а также со стадией коксартроза и его продолжительности. Наряду с этим наблюдалось снижение качественных параметров кости: эластичности, плотности, а также прочности кости. Доминирующим фактором риска развития коксартроза является избыточная масса тела, ведь половина пациентов имеет показатель ИМТ $(27,2 \pm 0,6)$. С повышением ИМТ существенно менялась минеральная плотность костной ткани. В меньшей степени среди факторов риска на заболеваемость влияла тяжелый физический труд, гиподинамия, ожирение и сколиотическая осанка. Степень поражения тазобедренного сустава прямо коррелировал с показателем травматизации пациенток. При анализе клинической симптоматики установлено, что по индексу WOMAC-A преобладал боль умеренной интенсивности, который усиливался с понижением Т-индекса ($r = -0,63$; $p = 0,003$), эластичности ($r = -0,67$; $p = 0,001$), плотности ($r = -0,56$; $p = 0,01$) и прочности костной ткани ($r = -0,64$; $p = 0,002$). Более чем у половины больных наблюдался утренний и стартовый боль. Потенциальными условиями усиления болевого синдрома были: ходьба по неровной местности – в 50,0% больных, подъем по лестнице – в 45,0%, спуск по лестнице – в 35,0%. В 55,0% женщин боль усиливалась при длительном стоянии. На боль во время подъема и спуска по лестнице влияла избыточная масса тела. Скованность сустава по показателю индекса WOMAC-B также была преимущественно умеренной. Но ее уровень рос со снижением эластичности ($r = -0,54$; $p = 0,01$) и плотности ($r = -0,50$; $p = 0,03$) костной ткани.

Выводы. Виявлена многофакторная етіологія коксартрозу та остеопенії, яка складається з конституціональних факторів, факторів оточуючої середовища, генетичної сприйнятливості, механічних і травматичних пошкоджень, а також ендокринних та метаболічних змін в організмі, які порушують процеси ремоделювання субхондральної кістки та суглобового хряща. Механізми розвитку КА і ОП демонструють

как различия, так и сходства между этими состояниями. Установлена тесная связь между клиническими проявлениями КА и функциональным состоянием тазобедренных суставов женщин была обусловлена с одной стороны факторами риска, с другой, степенью остеопении и эластичностью, плотностью трабекулярного слоя костной ткани и ее прочности. Это позволяет утверждать об определении причинно-следственных связей развития КА в условиях сочетания с остеопенией.

Ключевые слова: коксартроз, остеопения, избыточная масса тела.

The aim of the study. Conduct research to determine the leading factors in the development of coxarthrosis in combination with osteopenia in women.

Materials and methods. The study involved 40 women aged 50 to 70 years, patients with coxarthrosis stage I-II according to Kellgren-Lowrence in combination with osteopenia. Women with stage II coxarthrosis predominated among the patients.

The history, clinical picture, functional disorders of the hip joint, trophological status, examination, palpation of the joints, joint mobility (goniometry), assessment of the condition of the cancellous bone tissue were performed by ultrasound densitometry of the calcaneus and statistical studies.

Results. The study of medical history showed that the duration of CA in 95.0% of patients ranged from 1 to 5 years, which was (3.85 ± 0.36) years. The number of exacerbations per year was 1.9 ± 0.17 . The duration of remission periods, respectively, was (7.2 ± 0.5) months. When analyzing the results of ultrasonic densitometric examination, bone mineralization disorders were found in all patients. The degree of osteopenia increased with the age of patients, as well as with the stage of coxarthrosis and its duration. Along with this, there was a decrease in the quality parameters of the bone: elasticity, density, and bone strength. The predominant risk factor for coxarthrosis is overweight, as half of patients have a BMI (27.2 ± 0.6) . With increasing BMI, bone mineral density changed significantly. To a lesser extent, the risk factors for the disease were influenced by hard physical labor, hypodynamics, obesity and scoliotic posture. The degree of damage to the hip joint was directly correlated with the rate of trauma to patients. In the analysis of clinical symptoms, it was found that the WOMAC-A index was dominated by pain of moderate intensity, which increased with decreasing T-index ($r = -0.63$; $p = 0.003$), elasticity ($r = -0.67$; $p = 0.001$), density ($r = -0.56$; $p = 0.01$) and bone strength ($r = -0.64$; $p = 0.002$). More than half of the patients had morning and initial pain. Potential conditions for the intensification of the pain syndrome were: walking on uneven terrain – in 50.0% of patients, climbing stairs – in 45.0%, descending stairs – in 35.0%. In 55.0% of women, the pain worsened during prolonged standing. Excess body weight affected the pain during the ascent and descent of the stairs. The stiffness of the joint according to the WOMAC-B index was also mostly moderate. But its level increased with decreasing elasticity ($r = -0.54$; $p = 0.01$) and density ($r = -0.50$; $p = 0.03$) of bone tissue.

Conclusions: the multifactorial etiology of coxarthrosis and osteodeficiency was revealed, which consists of constitutional factors, environmental factors, genetic susceptibility, mechanical and traumatic injuries, as well as endocrine and metabolic changes in the body that disrupt the processes of subchondral remodeling. The mechanisms of development of spacecraft and OP show both differences and similarities between these states. The close relationship between the clinical manifestations of CA and the functional state of the hip joints of women was due on the one hand to risk factors, on the other, the degree of osteopenia and elasticity, the density of the trabecular layer of bone tissue and its strength. This allows us to assert the causal relationship between the development of spacecraft in combination with osteopenia.

Key words: coxarthrosis, osteopenia, overweight.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Майкова Тетяна Володимирівна – доктор медичних наук, професор кафедри фізичної терапії, ерготерапії Придніпровської державної академії фізичної культури і спорту; м. Дніпро, Україна.
tv18061949@i.ua.

Толстикова Тетяна Миколаївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії Придніпровської державної академії фізичної культури і спорту; м. Дніпро, Україна.
tolstikova108@gmail.com.

Ефективність технології корекції нефіксованих порушень ОРА у юних спортсменів ігрових видів спорту

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

oleksandra.huzak@uzhnu.edu.ua, marjana.dub@uzhnu.edu.ua

Гузак А.Ю., Дуб М.М.

Эффективность технологии коррекции нефиксированных нарушений ОДА у юных спортсменов игровых видов спорта
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Huzak O.Y., Dub M.M.

The effectiveness of the technology of correction of non-fixed disorders of the musculoskeletal system in young athletes of game sports
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

На сьогодні у контексті актуальних трендів здоров'язбереження спортсменів формулювання мети та поточних завдань дослідження процесу фізичної реабілітації спортсменів ігрових видів спорту із нефіксованими порушеннями ОРА було спроектовано на нерозривну функціональну єдність останнього із процесом спортивної підготовки вищезгаданих, зорієнтованої на обов'язкове врахування широкого спектра детермінант їхньої спортивної спеціалізації [3–5] для максимально допустимої корекції [2,5] за умови паралельного збільшення адаптаційних резервів організму таких спортсменів [6,7].

Сучасні спортивні ігри вимагають високі тренувальні навантаження і велику кількість змагань [1,6], що вимагає розширення адаптаційних резервів організму спортсменів та сприяння механізмів саногенезу [7,10], а багаторічна підготовка – застосування засобів профілактичного та реабілітаційного впливу. Пояснення єдності мети профілактичного та реабілітаційного компонентів здоров'язберігаючої складової етапів першої стадії багаторічної підготовки спортсменів стала передумовою для зміщення акцентів у сферу використання засобів і методів фізичної реабілітації (ФР) (особливо на етапах дитячо-юнацького спорту) [3,5].

З огляду на вищевикладене видається доцільним стверджувати, що обраний у дослідженні підхід декларує єдиний стратегічний пріоритет в оздоровчу спрямованість на першому-третьому етапах спортивної підготовки, а також обґрунтовує раціональне застосування у програмах підготовки юних спортсменів комплексних заходів процесу фізичної реабілітації [1,6,8].

Мета дослідження – науково обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність застосування технології корекції нефіксованих порушень ОРА у юних спортсменів ігрових видів спорту.

Матеріали та методи

У дослідженні взяли участь 68 юних спортсменів з нефіксованими порушеннями ОРА, які спеціалізувалися в спортивних іграх: футбол, гандбол – юнаки 30 осіб; волейбол, баскетбол – дівчата – 38 осіб. Дослідження проводилося на базі комунального некомерційного підприємства "Центр спортивної медицини, санології та фізичної реабілітації" Закарпатської Обласної Ради, м. Ужгород, ДВНЗ «УжНУ» та ДСЮШ м. Ужгорода.

Методи дослідження: узагальнення та систематизація наукової літератури, теоретичні, емпіричні та математико-статистичні.

Результати дослідження та їх обговорення

Технології корекції нефіксованих порушень ОРА у юних спортсменів ігрових видів спорту убачали в посиленні здоров'язберігальної спрямованості та підготовки на основі раціонально виправданого введення засобів і методів фізичної реабілітації.

Пріоритетна значущість диференціації процесу фізичної реабілітації юних спортсменів ігрових видів спорту із нефіксованими порушеннями ОРА передбачала обґрунтування реабілітаційного діагнозу в умовах спортивної підготовки та проведення скринінгового дослідження. Розгляд результатів кожного ступеня скринінгового дослідження здійснювався за такою структурою:

1) клінічний діагноз спортсмена (форма патології (гостра, хронічна); стадія перебігу хронічного процесу (ремісія, загострення); вид порушення постави);

2) показник індивідуального рівня здоров'я (ІРЗ) спортсмена; лікарський висновок про допуск його до тренувальної діяльності;

3) корекція нефіксованих порушень ОРА спортсмена: кутів нахилу голови (α_1), нахилу тулуба (α_2),

положення тазових кісток (α_4), симетричності нижніх кутів лопаток (α_6); підвищення рівня стану біогеометричного профілю постави; підвищення статичної рівноваги тіла, статичної витривалості м'язів тулуба й ніг;

4) візуальний скринінг стану біогеометричного профілю постави, конкретизування міри відхилення рівня

стану біогеометричного профілю постави юних спортсменів від норми, окреслювали потребу останніх у корекційних впливах спеціальної спрямованості.

Такий підхід уможливує диференціювання стратегії й тактики процесу фізичної реабілітації юних спортсменів ігрових видів спорту (табл. 1).

Таблиця 1. Порівневий скринінг стану юних спортсменів

Ступінь	Метод дослідження	Оцінюваний параметр	Критерії оцінювання	Результат (тактика реабілітаційних впливів)
1	ПМО	функціональний стан спортсмена	здоровий; майже здоровий; має відхилення у стані здоров'я	наявність або відсутність патології; клінічний діагноз, форма (гостра, хронічна); стадія перебігу хронічного процесу (ремісія, загострення)
2	експрес-оцінювання рівня соматичного здоров'я (за Г.Л. Апанасенко)	індивідуальний рівень соматичного здоров'я спортсмена (ІРСЗ)	високий; вище за середній; середній; нижче за середній; низький	тренувальна діяльність у повному обсязі; режим РА (корекція тренувального процесу до моменту нормалізації функціонального стану); режим РА (часткове обмеження тренувального процесу в першому періоді програми фізичної реабілітації)
3	оцінювання параметрів, складників, індивідуального показника здоров'я	критерії функцій: м'язової системи; фізичного розвитку; зовнішнього дихання; резерву й економізації ССС	високий; вище за середній; середній; нижче за середній; низький	не вимагають корекції засобами фізичної реабілітації; підлягають впливу засобами та методами загальноорозвивальності загальнооздоровчої спрямованості; підлягають корекційним впливам тренувальних і позатренувальних блоках фізичної реабілітації
4	візуальний скринінг біогеометричного профілю постави	площина відхилення: фронтальна; сагітальна; рівень стану біогеометричного профілю постави	сколіотична постава; комбіновані порушення; плоска спина; кругла спина середній; низький	корекція нефіксованих порушень ОРА юних спортсменів; корекція кутів нахилу голови (α_1), нахилу тулуба (α_2), положення тазових кісток (α_4), симетричності нижніх кутів лопаток (α_6); підвищення рівня стану біогеометричного профілю постави; підвищення статичної рівноваги тіла, статичної витривалості м'язів тулуба й ніг

Для побудови програм фізичної реабілітації юних спортсменів ігрових видів спорту із нефіксованими порушеннями ОРА послуговувалися такими методичними принципами: урахування рівня стану біогеометричного профілю постави; відповідність характеру використовуваних вправ, дозування фізичного навантаження, послідовності й інтенсивності виконання вправ; дотримання в ході організації процесу фізичної реабілітації принципу поступовості та послідовності – під час навчання правильному положенню тіла (з опорою, без опори об стінку) та корекції порушення постави;

створення позитивного емоційного фону занять; акцентуація для методично грамотної побудови програми фізичної реабілітації на принципі поступового зростання фізичного навантаження спеціальної спрямованості в кожному занятті та протягом усього курсу фізичної реабілітації.

Комплексний підхід до реалізації технології фізичної реабілітації спортсменів із нефіксованими порушеннями ОРА вирізнявся регламентацією обов'язкової активної участі у реабілітаційному процесі не лише спортсменів, а й також їхніх батьків які протягом

усього курсу реабілітації повинні були брати участь у навчальних семінарах варіабельної кратності. Крім останніх, під час навчання послуговувалися наочною демонстрацією техніки виконання фізичних вправ, дібраних для наповнення позатренувальних блоків фізичної реабілітації, вдавалися до пояснення механізмів дії на організм спеціально-оздоровчих засобів, вивчення способів дозування фізичних вправ і методів контролю за виконанням.

Ефективність практичного впровадження технології фізичної реабілітації юних спортсменів 12–14 років із нефіксованими порушеннями ОРА визначалася у зміні рівня їхнього соматичного здоров'я. Отримані дані дали підставу стверджувати, що комплексне використання засобів і методів технології в ході підготовки 68 обстежуваних спортсменів (футбол, гандбол – юнаки (30 осіб), волейбол, баскетбол – дівчата (38 осіб) забезпечило істотні зміни структури рівня їхнього соматичного здоров'я (табл. 2).

Таблиця 2. Порівняльний аналіз даних щодо індивідуального рівня здоров'я юних спортсменів до та після експерименту (n = 68)

Етап експерименту	Кількість юних спортсменів із різними показниками рівня індивідуального здоров'я, (% від кількості в групі)				
	низький	нижче за середній	середній	вище за середній	високий
на початку експерименту	–	13 (19,12)	32 (47,06)	16 (23,53)	7 (10,29)
після закінчення експерименту	–	–	12 (17,65)	21 (30,88)	35 (51,47)

Шляхом порівняльного оцінювання показників соматичного здоров'я юних спортсменів із нефіксованими порушеннями ОРА до та після реалізації технології простежено зменшення кількості спортсменів із недостатніми для ефективної тренувальної діяльності показниками соматичного здоров'я та із середніми (пограничними) показниками здоров'я на 19,12% і 29,41% відповідно на тлі збільшення кількості спортсменів із достатніми для тренувальної діяльності та «безпечними» для соматичного здоров'я показниками ІРЗ: вище за середні – на 7,35%, високі – на 41,18%. Вищевикладене дає підстави констатувати про ефективність технології консолідації програм фізичної реабілітації зі структурними компонентами процесу підготовки юних спортсменів із нефіксованими порушеннями ОРА.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні наукових досліджень щодо питань пов'язаних із розробкою технології корекції порушень юних

спортсменів ігрових видів спорту з нефіксованими порушеннями ОРА.

Висновки

1. Проведене дослідження дозволило висвітлити деякі аспекти особливості застосування технології корекції порушень постави юних спортсменів ігрових видів спорту з нефіксованими порушеннями ОРА.

2. Комплексне використання засобів і методів технології в ході підготовки 68 обстежуваних спортсменів забезпечило зменшення кількості спортсменів із недостатніми для ефективної тренувальної діяльності показниками соматичного здоров'я та із середніми (пограничними) показниками здоров'я на 19,12% і 29,41%.

3. Збільшилася кількість спортсменів із достатніми для тренувальної діяльності та «безпечними» для соматичного здоров'я показниками ІРЗ: вище за середні – на 7,35%, високі – на 41,18%, що вказує на істотні зміни структури рівня їхнього соматичного здоров'я.

Література

1. Дорошенко Е. «Проблема травматизму в ігрових видах спорту та перспективи використання засобів фізичної реабілітації». Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, № 18 (Січень 11, 2020): 127-132.
2. Граевская Н.Д. Особенности врачебного контроля в зависимости от пола и возраста [Электронный ресурс] / Н.Д. Граевская, Т.И. Довлатова // ЛФК и массаж. 2014; 3:54–60.
3. Кашуба В.А. Показатели соматического здоровья юных спортсменов как основа дифференцированного подхода к реализации программ физической реабилитации / В.А. Кашуба, С.С. Люгайло // Теория и методика физ.культуры. 2015. С.59-80.
4. Кашуба В.О. Интеграция программ физической реабилитации в процесс первого–третьего этапов подготовки спортсменов при дисфункциях систем их организма / В.О. Кашуба, С.С. Люгайло, С.М. Футорний // Спортивна медицина і фізична реабілітація, 2019;1:99-112.

5. Корягин В.М. Здоровье спортсмена: теоретические предпосылки формирования здоровьесберегающего направления в процессе многолетней подготовки / В.М. Корягин // Теория и методика физ. культуры. 2014;4:10-24.
6. Криволап Н.В. Нетрадиционные методы реабилитации спортсменов с дисплазией соединительной ткани Олимп. спорт и спорт для всех : материалы XVIII междунар. науч. конгр. Алматы, 2014;3:321-24.
7. Люгайло С.С. Физическая реабилитация при дисфункциях соматических систем у спортсменов в процес се многолетней подготовки / С.С.Люгайло // Луцк: Вежа. 2016. 244 с.
8. Маслова Е.В. Медико-биологические особенности подготовки юных спортсменок в спортивных играх [Электронный ресурс] / Е.В. Маслова, С.М. Дасюк, В.В. Муха // Спорт. медицина : Материалы III Всерос. конгр. «Медицина для спорта-2013». Режим доступа: <http://www.sportmedicine.ru/medforsport-2013/maslova.php>
9. Миронюк І., Гузак О. Вплив засобів технології корекції порушень постави юних спортсменів на стан біогеометричного профілю Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2019;34: 30-39.
10. Ніколаєнко В.В. Система багаторічної підготовки футболістів до досягнення вищої спортивної майстерності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора наук з фіз. виховання та спорту. 24.00.01. К., 2015. 41 с.

References

1. Doroshenko E. "The problem of injuries in sports and prospects for the use of physical rehabilitation." Youth Scientific Bulletin of the Lesia Ukrainka East European National University, № 18 (January 11, 2020): 127-132.
2. Graevskaya N.D. Features of medical control depending on sex and age [Electronic resource] / N.D. Graevskaya, T.I. Dovlatova // Exercise therapy and massage. 2014; 3: 54–60.
3. Kashuba V.A. Indicators of somatic health of young athletes as the basis of a differentiated campaign for the implementation of physical rehabilitation programs / V.A. Kashuba, S.S. Lugailo // Theory and methods of physical culture. 2015. P.59-80.
4. Kashuba V.O. Integration of physical rehabilitation programs in the process of the first-third stages of training athletes with dysfunctions of their body systems / V.O. Kashuba, S.S. Lugailo, C.M. Futorny // Sports Medicine and Physical Rehabilitation, 2019; 1: 99-112.
5. Koryagin VM Athlete's health: theoretical preconditions for the formation of a health-saving direction in the process of long-term training / V.M. Koryagin // Theory and methods of phys. culture. 2014; 4: 10-24.
6. Krivolap N.V. Unconventional methods of rehabilitation of athletes with connective tissue dysplasia Olympus. sport and sport for all: materials XVIII international. scientific Congr. Almaty, 2014; 3: 321-24.
7. Lyugailo S.S. Physical rehabilitation in dysfunctions of somatic systems in athletes in the process of long-term training / S.S. Lyugailo // Lutsk: Vezha. 2016. 244 p.
8. Maslova E.V. Biomedical features of training young athletes in sports games [Electronic resource] / E.V. Maslova, S.M. Dasyuk, V.V. Fly // Sport. medicine: Materials of the III All-Russia. Congr. "Medicine for Sports-2013". Access mode: <http://www.sportmedicine.ru/medforsport-2013/maslova.php>
9. Myronyuk I., Huzak O. Influence of means of technology of correction of posture disorders of young athletes on the state of biogeometric profile Youth Scientific Bulletin of the Lesia Ukrainka East European National University. 2019; 34: 30-39.
10. Nikolaenko V.V. The system of long-term training of football players to achieve higher sportsmanship: author's ref. dis. for science. degree of Doctor of Science in Phys. education and sports. 24.00.01. K., 2015. 41 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.08.2021 р.

У статі наведені відомості щодо ефективності застосування технології корекції нефіксованих порушень ОРА у юних спортсменів ігрових видів спорту.

Мета дослідження – науково обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність застосування технології корекції нефіксованих порушень ОРА у юних спортсменів ігрових видів спорту.

Матеріали та методи: теоретичні, емпіричні та математико-статистичні методи. У дослідженні взяли участь 68 спортсменів віком 12-14 років (футбол, гандбол – юнаки (30 осіб), волейбол, баскетбол – дівчата (38 осіб)).

Результати. Відбулося зменшення кількості спортсменів із недостатніми для ефективної тренувальної діяльності показниками соматичного здоров'я та із середніми (пограничними) показниками здоров'я на 19,12% і 29,41%, та збільшилася кількість спортсменів із достатніми для тренувальної діяльності та «безпечними» для соматичного здоров'я показниками ІРЗ: вище за середні – на 7,35%, високі – на 41,18%, що вказує на позитивну динаміку та істотні зміни структури рівня їхнього соматичного здоров'я.

Ключові слова: юні спортсмени, соматичне здоров'я, фізична реабілітація, технології, порушення, опорно-руховий апарат.

В статті приведені свідчення об ефективності застосування технології корекції нефіксованих порушень ОДА у юних спортсменів ігрових видів спорту.

Цель исследования – науково обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність застосування технології корекції нефіксованих порушень ОДА у юних спортсменів ігрових видів спорту.

Матеріали і методи: теоретичні, емпіричні та математико-статистичні методи. В дослідженні взяли участь 68 спортсменів у віці 12-14 років (футбол, гандбол – юноши (30 чоловік), волейбол, баскетбол – дівчата (38 чоловік)).

Результати. Произошло зменшення кількості спортсменів з недостатніми для ефективної тренувальної діяльності показателями соматичного здоров'я та середніми (пограничними) показателями здоров'я на 19,12% та 29,41%, та збільшилась кількість спортсменів з достатніми для тренувальної діяльності та «безпечними» для соматичного здоров'я показателями ІУЗ: вище середнього – на 7,35%, високі – на 41,18%, що вказує на позитивну динаміку та суттєві зміни структури рівня їх соматичного здоров'я.

Ключевые слова: юні спортсмени, соматичне здоров'я, фізична реабілітація, технології, порушення, опорно-двигальний апарат.

The article provides information on the applications efficiencies of the correction technology of non-fixed disorders in musculoskeletal system of young athletes playing sports.

The aim of the study – scientifically substantiate and experimentally verify application efficiencies of the correction technology of non-fixed disorders in musculoskeletal system of young athletes playing sports.

Materials and methods: theoretical, empirical, mathematical and statistical methods. The study involved 68 athletes between the ages of 12 and 14 (football, handball – 30 boys, volleyball, basketball – 38 girls).

Results. There has been a decrease in the number of athletes with insufficient for effective training somatic health indicators, and with average (marginal) health indicators by 19,12% and 29,41%, and increase in the number of athletes with sufficient and “safe” for training activities somatic health indicators of individual level of health: by 7.35% above average, by 41,18% – high rate, indicating positive dynamics and significant changes in the structure level of their somatic health.

Key words: young athlete, somatic health, physical rehabilitation, techniques, disorders, musculoskeletal system.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Гузак Олександра Юрївна – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», доцент кафедри фізичної реабілітації.

+380 (50) 673-50-05, oleksandra.huzak@uzhnu.edu.ua.

Дуб Мар'яна Михайлівна – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», доцент кафедри наук про здоров'я.

+380 (99) 737-85-45, marjana.dub@uzhnu.edu.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240813
УДК 616.72-002.77:615.825]-082.4/8(477.87)

Потокий Н.Й., Дудаш Г.В., Миронюк І.С.

Доступність послуг з фізичної реабілітації для пацієнтів Закарпатської області з центральною формою анкілозуючого спондилоартрити (за результатами опитування пацієнтів)

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

natalia.potokiy@uzhnu.edu.ua, ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua

Потокий Н.Й., Дудаш Г.В., Миронюк І.С.
Доступность услуг физической реабилитации для пациентов Закарпатской области с центральной формой анкилозирующего спондилоартрита (по результатам опроса пациентов)
ГБУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Potokiy N.I., Dudash H.V., Myronyuk I.S.
Availability of physical rehabilitation services for patients of Transcarpathian region with central form of ankylosing spondyloarthritis (according to the results of patient surveys)
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Відомо, що фізична активність особи, хворої на анкілозуючий спондилоартрит є основною умовою ефективності комплексного лікування. При цьому спеціальна фізична активність повинна бути спрямована на збільшення рухливості в уражених відділах хребта і суглобах кінцівок, компенсаторне збільшення рухливості в неушкоджених відділах хребта, зміцнення м'язів спини і кінцівок, покращення функції зовнішнього дихання і серцево-судинної системи [1]. За результатами дослідження різних авторів у пацієнтів з анкілозуючим спондилоартритом встановлені ефективність загальної лікувальної гімнастики [2], спеціальних фізичних вправ для м'язів спини [3], грудної клітини [4], периферійних суглобів [5], анаеробних вправ [38], корекції осанки на твердому ліжку, кінезіотерапія в басейні з мінеральною водою [6]. Низкою дослідників доведено роль кінезіотерапії у збереженні функціонального та соціального статусу пацієнтів [7,8].

В той же час, наявна низка досліджень, яка показує, що індивідуальна програма вправ вдома або під наглядом є кращою, ніж без втручання спеціаліста [9]; контрольована групово фізіотерапія краща за домашні вправи; комбінована стаціонарна СПА-кінезіотерапія з наступною груповою лікувальною гімнастикою є кращою, ніж ізольована групово фізіотерапія [2,10]. В Україні система реабілітації пацієнтів різних груп соматичних захворювань знаходиться на етапі становлення [11] і питання доступності послуг реабілітаційної допомоги для пацієнтів з анкілозуючим спондилоартритом є актуальним.

Мета роботи – дослідити доступність послуг з фізичної реабілітації для пацієнтів Закарпатської області з центральною формою анкілозуючого спондилоартрити та визначити основні проблеми в забезпеченні

немедикаментозної складової лікування даної групи пацієнтів.

Матеріали та методи

Основним методом дослідження даної роботи виступив соціологічний метод. Соціологічне дослідження передбачало анонімне опитування у вигляді анкетування хворих на анкілозуючий спондилоартрит. Комплексне соціологічне дослідження проводились на базі КНП «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака» ЗОР, під час якого було опитано 24 особи, жителів села та міста чоловічої статі, які хворіють на анкілозуючий спондилоартрит. Під час дослідження визначалися соціально-демографічні характеристики пацієнтів, активність захворювання (індекс BASDAI) та зміни функції хребта і суглобів (індекс BASFI), а також з'ясували рівень обізнаності хворих про роль немедикаментозної терапії в лікуванні анкілозуючого спондилоартрити [12]. Частина питань розробленої анкети стосувалося вивчення оцінки пацієнтами доступності послуг з фізичної терапії та основних проблем в забезпеченні немедикаментозної складової їх лікування.

При виконанні дослідження нами, окрім соціологічного, було використано наступні методи дослідження: бібліосемантичний, статистичний та метод системного підходу і системного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

В опитуванні взяли участь 24 особи. Усі опитані пацієнти були чоловічої статі, 58,33% (14 осіб) становили мешканці міста, 41,67% (10 осіб) – мешканці села. Середній вік респондентів 39,9 років (вік опитаних – від 27 до 52 років). Середня тривалість захворювання на

анкілозуючий спонділоартрит 10,9 років (мінімальна 3 роки, максимальна 29 років).

Загалом, отримані результати відповідей респондентів на визначені запитання анкети вказують на вкрай низький рівень доступності до фахових послуг фізичної терапії для даної категорії пацієнтів в регіоні. Так, жоден з опитаних пацієнтів за весь час хвороби не приймав участь в групових заняттях для хворих з анкілозуючим спонділоартритом і, навіть, не інформований чи такі групи існують; не займався фізичною терапією або лікувальною гімнастикою за індивідуальною планом реабілітації, не проходив навчання щодо організації самостійних занять лікувальної гімнастики. Регулярно відвідують оздоровчі SPA-центри/басейни тільки 2 пацієнтів (8,3%) з опитаних.

Важливим є те, що значна частка опитаних – 54,2% (13 респондентів) взагалі не виконують фізичних вправ

(рис. 1). Щодо вподобань респондентів інформаційних джерел для вибору спеціальних фізичних вправ та їх комплексів, то виявилось, що переважна більшість з тих хто займається лікувальною гімнастикою – 8 пацієнтів (72,7%) використовують інформацію із доступних джерел мережі Інтернет. Інші консультувалися з фітнес-тренером або лікуючим лікарем (ревматологом), окремі опитані використовували кілька джерел інформації (див. рис. 1).

Звертає на себе увагу той факт, що жоден з респондентів не звертався за консультативною допомогою до свого сімейного лікаря або до фізичного терапевта.

Практичних навиків, навчання щодо техніки виконання тих чи інших вправ з лікувальної гімнастики у спеціалістів не отримав ніхто з опитуваних. 5 респондентів (20,8% опитаних) вказали, що займалися з метою навчання правильності виконання фізичних вправ з фітнес-тренером та/або масажистом (рис. 2).

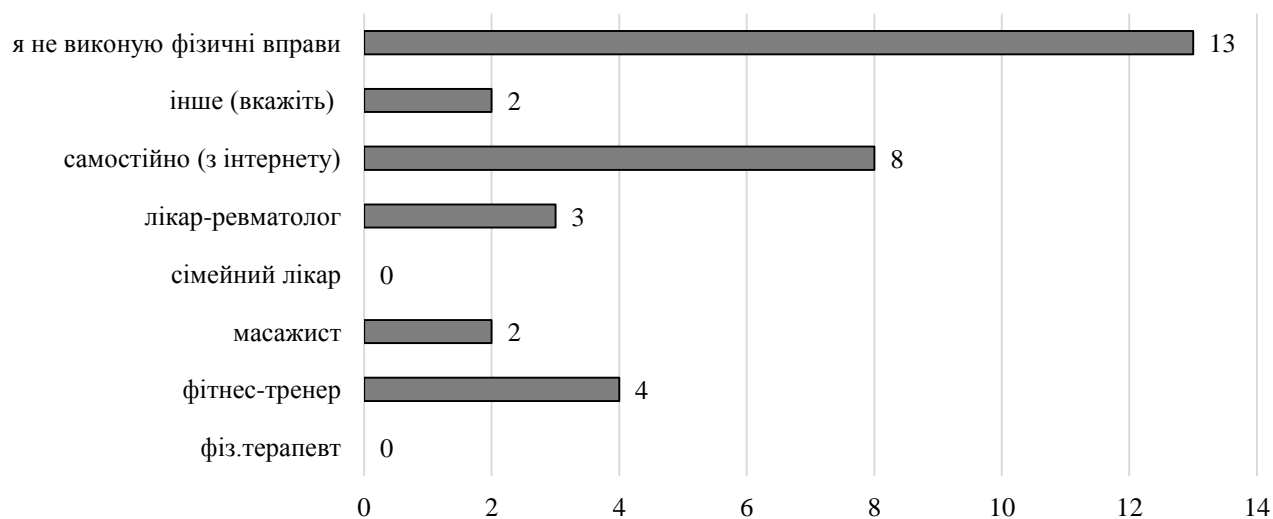


Рис. 1. Розподіл відповідей на запитання «Хто допомагає Вам у підборі фізичних вправ? (може бути декілька відповідей)»

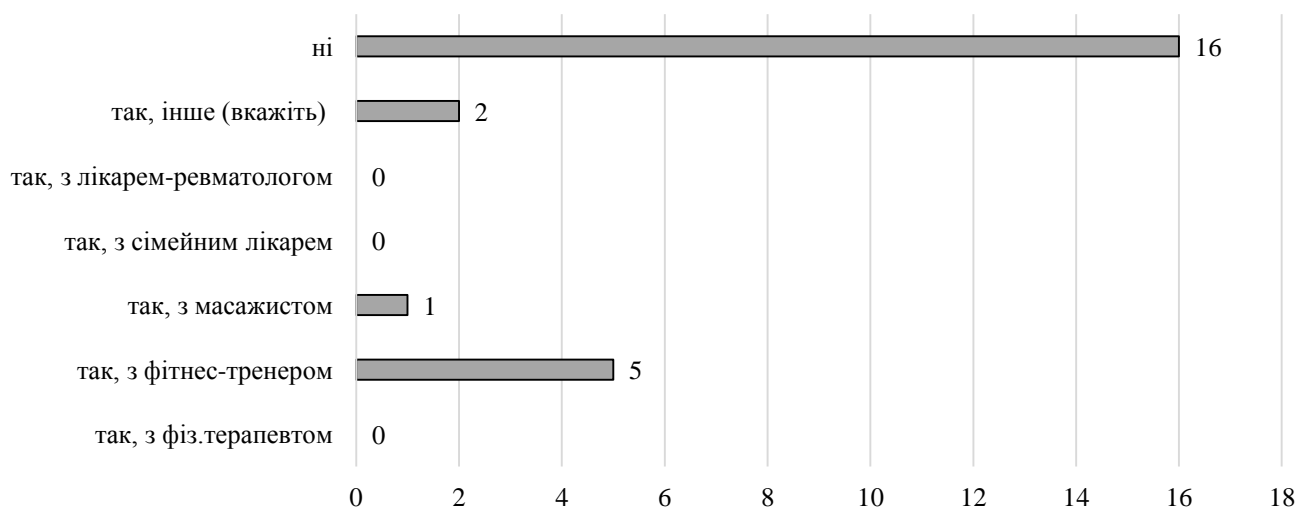


Рис. 2. Розподіл відповідей на запитання «Чи проходили Ви навчання щодо виконання вправ лікувальної гімнастики? (може бути декілька відповідей)»

Цікавим є той факт, що жоден пацієнт не відмітив ролі сімейного лікаря або фізичного терапевта в супроводі немедикаментозного лікування основного захворювання.

Відомо, що незначній частці пацієнтів вдається самостійно впоратися з проявами і наслідками цього хронічного захворювання і забезпечити достойну якість власного життя [13]. Кожен пацієнт має потребу в розумінні його ситуації, в інформації і допомозі, щоб краще впоратися із зовнішніми і внутрішніми труднощами. З цією метою в багатьох країнах існують так звані групи самопомоги, що створюються за рахунок об'єднання зацікавлених осіб. Основними цілями таких об'єднань є сприяння поліпшенню фізичного та психічного здоров'я, працездатності; надання інформації з питань медичного, соціального права та консультування членів та їхніх родичів з питань, пов'язаних із хворобою; передавати обмін досвідом серед хворих; підтримувати співпрацю з лікарями, подібними асоціаціями та організаціями соціального та медичного секторів [14].

За результатами опитування жоден з включених нами в дослідження пацієнтів з анкілозуючим спонділоартритом не володіє інформацією про доступні в регіоні/країні асоціації пацієнтів та/або групи самопомоги для таких хворих. І, відповідно, ніхто не є членом подібної організації.

З метою вивчення можливих причин, що впливають на доступність послуг з фізичної терапії в комплексному лікуванні хворих з анкілозуючим спонділоартритом, нами було також зібрано інформацію про бачення самих пацієнтів щодо проблем, з якими їм доводиться стикатися, які перешкоджають реалізації щоденних фізичних активностей. Респондентам було запропоновано обрати серед існуючих відповідей ті, які вони вважали за потрібне та вказати власні бачення. За результатами аналізу анкет необхідно відмітити, що найбільш популярними були відповіді, що вказували на відсутність власне фахівця, з яким можна було б проконсультуватися (таку відповідь в різних формулюваннях відмітило 66,7% опитаних) та фінансові проблеми в можливості залучення приватно практикуючих фахівців (58,3% опитаних).

Загалом, за результатами аналізу усіх відповідей респондентів на блок питань, щодо їх особистих перешкод у доступі до послуг фізичної терапії можна виділити такі групи перешкод в належному забезпеченні нефармакологічного лікування анкілозуючого спонділоартриту для хворих Закарпатської області:

1. Відсутність мультидисциплінарного підходу у веденні пацієнтів з анкілозуючим спонділоартритом та, особливо, відсутність участі в лікуванні пацієнтів фізичного терапевта.

2. Недостатній супровід хворих з боку сімейних лікарів для формування прихильності до здорового способу життя, немедикаментозного лікування захворювання.

3. Несприятливі умови для задоволення потреб у фізичній активності – віддаленість фізкультурно-оздоровчих комплексів, спа-центрів/басейнів, особливо для жителів сіл; фінансовий тягар, пов'язаний з оплатою цих послуг; відсутність профільних групових занять та, взагалі, доступних спеціалістів фізичних терапевтів, які б надавали фахові консультативні послуги в цих закладах.

4. Недостатній психосоціальний супровід як самих хворих, так і членів їх родини.

5. Відсутність в регіоні організованих груп взаємодопомоги для пацієнтів з анкілозуючим спонділоартритом, які могли б бути корисними у вирішенні окремих проблем цієї категорії людей.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження заплановано проводити у напрямку визначення готовності сімейних лікарів для фахового і інформаційного супроводу пацієнтів Закарпатської області з центральною формою анкілозуючого спонділоартриту в частині забезпечення немедикаментозного компоненту їх комплексної терапії.

Висновки

Результати проведеного соціологічного дослідження серед групи осіб чоловічої статі, що хворіють на анкілозуючий спонділоартрит показали наступне.

1. Отримані дані свідчать про абсолютну недоступність для хворих з анкілозуючим спонділоартритом, жителів Закарпатської області, спеціалізованих послуг з фізичної терапії як базового компоненту немедикаментозної терапії. Жоден з опитаних пацієнтів за весь час хвороби не приймав участь в групових заняттях для хворих з анкілозуючим спонділоартритом, не займався фізичною терапією за індивідуальною програмою, не проходив навчання щодо лікувальної гімнастики.

2. Можна виділити такі групи перешкод в належному забезпеченні нефармакологічного лікування анкілозуючого спонділоартриту для хворих Закарпатської області: відсутність мультидисциплінарного підходу у веденні хворих; недостатній супровід з боку сімейних лікарів; несприятливі умови для задоволення потреб у фізичній активності; недостатній психосоціальний супровід як самих хворих так і членів їх родини; відсутність в регіоні організованих груп взаємодопомоги для пацієнтів з даним захворюванням. Вирішення цих проблем можливе за умови впровадження низки заходів – інформаційно-просвітницьких, організаційних, освітніх, заходів з покращення доступності для задоволення потреб у фізичній активності (організація проведення мастер-класів, онлайн-школ, створення реєстру фізкультурно-оздоровчих комплексів, фітнес-клубів і спортивних центрів).

Література

1. Полулях М.В., Герасименко С.І. Реабілітація хворих на анкілозуючий спондилоартрит // Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія. 2004; 1. 11 – 13.
2. Altan L., Bingöl U., Aslan M., Yurtkuran M. The effect of balneotherapy on patients with ankylosing spondylitis. *Scand. J. Rheumatol.* 2006; (35): 283 – 289.
3. Lubrano E., D'Angelo S., Parsons W.J. et al. Effectiveness of rehabilitation in active ankylosing spondylitis assessed by the ASAS response criteria. *Rheumatology (Oxford)*. 2007; 46(11): 1672 – 1675.
4. Ince G., Sarpel T., Durgun B., Erdogan S. Effects of a multimodal exercise program for people with ankylosing spondylitis. *Physical Therapy*. 2006; (86): 924 – 935.
5. Lim H.J., Moon Y.I., Lee M.S. Effects of home-based daily exercise therapy on joint mobility, daily activity, pain, and depression in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int.* 2005; 25(3): 225 – 229.
6. Van Tubergen A., Landewé R., Van der Heijde D., et al. Combined spa-exercise therapy is effective in patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2001; (45): 430 – 438.
7. Masiero S., Bonaldo L., Pigatto M., et al. Rehabilitation treatment in patients with ankylosing spondylitis stabilized with tumor necrosis factor inhibitor therapy. A randomized controlled trial. *The Journal of Rheumatology*. 2011; 38(7): 1335 – 1342.
8. Brophy S., Cooksey R., Davies H., et al. The effect of physical activity and motivation on function in ankylosing spondylitis: A cohort study. *Semin Arthritis & Rheumatology*. 2013; 42(6): 619 – 626.
9. Поддубный, Д. А., Ребров А.П. Проблема ранней диагностики анкилозирующего спондилита. *Клиницист*. 2008; 4.: 24–28.
10. Носкова А.С., Лаврухина А.А. Стратегия применения лечебной физкультуры при хронических воспалительных заболеваниях суставов с целью локального и системного воздействия. *Научно-практическая ревматология*. 2008; 46(5): 47 – 50.
11. Myronyuk I.S. State of readiness for the health system of Ukraine for implementation of a new model of rehabilitation aid / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph // G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. et al. Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 135-149.
12. Потокій Н.Й., Дудаш Г.В., Миронюк І.С. Визначення місця кінезітерпії в комплексному лікуванні анкілозуючого спондилоартриту (за результатами опитування пацієнтів). *Україна. Здоров'я нації*. 2021; 1 (63): 88-93.
13. Осипок Н.В., Горяев Ю.А. Оценка качества жизни больных анкилозирующим спондилоартритом. Актуальные проблемы охраны здоровья населения и организации здравоохранения в условиях ОМС: сб. ст. межрегион. конф. Выпуск 5. Иркутск, 2005: 48 – 52.
14. Румянцева Д.Г., Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. Проект мобильного приложения «ASpine» для пациентов с ранним аксиальным спондилоартритом. *Научно-практическая ревматология*. 2017; 55(6): 621–627.

References

1. Poluliakh M.V., Herasymenko S.I. Reabilitatsiia khvorykh na ankirozuiuchy spondyloartryt //Med. reabilitatsiia, kurortolohiia, fizioterapiia. 2004; 1. 11 – 13.
2. Altan L., Bingöl U., Aslan M., Yurtkuran M. The effect of balneotherapy on patients with ankylosing spondylitis. *Scand. J. Rheumatol.* 2006; (35): 283 – 289.
3. Lubrano E., D'Angelo S., Parsons W.J. et al. Effectiveness of rehabilitation in active ankylosing spondylitis assessed by the ASAS response criteria. *Rheumatology (Oxford)*. 2007; 46(11): 1672 – 1675.
4. Ince G., Sarpel T., Durgun B., Erdogan S. Effects of a multimodal exercise program for people with ankylosing spondylitis. *Physical Therapy*. 2006; (86): 924 – 935.
5. Lim H.J., Moon Y.I., Lee M.S. Effects of home-based daily exercise therapy on joint mobility, daily activity, pain, and depression in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int.* 2005; 25(3): 225 – 229.
6. Van Tubergen A., Landewé R., Van der Heijde D., et al. Combined spa-exercise therapy is effective in patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2001; (45): 430 – 438.
7. Masiero S., Bonaldo L., Pigatto M., et al. Rehabilitation treatment in patients with ankylosing spondylitis stabilized with tumor necrosis factor inhibitor therapy. A randomized controlled trial. *The Journal of Rheumatology*. 2011; 38(7): 1335 – 1342.
8. Brophy S., Cooksey R., Davies H., et al. The effect of physical activity and motivation on function in ankylosing spondylitis: A cohort study. *Semin Arthritis & Rheumatology*. 2013; 42(6): 619 – 626.
9. Poddubnyj, D. A., Rebrov A.P. Problema rannej diagnostiki ankiroziruyushchego spondilita. *Klinicist*. 2008; 4: 24–28.
10. Noskova A.S., Lavrukhiina A.A. Strategiya primeneniya lechebnoj fizkul'tury pri khronicheskikh vospalitel'nykh zabolevaniyakh sustavov s cel'yu lokal'nogo i sistemnogo vozdejstviya. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2008; 46(5): 47 – 50.

11. Myronyuk I.S. State of readiness for the health system of Ukraine for implementation of a new model of rehabilitation aid / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph // G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. et al. Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 135-149.

12. Potokii N.I., Dudash H.V., Myroniuk I.S. Vyznachennia mistsia kineziterpii v kompleksnomu likuvanni ankilozuiuchoho spondyloartrytu (za rezultatamy opytuvannia patsientiv). Ukraina. Zdorovia natsii. 2021; 1 (63): 88-93.

13. Osipok N.V., Goryaev YU.A. Ocenka kachestva zhizni bol'nykh ankiloziruyushchim spondilozitrom. Aktual'nye problemy okhrany zdorov'ya naseleniya i organizacii zdavookhraneniya v usloviyakh OMS: sb. st. mezhregion. konf. Vypusk 5. Irkutsk, 2005: 48 – 52.

14. Romyanceva D.G., Dubinina T.V., Ehrdes SH.F. Proekt mobil'nogo prilozheniya «ASpine» dlya pacientov s rannim aksial'nym spondilozitrom. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2017; 55(6): 621–627.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.07.2021 р.

Мета роботи – дослідити доступність послуг з фізичної реабілітації для пацієнтів Закарпатської області з центральною формою анкілозуючого спонділоартрититу та визначити основні проблеми в забезпеченні немедикаментозної складової лікування даної групи пацієнтів.

Матеріали та методи. Комплексне соціологічне дослідження проводились на базі КНП «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака» ЗОР, під час якого було опитано 24 особи, жителів села та міста чоловічої статі, які хворіють на анкілозуючий спонділоартрит. При виконанні дослідження нами, окрім соціологічного, було використано наступні методи дослідження: бібліосемантичний, статистичний та метод системного підходу і системного аналізу.

Результати. Жоден з опитаних пацієнтів за весь час хвороби не приймав участь в групових заняттях для хворих з анкілозуючим спонділоартритом і, навіть, не інформований чи такі групи існують; не займався фізичною терапією або лікувальною гімнастикою за індивідуальним планом реабілітації, не проходив навчання щодо організації самостійних занять лікувальною гімнастикою. Значна частка хворих – 54,2% взагалі не виконують фізичних вправ. 72,7% опитаних використовують інформацію із доступних джерел мережі Інтернет. Інші консультувалися з фітнес-тренером або лікуючим лікарем (ревматологом). 66,7% опитаних відмітили відсутність власне фахівця, з яким можна було б проконсультуватися та 58,3% респондентів відмітили фінансові проблеми в можливості залучення приватно практикуючих фахівців.

Висновки. Отримані дані свідчать про абсолютну недоступність для хворих з анкілозуючим спонділоартритом, жителів Закарпатської області, спеціалізованих послуг з фізичної терапії. Визначено групи перешкод в належному забезпеченні нефармакологічного лікування анкілозуючого спонділоартрититу в Закарпатській області.

Ключові слова: анкілозуючий спонділоартрит, фізична терапія, доступність послуг, пацієнти.

Цель работы – исследовать доступность услуг по физической реабилитации для пациентов Закарпатской области с центральной формой анкилозирующего спондилоартрита и определить основные проблемы в обеспечении немедикаментозной составляющей лечения данной группы пациентов.

Материалы и методы. Комплексное социологическое исследование проводилось на базе КНП «Закарпатская областная клиническая больница им. А. Новака» ЗОС, во время которого было опрошено 24 человека, жителей села и города мужского пола, страдающих анкилозирующим спондилоартритом. При выполнении исследования нами, кроме социологического, были использованы следующие методы исследования: библиосемантический, статистический и метод системного подхода и системного анализа.

Результаты. Ни один из опрошенных пациентов за все время болезни не принимал участие в групповых занятиях для больных с анкилозирующим спондилоартритом и даже не информирован существуют ли такие группы; не занимался физической терапией или лечебной гимнастикой по индивидуальному плану реабилитации, не проходил обучение по организации самостоятельных занятий лечебной гимнастикой. Значительная часть больных – 54,2% вообще не выполняют физических упражнений. 72,7% опрошенных используют информацию из доступных источников сети Интернет. Другие консультировались с фитнес-тренером или лечащим врачом (ревматологом). 66,7% опрошенных отметили отсутствие собственнo специалиста, с которым можно было бы проконсультироваться и 58,3% респондентов отметили финансовые проблемы в возможности привлечения частнопрактикующих специалистов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об абсолютной недоступности для больных с анкилозирующим спондилоартритом, жителей Закарпатской области, специализированных услуг по физической терапии. Определены группы препятствий в должном обеспечении нефармакологического лечения анкилозующего спондилоартрита в Закарпатской области.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилоартрит, физическая терапия, доступность услуг, пациенты.

Objective: to investigate the availability of physical rehabilitation services for patients of Transcarpathian region with the central form of ankylosing spondyloarthritis and to identify the main problems in providing non-drug component of treatment of this group of patients.

Materials and methods. Comprehensive sociological research was conducted on the basis of communal non-profit enterprise "Transcarpathian Regional Clinical Hospital named after A. Novak" of Transcarpathian regional council, during which 24 persons, residents of the village and the city of males, who suffer from ankylosing spondyloarthritis were interviewed. When performing the study, in addition to sociological, we used the following research methods: bibliosemantic, statistical and the method of systemic approach and systemic analysis.

Results. None of the patients interviewed during the entire period of the disease did not participate in group classes for patients with ankylosing spondyloarthritis and, even, is not informed whether such groups exist; did not engage in physical therapy or therapeutic gymnastics according to an individual rehabilitation plan, did not undergo training in the organization of independent therapeutic gymnastics classes. A significant part – 54.2%, purposefully do not perform physical exercises. 72.7% of respondents use information from available Internet sources. Others consulted a fitness trainer or attending physician (rheumatologist). 66.7% of respondents noted the absence of a specialist to consult with and 58.3% of respondents noted financial problems in the possibility of attracting private practitioners.

Conclusions. The obtained data demonstrate the absolute inaccessibility for patients with ankylosing spondyloarthritis, the residents of the Transcarpathian region, specialized physical therapy services. Groups of obstacles in the proper provision of non-pharmacological treatment of ankylosing spondyloarthritis in the Transcarpathian region have been identified.

Key words: ankylosing spondyloarthritis, physical therapy, availability of services, patients.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Потокій Наталія Йосипівна – кандидат медичних наук, викладач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
natalia.potokiy@uzhnu.edu.ua.

Дудаш Габрієлла Василівна – магістр фізичної терапії, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
dudash.habriella@student.uzhnu.edu.ua.

Миронюк Іван Святославович – доктор медичних наук, професор, декан факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240814
УДК 618.14-005.1:618.17-008.811]-07-08-085.357-089

Корчинська О.О.¹, Созанська М.А.²

Сучасні аспекти ведення пацієнток із аномальними матковими кровотечами

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

²Гінекологічне відділення Ужгородської центральної міської клінічної лікарні, м. Ужгород, Україна

xena.0474@gmail.com, mariasozanskaya@gmail.com

Корчинская О.А.¹, Созанская М.А.²

Современные аспекты ведения пациенток с аномальными маточными кровотечениями

¹ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

²Гинекологическое отделение Ужгородской центральной городской клинической больницы, г. Ужгород, Украина

Korchynska O.O.¹, Sozanska M.A.²

Modern aspects of the management of patients with abnormal uterine bleeding

¹Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

²Gynecology Department of Uzhhorod Central City Clinical Hospital, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Аномальна маткова кровотеча (АМК) – узагальнювальне поняття для будь-якого відхилення менструального циклу від норми, що включає зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається. До АМК не належать кровотечі з шийки матки і піхви, кровотечі, пов'язані з вагітністю. Особливу актуальність набуває проблема удосконалення методів лікування гінекологічних захворювань, які супроводжуються порушеннями репродуктивної функції організму жінки. До числа таких захворювань належать і аномальні маткові кровотечі (АМК). У теперішній час частота даної патології складає 48% всіх гінекологічних захворювань [1]. Відповідно сучасним уявленням, гемостаз у матці під час менструації – це результат тонкого збалансованого процесу між агрегацією тромбоцитів, утворенням фібрину та регенерацією тканин, з одного боку, та інгібуванням простагландінами тромбоцитів, вазодилатацією та фібринолізом – з іншого боку. За даними літератури, АМК обумовлені функціональними порушеннями у системі гіпоталамус – гіпофіз – яєчники, в основі яких лежать порушення ритмічної секреції гормонів яєчника [2]. Зазначені гормональні зміни призводять до гіперплазії і секреторної трансформації ендометрія. Якщо проліферуючий ендометрій переповнює порожнину матки, то на окремих ділянках виникають порушення трофіки з подальшим локальним відторгненням і кровотечею. Кровотеча підтримується підвищеним утворенням простагландинів у тривало проліферуючому ендометрії [3]. Гармонійність процесів, що відбуваються в менструальному циклі, здійснюється за рахунок повноцінності гонадотропної стимуляції, адекватного функціонування яєчників, синхронної взаємодії периферичної та центральної ланок регуляції – зворотної

аферентації [4]. При порушенні гормональної функції головного мозку або яєчників відбуваються зміни в менструальному циклі. Порушення функції гіпофізу, аденома та дисбаланс в продукції його гормонів іноді приводять до гіперпролактинемії, яка, в свою чергу, може провокувати АМК. Робочою групою з порушень менструального циклу Міжнародної федерації гінекологів і акушерів (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) розроблені нові підходи до термінології, пов'язаної з АМК. Запропонована номенклатура АМК спрямована на спрощення опису клінічної картини і заміщення таких застарілих термінів, як «менорагія», «метрорагія», «поліменорея» і «дисфункціональні маткові кровотечі» [5]. Замість застарілих термінів рекомендується використовувати декілька нових. Аномальна маткова кровотеча – узагальнює поняття для будь-якого відхилення менструального циклу від норми, що включає зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається. АМК можна розділити на кілька типів залежно від обсягу крововтрати, регулярності, частоти, тривалості менструації і у зв'язку з репродуктивним віком. Тяжка (рясна) менструальна кровотеча є найбільш поширеною скаргою при АМК. Її визначають як «надмірну менструальну крововтрату, що порушує фізичний стан, соціальні, емоційні та/або матеріальні умови життя жінки. Даний симптом може бути ізольованим або поєднуватися з іншими» [6]. Хронічна АМК: аномальна за обсягом, регулярністю та/або частотою маткова кровотеча, яка спостерігається протягом більшості з останніх 6 місяців. Гостра АМК являє собою епізод настільки рясної кровотечі, що вимагає термінового втручання лікаря з метою запобігання подальшій крововтраті. Гостра АМК може виникнути на фоні існуючої хронічної АМК або з'явитися вперше. За оновленою класифікаційною системою FIGO 2018

тривалість нормального менструального циклу становить від 24 до 38 днів, а тривалість менструальної кровотечі 4-8 днів. Варіабельність тривалості міжменструального періоду при регулярних менструаціях становить не більше 7-9 днів в залежності від віку. Окрім уніфікованої термінології (FIGO system1), у 2011 році була створена, а у 2018 році модифікована класифікаційна система АМК, яка враховує можливі взаємопов'язані причини кровотеч у кожному окремо взятому клінічному випадку (FIGO system2 – PALM-COEN). У цій класифікаційній системі представлено 9 основних категорій: Р – polyp (поліп), А – adenomyosis (аденоміоз), L – leiomyoma (лейоміома), М – malignancy (злоякісні процеси), С – coagulopathy (коагулопатія), О – ovulatory dysfunction (овуляторна дисфункція), Е – endometrial (ендометриальна патологія), І – iatrogenic (ятрогенні причини), N – not otherwise classified (некласифіковані причини). За першими літерами латинських назв цих категорій створена назва класифікації та мнемонічний прийом: PALM-COEN (PALM – долоня, COEN – співзвучно «монета»). Передбачається можливість співіснування декількох етіологічних факторів АМК: наприклад, міоми матки, поліпа ендометрія і овуляторної дисфункції. У цілому компоненти групи PALM належать до структурних причин, які можуть бути оцінені за допомогою методів візуалізації та/або патогістології. Група категорій COEN включає причини, не пов'язані зі структурною патологією, тобто функціонального характеру, для діагностики яких необхідні здебільшого лабораторні дослідження. Користуватись класифікацією PALM-COEN необхідно виключно з огляду на клінічну ситуацію [7]. Найбільш частими причинами АМК у репродуктивному віці є аденоміоз, міома матки, які нерідко поєднуються з транзиторними порушеннями овуляції. Найпоширенішою причиною хронічної ановуляції у репродуктивному віці є СПКЯ [8].

Мета дослідження: запропонувати сучасний алгоритм діагностично-лікувальних заходів при АМК у жінок репродуктивного віку для їх профілактики в майбутньому.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети на базі гінекологічного відділення Ужгородської центральної міської клінічної лікарні нами були обстежені 90 пацієнок з АМК у віці від 25 до 40 років з порушеннями менструального циклу у вигляді тривалих кровотеч (>8 днів) з великою крововтратою (>80 мл). У процесі дослідження хворих було поділено на дві групи, першу групу склали 60 пацієнок, яким проводились діагностично-лікувальні заходи за розробленою нами схемою: анамнез захворювання, проводили тести функціональної діагностики, клінічний аналіз крові, сечі, ультразвукове дослідження внутрішніх статевих органів, гормональний стан, обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом. Обстеження включало також проведення цитологічного дослідження аспірату із порожнини матки, гістологічне дослідження зішкрібів

ендометрію. Гінекологічний статус оцінювався на підставі ректо-абдомінального та вагінального досліджень. При дослідженні гормонального статусу було визначено концентрації лютеїнізуючого та фолікулоstimулюючого гормонів (ЛГ та ФСГ), прогестерону (ПРГ), естрадіолу (Е2), пролактину (ПРЛ), тиреотропного гормону (ТТГ). Діагностика інфекцій, що передаються статевим шляхом. До другої групи належали 30 жінок, яким проведено «сліпе» вишкрібання стінок порожнини матки, загальноприйняті методи обстеження (загальний аналіз крові, сечі, кров на визначення групи, резус-фактор), гістологічне дослідження зішкрібів ендометрію. Методи лікування жінок першої групи: призначення комбінованих оральних контрацептивів (КОК) із вмістом дієногест+ естрадіол, використання синтетичних прогестагенів з мікродозами гормонів, прийом модуляторів прогестеронових рецепторів, встановлення внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом, для корекції анемії в схему лікування включали препарати заліза, хірургічні методи – гістероскопія, лапароскопія.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік пацієнок першої групи становив $32 \pm 1,5$, другої групи – 30 ± 2 . При надходженні усі жінки скаржились на порушення менструального циклу, рясні менструації, больовий симптом, також спостерігались: головний біль у першій групі 26 (43,3%) і 12 (40%) у другій групі, запаморочення – 18 (30%) і 10 (33,3%) випадках відповідно, масталгія – 12 (20%) і 5 (16,7%), порушення сну – 4 (6,7%) і 3 (10%). Вік менархе у 1-й групі в середньому становив $14,8 \pm 1,2$, у другій групі – $14,2 \pm 1,8$. Характеристика менструального циклу у групах відповідно: середня тривалість менструації дорівнювала $9,7 \pm 2,3$ і $9,6 \pm 2,4$ днів, середня тривалість менструального циклу – $38,7 \pm 2,3$ і $38,3 \pm 2,7$ днів. Жінок, які в анамнезі мали 1 пологи у першій групі було – 19 (31,7%), у другій – 8 (26,7%), 2 пологів – 21 (35%) і 9 (30%) відповідно, 3 і більше – 9 (15%) і 6 (20%). Жінки, які не народжували – 11 (18,3%) і 7 (23,3%) відповідно. У 1-й групі перенесли в минулому гінекологічні операції 42 (70%) пацієнтки, з них: поліпектомія – 17 (28,3%), консервативна міомектомія – 10 (16,7%), кесарів розтин – 7 (11,7%), із приводу кіст і полікістозних яєчників – 5 (8,3%), позаматкової вагітності (тубектомія) – 3 (5%). У 2-й групі перенесли в минулому гінекологічні операції 19 (63,3%) пацієнтки, з них: поліпектомія – 5 (16,7%), кесарів розтин – 4 (13,3%), консервативна міомектомія – 4 (13,3%), із приводу кіст і полікістозних яєчників – 3 (10%), позаматкової вагітності (тубектомія) – 3 (10%). Серед жінок переважали хворі з хронічними циклічними АМК. Характер порушень менструального циклу у пацієнок: циклічні – перша група – 19 (31,7%), друга група – 9 (30%), ациклічні – перша група – 11 (18,3%), друга група – 8 (26,7%), хронічні – перша група – 21 (35%), друга група – 10 (33,3%), гострі – перша група – 9 (15%), друга група – 9 (30%). У 45 (75%) жінок 1-ї групи діагностовано анемію (легкого або середнього ступеня), у 4 (6,7%) хворих – тяжкого ступеня. Трансвагінальне УЗД е

«золотим стандартом» діагностики, що дозволяє детально оцінити анатомічні аномалії матки та ендометрія, а також виявити структурну патологію міометрія, шийки матки, маткових труб і яєчників. Збільшення розмірів матки у пацієток першої групи спостерігали у 53 (88,3%) випадках, неоднорідна гіперехогенна структура – 49 (81,7%), нерівномірність товщини ендометрія – 47 (78,3%). Дані УЗД порожнини матки свідчать про гіперпластичні процеси ендометрію у 39 (65%) пацієток з АМК (М-ехо – $14 \pm 3,5$). При їх доплерометричному дослідженні спостерігалось посилення кровотоку в ендометрії, що може бути пов'язане із збільшенням числа естрогенних рецепторів і посиленням дії естрадіолу. Під час кровотечі до крові домішуються зрушені клітини ендометрію, які перетворюють профібринолізин у фібринолізин та сприяють утворенню фібринових згортків, що підвищує кровотечу. У розвитку АМК відіграють роль також нейроендокринні і метаболічні порушення. Важливе значення має рутинне визначення індексу маси тіла (ІМТ), оскільки ожиріння є фактором ризику багатьох захворювань, у тому числі асоційованих із порушеннями менструального циклу. Ми виявили супутню патологію у 51 (85%) жінки першої групи, а саме: ожиріння у 21 (35%) пацієнтки, захворювання щитоподібної залози – 13 (21,7%), цукровий діабет та інсулінорезистентність – 10 (16,7%), гіпертонічну хворобу – 7 (11,6%). У 57 (95%) жінок першої групи виявлені хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів, а саме: ендометрит, кольпіт, вагініт, цервіцит, при цьому збудники найчастіше були: кандидоз – 23 (38,3%), уреоплазмоз – 15 (25%), хламідіоз – 12 (20%), мікоплазмоз – 7 (11,7%). В перегляді класифікаційної системи FIGO 2018 наголошується на необхідності приділення належної уваги запальним процесам ендометрія (хронічний ендометрит) у жінок з АМК. Визнається доцільність діагностики інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС), зокрема хламідійної інфекції [9]. В активному репродуктивному періоді провідна роль в патогенезі АМК належить зміні чутливості яєчникових рецепторів до дії гонадотропних гормонів, а також рецепторів ендометрію до естрогенів і прогестерону. У пізньому репродуктивному періоді, в зв'язку з поступовим зниженням чутливості гіпоталамічних центрів до стероїдних гормонів, посилюється продукція гіпофізом гонадотропнів, а яєчниками – статевих гормонів. Внаслідок поступового виснаження функції яєчників формується лютеїнова недостатність, що призводить до гіперестрогенії на тлі гіпопрогестеронемії. Вивчення гормонального статусу у обстежених жінок першої групи виявило зміни рівнів гормонів у другій фазі циклу, підвищення рівня естрадіолу і зниження рівня прогестерону. Таким чином, ми спостерігали гіперестрогенію у 47 (78,3%) випадках, гіпопрогестеронемію у 45 (75%) пацієток. Порушення функції гіпофізу, аденома та дисбаланс в продукції його гормонів іноді приводять до гіперпролактинемії, яка в свою чергу може провокувати АМК. Гіперпролактинемія виявлена у 43 (71,7%) жінок першої групи. Підвищення ТТГ – 16 (26,7%), ЛГ – 17 (28,3%), та зниження ФСГ –

38 (63,3%). За даними гістологічного дослідження зіскрібу ендометрія у жінок 1-ї групи виявили: поліп ендометрію – 11 (18,3%), гіперплазія ендометрія – 17 (28,3%), поєднана патологія матки (гіперплазія ендометрія і поліп) – 32 (53,4%). У пацієток другої групи: поліп ендометрію – 5 (16,7%), гіперплазія ендометрія – 9 (30%), поєднана патологія матки (гіперплазія ендометрія і поліп) – 16 (53,3%).

Лікування АМК у жінок першої групи залежало від етіологічного фактора, а також від характеру перебігу процесу. У жінок другої групи виконане «сліпе» вишкрібання стінок порожнини матки і цервікального каналу.

Медикаментозне лікування є терапією вибору у більшості пацієток (якщо дозволяють клінічні обставини) і включало такі засоби: КОК із вмістом дієногест + естрадіол у 13 (21,7%) випадках. Єдиною комбінацією естрогену і прогестину, схваленою для лікування важких менструальних кровотеч у жінок без органічної патології, є естрадіол валерат + дієногест в режимі динамічних дозувань. Ефективність даного препарату була продемонстрована у двох великих рандомізованих дослідженнях за участю 47 центрів у Північній Америці і 34 в Австралії та Європі, в тому числі в Україні. Згідно з результатами даних широкомасштабних досліджень зниження обсягу менструальної крововтрати склало до 88% після 6 циклів лікування. При цьому, покращення спостерігалось вже після першого циклу лікування і супроводжувалося значним поліпшенням параметрів метаболізму заліза. Використання синтетичних прогестагенів з мікродозами гормонів: етинілестрадіол 0,015 мг + гестоден 0,060 мг – 9 (15%) жінок. Було проведено рандомізоване дослідження за участю 45 жінок монофазні КОК, що містять 30 мкг етинілестрадіолу, зменшували менструальну крововтрату на 43% від початкового рівня протягом 2 циклів [6]. Прийом модуляторів прогестеронових рецепторів, при застосуванні яких спостерігається зменшення росу вузлів міоми без дії на клітини нормального міометрію. Встановлення внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС) 10 (16,7%) пацієнткам за відсутності значної структурної патології істотно знижує менструальні крововтрати. Зменшення менструальної кровотечі на 86% через 3 місяці і на 97% через 12 місяців було продемонстровано в дослідженні з використанням ЛНГ-ВМС у жінок з менорагією. Також виявлено збільшення рівня гемоглобіну і сироваткового феритину після введення ЛНГ-ВМС жінкам із анемією, що виникла внаслідок АМК. Мета-аналіз 8 досліджень, який порівнює ефективність і прийнятність ЛНГ-ВМС у порівнянні з хірургічним лікуванням АМК, включаючи абляцію і гістеректомію, продемонстрував, що ЛНГ-ВМС забезпечувала таке ж поліпшення якості життя жінки, що і хірургічні методи [6]. Вибір на користь хірургічного лікування ґрунтувалось на наступних факторах: нестабільність клінічного стану жінки, наявність протипоказань до медикаментозного лікування, відсутність ефекту від медикаментозного лікування і

анамнестичні вказівки на неефективність всіх медикаментозних методів. Хірургічні методи включали: гістероскопія – при наявності поліпів ендометрія – 11 (18,3%) жінок. Лапароскопія – кісти, СПКЯ (дрілінг – пробивання, проколівання, сверління) – 5 (8,3%) пацієнок. Після досягнення контролю над гострою кровотечею обов'язковим є перехід до тривалої підтримуючої терапії. Для корекції анемії в схему лікування включали препарат заліза (II): сульфат заліза 247,25 мг + фолієва кислота 0,35 мг по 1 таб. двічі на добу під контролем результатів загального аналізу крові та рівня феритину в сироватці крові в динаміці. Після виписки зі стаціонару гемостимулююча терапія продовжувалась додатково ще 2–3 місяці до нормалізації рівня феритину в сироватці крові (відновлення депо заліза). Після досягнення контролю над гострою кровотечею обов'язковим є перехід до тривалої підтримуючої терапії. Після проведеного лікування у жінок I групи ми спостерігали: відновлення регулярного менструального циклу, відновлення овуляції, зменшення менструального більового синдрому. Рецидиви АМК у першій групі мали місце лише у 3 (5%) жінок. У жінок другої групи рецидиви спостерігались у 23 (76,7%) випадках.

Перспективи подальших досліджень

Поглиблене вивчення патогенезу АМК з метою удосконалення існуючих методів діагностики та лікування

для зниження частоти рецидивів та покращення якості життя жінок.

Висновки

Сучасні технології ведення пацієнок повинні включати дообстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, і гормональний статус. Використання у лікуванні малоінвазивних органозберігаючих хірургічних технік повинно стати рутинною практикою. Призначення низькодозованих гормональних препаратів з місцевою дією, модуляторів рецепторів прогестерону потрібно включати у схему лікування АМК. Метод дилатації і вишкрібання нині не є стандартом початкової оцінки ендометрія. Це «сліпа» процедура, ризик ускладнень якої є ідентичним до ризику при гістероскопії. Застосовувати даний метод з метою оцінки стану ендометрія варто лише за відсутності інших діагностичних можливостей. При виявленні структурної патології лікування повинно здійснюватися згідно з відповідними протоколами. Якщо причиною маткових кровотеч є системне захворювання, необхідно проводити його специфічне лікування у профільного спеціаліста (ендокринолог, гематолог та ін.). Після виключення злоякісних новоутворень та патології органів малого тазу в якості першої лінії терапії АМК слід розглядати медикаментозне лікування. Лікування ставить за мету наступне: корекція анемії, зменшення обсягу крововтрати при менструації, профілактика рецидивів, підвищення якості життя.

Література

1. Кузьміна О.О., Нагута Л.О., Ткачова О.В. «Комплексний підхід до лікування хворих з аномальними матковими кровотечами», Збірник тез I заочної науково-практичної конференції м. Харків, 12 квітня 2018 р. с. 46-49.
2. Вдовиченко Ю.П. Аномальные маточные кровотечения репродуктивного возраста – современное состояние проблемы, средства коррекции / Ю. П. Вдовиченко, Е. Н. Гопчук, Т. В. Герасимова // Здоровье женщины. – 2012. – № 9 (75). – С. 032–036.
3. Гулиева В.Н., Биштави А.Х., Костин А.Ю., и др. Особенности состояния эндометрия у больных с аномальными маточными кровотечениями // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2014. – Том 1, №1. – С.12 – 14.
4. Подзолкова Н.М. Нарушения менструального цикла в репродуктивном периоде / Подзолкова Н.М., Данышина В.А. – Медицинский совет., 2014. – №9. – С. 44 – 48.
5. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Committee. (2019). Corrigendum to “The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions” [Int J Gynecol Obstet 143 (2018) 393-408.]. Int J Gynecol Obstet. 144 (2):237–237. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30609040>.
6. Запорожан В.М., Татарчук Т.Ф., Бер А. «Національний консенсус щодо ведення пацієнок із аномальними матковими кровотечами» Репродуктивна ендокринологія №1 (21) / березень 2015, с – 7-14.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.04.2016 № 353 (зі змінами 23.09.2016 № 994) «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги аномальні маткові кровотечі». С. 18.
8. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. (2018). Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Hum Reprod.33 (9):160218.<https://academic.oup.com/humrep/article/33/9/1602/5056069>.
9. Бурка О.А., Тутченко Т.М., Шумицький А.В. «Роль лабораторних досліджень у діагностиці причин аномальних маткових кровотеч» Здоровье женщины №3 (139)/2019 с. 49-52.

References

1. Kuzmina O.O., Nahuta L.O., Tkachova O.V. «Kompleksnyi pidkhid do likuvannia khvorykh z anomalnyu matkovyumu krovotechamy», Zbirnyk tez I zaochnoi naukovo-praktychnoi konferentsii m. Kharkiv, 12 kvitnia 2018 r. s 46-49.
2. Vdovychenko Yu.P. Anomальные маточные кровотечения репродуктивного возраста – современное состояние проблемы, средства коррекции / Yu. P. Vdovychenko, E. N. Hopchuk, T. V. Herasymova // Zdorove zhenshchyny. – 2012. – № 9 (75). – S. 032–036.
3. Hulyeva V.N., Byshtavy A.Kh., Kostyn A.Iu., y dr. Osobennosti sostoiannya endometriya u bolnykh s anomalnyu matochnyu krovotechenyamy // Akusherstvo, hynekolohiya y reproduktsiya. – 2014. – Tom 1, №1. – S.12 – 14.
4. Podzolkova N.M. Narusheniya menstrualnogo tsykla v reproduktivnom peryode / Podzolkova N.M., Danshyna V.A. – Medytsynskiy sovet., 2014. – №9. – S. 44 – 48.
5. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Committee. (2019). Corrigendum to “The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions” [Int J Gynecol Obstet 143 (2018) 393-408.]. Int J Gynecol Obstet. 144 (2):237–237. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30609040>.
6. Zaporozhan V.M., Tatarchuk T.F., Ber A. «Natsionalnyi konsensus shchodo vedennia patsientok iz anomalnyu matkovyumu krovotechamy» Reproduktyvna endokrynolohiia №1 (21) / berezen 2015, s – 7-14.
7. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovya Ukrainy vid 13.04.2016 № 353 (zi zminamy 23.09.2016 № 994) «Unifikovanyi klinichniy protokol pervynnoi, vtrynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy anomalni matkovi krovotechi». s-18.
8. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. (2018). Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Hum Reprod. 33 (9):160218.<https://academic.oup.com/humrep/article/33/9/1602/5056069>.
9. Burka O.A., Tutchenko T.M., Shumytskyi A.V. «Rol laboratornykh doslidzhen u diahnozytsi prychn anomalnykh matkovykh krovotekh» Zdorove zhenshchyny №3 (139)/2019 s 49-52.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.09.2021 р.

Мета дослідження: запропонувати сучасний алгоритм діагностично-лікувальних заходів при АМК у жінок репродуктивного віку для їх профілактики в майбутньому.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети нами були обстежені 90 пацієнок з АМК у віці 25 – 40 років з порушеннями менструального циклу у вигляді тривалих кровотеч (>8 днів) з великою крововтратою (>80 мл).

Результати. Серед жінок переважали хворі з хронічними циклічними АМК. У 57 (95%) жінок першої групи виявлені хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів: кандидоз – 23 (38,3%), уреоплазмоз – 15 (25%), хламідіоз – 12 (20%), мікоплазмоз – 7 (11,7%). Вивчення гормонального статусу у обстежених жінок першої групи виявило підвищення рівня естрадіолу і зниження рівня прогестерону. Таким чином, ми спостерігали гіперестрогенію у 47 (78,3%) випадках на фоні гіпопрогестеронемії – 45 (75%). Методи лікування жінок першої групи: призначення комбінованих оральних контрацептивів (КОК) із вмістом діногест+естрадіол, використання синтетичних прогестагенів з мікродозами гормонів, прийом модуляторів прогестеронових рецепторів, встановлення внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом, для корекції анемії в схему лікування включали препарати заліза, хірургічні методи – гістероскопія, лапароскопія. У другій групі жінкам проведено «сліпе» вишкрібання стінок порожнини матки, загальноприйняті методи обстеження. Рецидиви у першій групі мали місце лише у 3 (5%) жінок. У жінок другої групи рецидиви спостерігались у 23 (76,7%) випадках.

Висновки. Сучасні технології ведення пацієнок повинні включати дообстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом і гормональний статус. Використання у лікуванні малоінвазивних органозберігаючих хірургічних технік повинно стати рутинною практикою. Призначення низькодозованих гормональних препаратів з місцевою дією, модуляторів рецепторів прогестерону потрібно включати у схему лікування АМК.

Ключові слова: аномальна маткова кровотеча, порушення менструального циклу, класифікація PALM-COEIN, гормональна терапія, негормональна терапія, хірургічне лікування.

Цель исследования: предложить современный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при АМК у женщин репродуктивного возраста для их профилактики в будущем.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами были обследованы 90 пациенток с АМК в возрасте 25–40 лет с нарушениями менструального цикла в виде длительных кровотечений (>8 дней) с большой кровопотерей (>80 мл).

Результаты. Среди женщин преобладали больные с хроническими циклическими АМК. В 57 (95%) женщин первой группы выявлены хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов: кандидоз у 23 (38,3%), уреоплазмоз – 15 (25%), хламидиоз – 12 (20%), микоплазмоз – 7 (11,7%). Изучение гормонального статуса у

обстежених жінок першої групи виявило підвищення рівня естрадіола і зниження рівня прогестерона. Таким образом, мы наблюдали гиперэстрогению в 47 (78,3%), гипопрогестеронемия – в 45 (75%) пациенток. Методи лечения женщин первой группы: назначение комбинированных оральных контрацептивов (КОК), содержащих диеногест + эстрадиол, использование синтетических прогестагенов с микродозами гормонов, прием модуляторов прогестероновых рецепторов, установление внутриматочной системы с левоноргестрелом, для коррекции анемии в схему лечения включали препараты железа, хирургические методы – гистероскопия, лапароскопия. Во второй группе женщинам проведено «слепое» выскабливание стенок полости матки, общепринятые методы обследования. Рецидивы в первой группе имели место лишь в 3 (5%) женщин. У женщин второй группы рецидивы наблюдались в 23 (76,7%) случаях.

Выводы. Современные технологии ведения пациенток должны включать дообследование на инфекции, передающиеся половым путем, и гормональный статус. Использование в лечении малоинвазивных органосохраняющих хирургических техник должно стать рутинной практикой.

Ключевые слова: аномальное маточное кровотечение, нарушение менструального цикла, классификация PALM-COEIN, гормональная терапия, негормональная терапия, хирургическое лечение.

The purpose of the research: to propose a modern algorithm for diagnostic and therapeutic measures for AUB in women of reproductive age for its prevention in the future.

Materials and methods. To achieve this goal, we examined 90 patients with AUB at the age of 25–40 years with menstrual irregularities in the form of prolonged bleeding (>8 days) with excessive blood loss (80 ml).

Results. Patients with chronic cyclic AUB predominated among women. In 57 (95%) women of the first group, chronic inflammatory diseases of the internal genital organs were detected: candida – 23 (38.3%), ureaplasma – 15 (25%), chlamydia – 12 (20%), mycoplasma – 7 (11.7%). The study of the hormonal status in the examined women of the first group revealed an increasing in the level of estradiol and a decreasing in the level of progesterone. Thus, we observed hyperestrogenia in 47 (78.3%) cases, hypoprogesteronemia – 45 (75%). Methods of treatment for women in the first group: prescribing combined oral contraceptives (COCs) containing dienogest + estradiol, using synthetic progestogens with microdoses of hormones, taking progesterone receptor modulators, using an intrauterine system with levonorgestrel, iron supplementation was included in the treatment to correct anemia, surgical methods – hysteroscopy, laparoscopy. In the second group, women underwent "blind" scraping of the walls of the uterine cavity, conventional examination methods. Recidive in the first group occurred only in 3 (5%) women. In women of the second group, recidive was observed in 23 (76.7%) cases.

Conclusions. Modern technologies for managing patients should include additional examination for sexually transmitted infections and hormonal status. The use of minimally invasive organ-preserving surgical techniques in the treatment should become a routine practice.

Key words: abnormal uterine bleeding, menstrual irregularities, PALM-COEIN classification, hormone therapy, nonhormonal therapy, surgical treatment.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Корчинська Оксана Олександрівна – д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», акушер-гінеколог КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» жіночої консультації № 1.

+380 (50) 290-97-58, xena.0474@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-7265-4829.

Созанська Марія Андріївна – лікар-інтерн зі спеціальності «Акушерство та гінекологія» КНП УМПБ УМР; м. Ужгород, Україна.

+380 (96) 147-68-28, mariasozanskaya@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-1205-7915.

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240815
УДК 613:378:31/34:91(477-25)(092)

Васильев К.К.¹, Васильев Ю.К.²

ПРОФЕССОР КАФЕДРЫ ГИГИЕНЫ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОЛИЦИИ, МЕДИЦИНСКОЙ ГЕОГРАФИИ И СТАТИСТИКИ УНИВЕРСИТЕТА СВЯТОГО ВЛАДИМИРА В.А. СУББОТИН (1844–1898)

¹Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

²Сумской государственной университет, г. Сумы, Украина

vasylyevkk.odessa@gmail.com

Васильев К.К.¹, Васильев Ю.К.²

Професор кафедри гігієни, медичної поліції, медичної географії та статистики Університету Святого Володимира В.А. Субботін (1844–1898)

¹Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

²Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Vasyliiev K.K.¹, Vasyliiev Ju.K.²

Professor of the Department of hygiene, medical police, medical geography and statistics of the University of Saint Vladimir V.A. Subbotin (1844–1898)

¹Odessa National Medicine University, Odessa, Ukraine

²Sumy State University, Sumy, Ukraine

Введение

Уже при жизни Виктора Андреевича Субботина была опубликована его биография [11]; затем появилась обстоятельная статья в связи с его кончиной [10]; в советскую эпоху был издан о нем ряд статей [1,2,6,9,12]; его личность продолжает привлекать внимание исследователей и в современной Украине [3,13–16], а также в РФ и ФРГ [5,8,17]. Анализ публикаций о видном украинском ученом Субботине показал, что, несмотря на сравнительно большое их количество, они не полно освещают его жизнь и деятельность, поэтому требуется привлечение новых исторических источников, не только опубликованных, но и архивных.

Цель. В связи со 150-летием организации кафедры гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики в Киевском университете Святого Владимира осветить важные пробелы в биографии организатора и первого заведующего этой кафедры В.А. Субботина, акцентируя внимание, прежде всего, на академической карьере профессора.

Материалы и методы

Источником для данной работы были как опубликованные материалы, ряд из которых вводятся нами в научный оборот впервые, так и архивные [послужные списки В.А. Субботина: Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 4754. ЛЛ. 354-357; там же. Д. 4762. ЛЛ. 426-444; там же. Д. 4817. ЛЛ. 1-16]. Использован историко-биографический метод.

Результаты исследования и их обсуждение

Он родился 1/13 марта 1844 г. в Прилуках Полтавской губернии – ныне этот город в Черниговской

области, в православной семье штатного смотрителя Прилукского уездного училища, имеющего чин титулярного советника (гражданский чин 9 класса по «Табели о рангах», где 1-й высший, а 14-й – низший чин).

Здесь и далее мы будем проставлять двойные даты; то есть давать информацию одновременно по старому стилю – тому, который использовался в Российской империи в период жизни нашего героя, и новому стилю, по которому мы сейчас живем. В большинстве публикаций это не сделано, что ставит читателя в трудное положение, а также запутывает при проведении компаративного анализа.

Виктор Субботин среднее образование получил в Первой киевской гимназии, которую окончил в 1861 г. Сразу после этого он поступил в Университет Святого Владимира, выбрав медицинский факультет. Он с увлечением занимался в химической лаборатории проф. И.А. Тютчева (1834-1892), где выполнил исследование о действии марганцовокислого калия на белковые вещества; медицинскую полицию с гигиеной ему читал профессор кафедры государственного врачеведения Ф.Ф. Эргардт (1828-1895); но он попадает под обаяние профессора-терапевта Ф.Ф. Меринга (1822-1887) и решает посвятить себя клинике внутренних болезней. Студенческие годы пролетели быстро, настало время сдавать выпускные экзамены. В то время допускалось выпускникам сдавать экзамен прямо на степень доктора медицины. (Это как бы современный студент во время государственного экзамена сдавал бы его не только для получения диплома врача, но одновременно сдал бы и кандидатский экзамен, то есть экзамен для допуска к защите кандидатской диссертации).

8/20 апреля 1867 г. университетский совет слушал представление медицинского факультета, в котором говорилось, что Виктор Андреевич подвергся испытанию на степень доктора медицины, выполнив все требуемые условия от лиц ищущих упомянутой степени; вследствие

чего 31 марта /12 апреля 1867 г. медицинским факультетом он был удостоен степени лекаря с правом получить степень доктора медицины по представлению и публичной защите диссертации. Совет определил – выдать господину Субботину диплом на указанную степень.¹

Выше было сказано, что Виктор Субботин хотел стать терапевтом, а на факультете его знали как талантливого студента и поэтому предложили остаться при кафедре частной патологии и терапии для подготовки к профессорскому званию. 12/24 сентября 1867 г. медицинский факультет выслушал рапорт проф. Ф.Ф. Меринга о зачислении в стипендиаты университета для приготовлению к профессорскому званию лекаря Субботина и единогласно определил – просить о соответствующем распоряжении совета университета. В рапорте проф. Меринга, в частности, говорилось, что господин Субботин будучи студентом университета Св. Владимира занимался весьма прилежно и с особенным успехом; при его способностях и прилежании цель стипендии вполне будет достигнута, а потому он смело представляет его в стипендиаты по предмету частной патологии и терапии.

22 сентября / 4 октября 1867 г. на заседании совета университета было заслушано данное представление медицинского факультета и было определено – зачислить В. Субботина в стипендиаты для приготовлению к профессорскому званию по кафедре частной патологии и терапии.²

Из «Положения» о стипендиях для окончивших курс молодых людей, оставленных при университете с целью приготовления к профессорскому званию следует, что их стипендия составляла 600 рублей в год, а также, что если занятия стипендиатов в течение года будут признаны успешными, то стипендия их может продолжиться и на второй год.³ Подготовка стипендиата Субботина при кафедре частной патологии и терапии была признана удовлетворительной и в совокупности составила два года. За эти два года В.А. Субботин подготовил докторскую диссертацию, которую успешно защитил 3/15 мая 1869 г.

В 1869 г. на медицинском факультете Киевского университета оставалась вакантной планируемая кафедра гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики, а терапевтические кафедры все были заняты и доктор медицины Субботин принимает решение пройти специализацию по первой кафедре. В связи с этим он обратился к профессору государственного врачебноведения Ф.Ф. Эргардту, который его поддержал.

Прежде всего, по ходатайству проф. Эргардта, он был допущен к прочтению двух пробных лекций для получения звания приват-доцента по гигиене. Эта приват-

доцента, стало быть, должна была состоять при кафедре государственного врачебноведения. После удовлетворительного прочтения названных лекций, медицинский факультет проголосовал за присвоение Субботину звания приват-доцента, после этого последовало положительное решение университетского совета и разрешение попечителя Киевского учебного округа. Так 8/20 июля 1869 г., то есть через месяц после защиты докторской диссертации, Субботин стал приват-доцентом.⁴

Кроме того, проф. Эргардт вошел в медицинский факультет с представлением, в котором просил ходатайства факультета о посылке доктора медицины Субботина за границу для приготовления к профессорскому званию по кафедре гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики. 6/18 мая 1869 г. медицинский факультет подверг Субботина баллотированию и единогласно определил: просить распоряжения совета университета о командировании его за границу на два года с выдачей ему по 1500 рублей серебром в год. 10/22 мая 1869 г. уже на заседании совета Киевского университета слушали данное представление медицинского факультета и определили – подвергнуть господина Субботина баллотированию в следующем заседании совета.⁵

16/28 мая 1869 г., то есть в следующем заседании совета, В.А. Субботин был избран для сей цели большинством голосов – 28-ми против 1-го. В этом же заседании совета была рассмотрена представленная медицинским факультетом инструкция для занятий доктора медицины Субботина. В ней говорилось, что он командирован в Германию, Францию и другие государства Западной Европы для изучения гигиены, медицинской полиции и медицинской географии, и ознакомления со способами преподавания этих предметов. Из заграничных университетов он обязан посетить Берлинский и Мюнхенский. Желательно было бы также, чтобы он, если к тому представится возможным, ознакомился с современным состоянием гигиены в Англии и Северной Америке. Что касается до специальных занятий и обязательного слушания лекций в иностранных университетах, то В.А. Субботин обязан был выполнить часть своих занятий под руководством проф. М. фон Петтенкофера (M. von Pettenkofer; 1818-1901) в Мюнхене. Наконец, отчет о своих занятиях доктор Субботин обязан был посылать в Министерство народного просвещения. Инструкция была советом одобрена, и совет определил – просить ходатайства господина попечителя

¹ Протокол заседания Совета университета [далее: ПЗСУ] от 8 апреля 1867 г. // Университетские известия [далее: УИ]. – 1867. - № 6, отд. 1. – С.36.

² ПЗСУ от 22 сентября 1867 г. // УИ. – 1867. - № 11, отд. 1. – С.48-49.

³ Положение о стипендиях для окончивших курс молодых людей, оставленных при университете с целью приготовления к профессорскому званию. 16 августа

1868 г. // Составитель В.В. Виндинг. Сборник постановлений и распоряжений начальства по университету Св. Владимира и прочим русским университетам. – Киев, 1872. – С. 248-250.

⁴ Краткий отчет по Университету Св. Владимира за 1868-69 учебный год // УИ. – 1869. - № 12, отд. 1. – С. 21.

⁵ ПЗСУ от 10 мая 1869 г. // УИ. – 1869. - № 7, отд.1. - С.17-19.

Киевского учебного округа для отправления господина Субботина за границу для сказанной выше цели.⁶

21 июля /2 августа 1869 г. состоялось очередное заседание совета Киевского университета. Было заслушано предложение попечителя, в котором говорилось, что он – попечитель – по ходатайству университетского совета сделал представление в министерство о командировании В.А. Субботина. В ответ на это управляющий министерством уведомил попечителя, что министерство не может отправить господина Субботина на свой счет за границу; оно не располагает никакими на этот предмет свободными денежными средствами, так как начальством других учебных округов уже представлены к посылке за границу и число лиц далеко превышает годовую сметную цифру на их содержание. В связи с этим министерство предложило совету командировать В.А. Субботина за границу на специальные средства университета, что и было сделано Киевским университетом.⁷

С 23 сентября/ 5 октября 1869 г. В.А. Субботин в двухлетней заграничной командировке. Согласно полученной инструкции, он посетил Берлинский и Мюнхенский университеты. В последнем занимался у проф. Петтенкофера и профессора-физиологии К. фон Фойта (С. von Voit; 1831-1908). Успел побывать и во Франции (Париж), где работал у профессора-химика Ш.-А. Вюрца (Ch.A. Wurtz; 1817-1884). Здесь отметим, что в 1884 г. ко дню пятидесятилетнего юбилея Университета Св. Владимира университетский совет избрал в свои почетные члены 75 персон. Этот список возглавлял Его Императорское Высочество Государь Наследник Цесаревич Николай Александрович (будущий император). В этом списке мы находим писателей – графа Л. Толстого, Гончарова и Островского. По предложению бывшего в то время деканом медицинского факультета Субботина почетными членами Киевского университета стали и мюнхенские профессора М. фон Петтенкофер и К. фон Фойт.

В начале 1871 г. В.А. Субботин планировал отправиться в Англию, но в связи с продолжающейся Франко-прусской войной 1870-1871 годов он, получив разрешение от прусских властей, поехал на театр военных действий. Хотя 26 февраля 1871 г. в Версале был подписан предварительный мирный договор, он успел побывать в Эперне, Реймсе и Сен-Кентене; осматривал военные госпитали и лазареты. Позднее В.А. Субботин был награжден прусской медалью за оказание помощи раненым и больным в этой войне (1874) и тогда же получил Всемиловейшее соизволение от Российского

императора о дозволении принять и носить пожалованную Императором Германии и Королем Пруссии названную медаль.

Из двухгодичной заграничной командировки В.А. Субботин возвратился в срок и 28 сентября /10 октября 1871 г. медицинский факультет избрал его доцентом по кафедре гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистике. Затем 2/14 октября 1871 г. совет университета рассмотрел данное представление медицинского факультета и определил – баллотировать в следующем своем заседании господина Субботина в доценты по упомянутой кафедре.⁸ Наконец, 15/27 октября 1871 г. совет университета избрал приват-доцента Субботина на должность доцента и ходатайствовал перед попечителем Киевского учебного округа об утверждении его на указанную должность со дня избрания его советом⁹ Попечитель утвердил его в названной должности со дня избрания советом университета.¹⁰ Годовое денежное содержание же тогдашнего доцента составляло 1200 рублей серебром (жалование – 900 р., квартирных – 150 р. и столовых – 150 р.).

Р.Д. Габович и И.И. Никберг отмечали, что первая вступительная лекция для студентов доцента Субботина состоялась 4 декабря 1871 г., но они не привели источник, откуда были почерпнуты эти сведения, а также не указывают по какому стилю они дают данную дату – по юлианскому или григорианскому [6]. Во втором полугодии 1871/2 академического года доцент Субботин приступил к чтению общественной гигиены студентам 7, 8, 9 и 10 семестров по 2 часа в неделю.¹¹

7/19 апреля 1872 г. совет Киевского университета избрал доцента по кафедре гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики Субботина в экстраординарные профессора¹² и затем он был утвержден в указанной должности со дня его избрания советом.¹³ Здесь надо обратить внимание на тогдашнее деление профессоров на «ординарных» и «экстраординарных». На медицинском факультете из 16 профессоров только 11 могли быть ординарными, а остальные были экстраординарными; фактически их отличие заключалось только в содержании – у экстраординарного профессора 2000 рублей серебром в год (жалование – 1600 р., квартирные – 200 р. и столовые – 200 р.), а у ординарного – 3000 (жалование – 2400 р., квартирные – 300 р. и столовые – 300 р.). Только 16/28 декабря 1880 г. В.А. Субботин был возведен в ординарные профессора по занимаемой им кафедре.

В 1875 г. проф. Субботин организовал на кафедре гигиеническую лабораторию, где студентов могли

⁶ ПЗСУ от 16 мая 1869 г. // УИ. – 1869. - № 7, отд.1. - С.49-50.

⁷ ПЗСУ от 21 июля 1869 г. // УИ. – 1869. - № 9, отд.1. - С. 42-43.

⁸ ПЗСУ от 2 октября 1871 г. // УИ. – 1871. - №12, отд.1. - С.22-24.

⁹ ПЗСУ от 15 октября 1871 г. // УИ. – 1871. - №12, отд.1. - С. 45.

¹⁰ ПЗСУ от 19 ноября 1871 г. // УИ. – 1872. - № 1, отд.1. - С. 32-33.

¹¹ Обзорение преподавания в Университете Св. Владимира во втором полугодии 1871-72 учебного года // УИ. – 1871. - № 12, отд.1. - С. 6-7.

¹² ПЗСУ от 7 апреля 1872 г. // УИ. – 1872. - № 6, отд.1. - С. 8.

¹³ ПЗСУ от 22 августа 1872 г. // УИ. – 1872. - № 9, отд.1. - С.8.

проводить санитарные исследования; эти практические занятия по гигиене не были обязательными, а организовывались только для желающих. С 10/22 января 1884 г. по 22 июня /4 июля 1887 г. он декан медицинского факультета, с оставлением в должности профессора.

В 1892 г. исполнилось 25 лет службы проф. Субботина по учебной части, причем ему было зачтены в действительную службу время состояния его стипендиатом для приготовления к профессорскому званию по кафедре частной патологии и терапии, то есть два года; а также двухгодичная заграничная командировка (всего 4 года). После этого он был, согласно прошению, уволен от службы с 11/23 мая 1893 г. Обращает на себя внимание, что он не был оставлен на службе в занимаемой должности по выслуге 25 лет, а ведь некоторые оставались в звании профессора и за выслугой не только 25, но и 30 лет по учебной части, были такие случаи. Во всяком случае, полную пенсию он выслужил.

Тогдашние профессора числились служащими по учебной части, а это значило и то, что им присваивались чины и они награждались орденами. Чины: в 1875 г. произведен в коллежские советники (чин 6-го класса); в 1877 г. – в статские советники (5-го класса); 1884 г. за отлично-усердную службу произведен в действительные статские советники (4-го класса; давал право на потомственное дворянство). Ордена: в 1874 г. – Святого Станислава 2-й степени; в 1881 г. – Св. Анны 2-й степени; 1888 г. – Св. Владимира 4-й степени (давал право на потомственное дворянство). Кроме того, в 1879 г. проф. Субботин был награжден, согласно постановлению Главного управления Общества попечения о раненых и больных войнах, знаком Красного Креста. В большинстве публикациях не указывают присвоение проф. Субботину чинов и пожалованные ему ордена; но если эти данные приводятся, то только до 1884 г., то есть года появления первой опубликованной его биографии [11]. Таким образом, В.А. Субботин выслужил потомственное дворянство, как по чину, так и по ордену.

Виктор Андреевич Субботин скончался 17/29 сентября 1898 г. в Киеве.

Итак, он был первым заведующим кафедрой гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики в Киеве, которую возглавил в 1871 г. в звании доцента, а со следующего года уже занимал в звании профессора. Обращаем внимание на наименование кафедры. Киевская профессорская корпорация предложила именно такое название этой кафедры и в 1865 г. Министерство народного образования утвердило это решение совета Киевского университета, а начало ассигнований на новую кафедру предусматривалось не ранее 1867 г. В названии кафедры перечисленные четыре дисциплины и в этом перечне гигиена правомерно была поставлена на первую позицию, так как к середине XIX в. эмпирическая гигиена трансформировалась в гигиену научную (экспериментальную), что предопределило её

бурное развитие, и в этом была большая заслуга немца М. фон. Петтенкофера; поэтому не случайно, что именно к нему поехал специализироваться по гигиене В.А. Субботин.

Согласно же университетскому уставу 1863 г., на медицинском факультете должны преподаваться только две дисциплины из вынесенных четырех в название киевской кафедры – это гигиена и медицинская полиция. Действительно, к тому времени было понято значение статистического метода, как для медицинской полиции, так и для гигиены, а медицинская география уже была одним из научных направлений в медицине, но они так и не сформировались в отдельные факультетские предметы – ни медицинская география, ни статистика, а преподавались в составе гигиены и медицинской полиции. Таким образом, проф. Субботин не преподавал четыре дисциплины, то есть: 1) гигиену; 2) медицинскую полицию; 3) медицинскую географию; 4) статистику; а только две первые.¹⁴

И до проф. Субботина студентам медикам преподавалась медицинская полиция с гигиеной, но на кафедре государственного врачеведения. С 1843 г. эту кафедру занимал И.Ф. Леонов (1809–1854), с 1853 г. – Ф.Ф.Меринг (1822–1887), а с 1857 г. – Ф.Ф. Эргардт, которого мы упоминали выше.

Эти три профессора читали предметы, закрепленные за данной кафедрой: 1) судебную медицину; 2) медицинскую полицию; 3) гигиену; при этом проф. Меринг был терапевтом, проф. Эргардт – судебным медиком, а проф. Леонов принадлежал к тем представителям профессорской корпорации первой половины XIX в., которые должны были преподавать совершенно разные факультетские дисциплины, точнее те из них, которые были закреплены за кафедрой, которую они возглавляют. Так до Киева, в Харьковском университете он читал анатомию, физиологию, судебную медицину и медицинскую полицию; в Виленской медико-хирургической академии – патологическую анатомию [4].

Значит, в 1871 г. из киевской кафедры государственного врачеведения были выделены две учебные дисциплины – гигиена и медицинская полиция – в отдельную кафедру, которую возглавил В.А. Субботин; а на кафедре государственного врачеведения осталась судебная медицина и поэтому, через некоторое время, эта кафедра так и стала называться – кафедрой судебной медицины.

В.А. Субботина надо считать первым гигиенистом в Украине, причем не в традиционном понимании этого слова – истоки эмпирической гигиены в Древнем мире; а он владел экспериментальным методом, который с успехом применял в своих исследованиях; специально же медицинской полицией он не занимался, но как преподаватель высшей школы, он читал студентам медикам этот факультетский предмет.

¹⁴ Обзорение преподавания в Императорском университете Св. Владимира на 1892/93 учебный год // УИ. – 1892. – № 8, часть 1. – С. 56, 64.

Важно ещё раз сказать, биографы проф. Субботина об этом не пишут, что он в Киевском университете был не только профессором-гигиенистом, но и профессором медицинской полиции, то есть той факультетской дисциплины, которая позднее трансформировалась в социальную гигиену, а ныне в Украине именуется социальной медициной или общественным здоровьем.

Проф. Субботин был не раз упомянут в дневнике А.Ф. Кистяковского (1833-1885), который с 1869 г. был профессором по кафедре уголовного права и судопроизводства Киевского университета, а значит должен был хорошо знать своего коллегу гигиениста; этот дневник был опубликован только в середине 1990-х годов и до сих пор не введен в научный оборот для характеристики нашего героя.

Проф. Кистяковский: «профессор-гигиены Субботин, он же и владелец кирпичного завода, приобретенного им женитьбой на дочери богатого Эйсмана.» [7, с. 100]; В.А. Субботин обязан «положением экономическим – приданному жены, урожденной Эйсман.» [7, с. 498];

Действительно, как следует из послужного списка проф. Субботина он был женат на Эмилии Густавовне Субботиной (урожденная Эйсман, род. 1854 г.); у Субботиных были дочери – Екатерина (род. 24.11/6.12.1875) и Софья (род. 17/29.08.1877), а также рано умерший сын Николай (род. 3/15.05.1880); дети – православного, а жена лютеранского вероисповедания.

Супруга проф. Субботина – Эмилия Густавовна – была дочерью магистра гражданского права, адъюнкта по юридическому факультету Киевского университета Густава Ивановича Эйсмана (1824-1884), который ряд лет был Киевской городской головой (в 1872, 1878, 1882-1884 гг.); а её дедушка – Иван Эйсман – был киевским аптекарем. Как следует из послужного списка адъюнкта Эйсмана, у его отца – аптекаря Ивана Эйсмана – был деревянный дом в «Лыбедской части по Васильковской улице» («родовой», то есть доставшийся ему по наследству); и «благоприобретенная» недвижимость: три каменных и два деревянных дома в Киеве; дача с деревянным домом; и, наконец, кирпичный завод [Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 4831. ЛЛ. 1-6]. Стало быть кирпичный завод достался Э.Г. Субботиной (ур. Эйсман) по наследству от её деда.

Проф. Кистяковский о Викторе Андреевиче: «человек вышедший из бедняков»; «птенец» Н.Х. Бунге – он «жил и воспитывался у него» [7, с. 105]; «Сей банковский делец (то есть проф. Бунге – авт.) посадил на кафедру Субботина, своего воспитанника, полнейшую нравственную и умственную ничтожность» [7, с. 259]; «Субботин малоспособен и человек без инициативы. Человек обязанный профессуре покровительству Бунге. Непроходимо бездарен. Туп и бесчувствен, как упитанный паразит». [7, с. 498] Читая последние строки, понимаешь, почему уважаемый проф. Кистяковский завещал опубликовать свой дневник не ранее как через 50-80 лет после своей смерти; и других персон он также нелестно характеризовал, а не только проф. Субботина.

Когда провинциальные жители привозили своих отроков для того, чтобы они получили среднее образование в киевской гимназии, а затем получили и университетский диплом, они не редко поселяли их в семьях гимназических учителей или профессоров университета. Для учителя гимназии и профессора университета это был дополнительный заработок, а родители были спокойны, так как они знали, что под контролем будет и учеба их детей. Должно быть, наш герой какое-то время жил в семье профессора-экономиста Н.Х. Бунге (1823-1895), который в 1880 г. был переведен в Петербург, где был министром финансов Российской империи и председателем Кабинета министров. Это ещё предстоит выяснить – данный вопрос не являлся целью нашего исследования, но если это так, то мы должны отметить это как положительный момент в истории жизни Виктора Субботина. Столь уважаемый воспитатель не мог не повлиять положительно на юношу, он мог дать ему правильные представления о значении науки, показав своим примером путь ученого.

Однако, с мнением проф. Кистяковского, об отсутствии способностей у юного Виктора Субботина, что последнему необходима была протекция проф. Бунге, чтобы занять кафедру, нельзя согласиться. Кафедра гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики могла начать функционировать с 1867 г. Поэтому ещё в 1865 г. университет объявил конкурс для отправки лучшего конкурента за казенный счет за границу на два года, с целью приготовления его для занятия названной кафедры, но на данный конкурс никто не откликнулся. Не появлялись желающие и в последующие годы. Только в 1869 г. доктор медицины Субботин согласился променять клиническую кафедру, которая предполагала богатую частную практику, на кафедру теоретическую.

Дополнительно приведем свидетельство проф. В.Д. Орлов (1856-1919), занявшего кафедру после проф. Субботина. Он автор подробного некролога о последнем [10]; он приехал в Киеве после того, как Виктор Андреевич ушел в отставку, поэтому не мог много сказать о последнем как о человеке, но он как-то провел один киевский вечер с ним в кругу близких знакомых Субботина. Из дружеской беседы, которая затянулась далеко за полночь, он вынес однозначное мнение о том, что Виктор Андреевич Субботин был «умный, образованный и честный человек», а проведя подробный анализ трудов своего предшественника по кафедре, он сделал вывод – проф. Субботин был «одним из лучших представителей гигиены у нас в России». С этим заключением нельзя не согласиться.

Выводы

1. Основные этапы жизни гигиениста В.А. Субботина как ученого и преподавателя высшей школы: в 1861 г. поступил на медицинский факультет Университета Св. Владимира и уже на студенческой скамье начал заниматься научной деятельностью; 31 марта /12 апреля 1867 г. был удостоен степени лекаря с

правом получить степень доктора медицины по представлении и публичной защите диссертации; 22 сентября/4 октября 1867 г. зачислен в стипендиаты для приготовлению к профессорскому званию по кафедре частной патологии и терапии; 3/15 мая 1869 г. успешно защитил диссертацию на степень доктора медицины; 8/20 июля 1869 г. стал приват-доцентом по гигиене при кафедре государственного врачеведения; с 23 сентября/5 октября 1869 г. был в двухгодичной заграничной командировке для приготовления к профессорскому званию по кафедре гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики; 15/27 октября 1871 г. избран и этим же числом утвержден доцентом по кафедре гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистике; с 7/19 апреля 1872 г. экстраординарный, а с 16/28 декабря 1880 г.

ординарный профессор по той же кафедре; 11/23 мая 1893 г. согласно прошению уволен от службы.

3. Создание в 1871 г. кафедры гигиены, медицинской полиции и статистики произошло путем выделения из кафедры государственного врачеведения двух факультетских предметов – гигиены и медицинской полиции. Кафедра государственного врачеведения в последствии стала именоваться кафедрой судебной медицины.

4. На кафедре гигиены, медицинской полиции, медицинской полиции и статистики В.А. Субботин читал только две учебные дисциплины – гигиену и медицинскую полицию; медицинская география и статистика так и не стали отдельными факультетскими предметами, а содержание этих наук излагалось при преподавании первых двух.

Литература

1. Баранник П.И. В.А. Субботин – организатор и руководитель первой кафедры гигиены на Украине / П.И. Баранник, Р.Я. Бенюмов, И.М. Макаренко // Материалы к истории гигиены и санитарии на Украине. – К., 1962. – Вып. 2. – С. 261-277.
2. Бенюмов Р.Я. Профессор В.А. Субботин / Р.Я. Бенюмов, И.М. Макаренко // Гигиена и санитария. – 1956. – №5. – С. 38-42.
3. Бардов В.Г. Питання діяльності санітарної служби в працях першого професора-гігієніста України Субботіна В.А. / В.Г. Бардов, С.Т. Омельчук, А.М. Гринзовський, І.І. Швайко // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України. Збірка тез доповідей. – К., 2003. – С. 5-6.
4. Васильев К.К. Начальный период деятельности медицинского факультета Императорского университета Святого Владимира и преподавание медицинской полиции / К.К. Васильев, Ю.К. Васильев, А.Н. Зинчук // Проблемы социальной медицины, здравоохранения и истории медицины. – 2021- №1. – С.165-172.
5. Волков В.А. Субботин Виктор Андреевич // В.А. Волков, М.В. Куликова. Российская профессура. XVIII – начало XX вв. Биологические и медико-биологические науки. Биографический словарь. – 2003. – С. 427.
6. Габович Р.Д. В.А. Субботин – организатор и руководитель первой кафедры гигиены на Украине / Р.Д. Габович, И.И. Никберг // Гигиена и санитария. – 1971. – № 12. – С. 50-54.
7. Кістяківський О.Ф. Щоденник. (1874-1885). У двух томах. Т. 1. – К., 1994.
8. Коростелев Н.Б. Видный отечественный гигиенист: К 150-летию со дня рождения В.А. Субботина / Н.Б. Коростелев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1995. – № 1. – С. 63-64.
9. Нікберг І. Перший український професор гігієни Віктор Андрійович Субботін / І. Нікберг // Агапіт. – 1996. – № 4. – С. 31-35.
10. Орлов В.Д. Виктор Андреевич Субботин / В.Д. Орлов // Университетские известия. – 1899. – № 2. – С. 246-259.
11. Субботин Виктор Андреевич // Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского университета Св. Владимира (1834-1884). Составитель В.С. Иконников. – К., 1884. – С. 634-636.
12. Субботин Виктор Андреевич // И.М. Макаренко, И.М. Полякова. Биографический словарь заведующих кафедрами и профессоров Киевского медицинского института. (1841-1991). – К., 1991. – С. 108.
13. Субботін Віктор Андрійович // І.М. Макаренко, І.М. Полякова. Біографічний довідник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. 1841-2001. – К., 2001. – С. 157-158.
14. Субботін Віктор Андрійович // В.Ф. Москаленко, І.М. Полякова. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. (1841-2006). – К., 2006. – С. 236-237.
15. Субботін Віктор Андрійович // В.Ф. Москаленко, Я.В. Цехмістер, І.М. Полякова. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів від медичного факультету Університету Св. Владимира до Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. 1841-2011. – К., 2011. Кн. 1. – С. 167-171.
16. Субботін Віктор Андрійович / І.М. Полякова, В.П. Шипулін, Г.Ю. Голубева та ін. // Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів: Науково-біографічне видання з історичним нарисом: До 175-річчя Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. 1841-2016. –К., 2016. – С. 135-137.
17. Fischer M. V.A. Subbotin // M. Fischer. Mikroben, Seuchen und Vakzine: Biobibliographisches Lexikon der Bakteriologen, Hygieniker und Immunologen zwischen Deutschland und Russland im 19. Jahrhundert. – Aachen, 2015. – S. 477-480.

References

1. Barannik P.I. V.A. Subbotin – organizator i rukovoditel pervoy kafedryi gigienyi na Ukraine / P.I. Barannik, R.Ya. Benyumov, I.M. Makarenko // Materialy k istorii gigienyi i sanitarii na Ukraine. – K., 1962. – Vyip. 2. – S. 261-277.
2. Benyumov R.Ya. Professor V.A. Subbotin /R.Ya. Benyumov, I.M. Makarenko // Gigiena i sanitariya. – 1956. – #5. – S. 38-42.
3. Bardov V.G. Pitannya dIyalnostI sanItarnoYi sluzhbi v pratsyah pershogo profesora-gIgiEnIsta UkraYini SubbotIna V.A. / V.G. Bardov, S.T. Omelchuk, A.M. Grinzovskiy, I.I. Shvayko // AktualnI pitannya gIgiEnI ta ekologIchnoYi bezpeki UkraYini. ZbIrka tez dopovIdey. – K., 2003. – S. 5-6.
4. Vasilev K.K. Nachalnyiy period deyatelnosti meditsinskogo fakulteta Imperatorskogo universiteta Svyatogo Vladimira i prepodavanie meditsinskoy politсии /K.K. Vasilev, Yu.K. Vasilev, A.N. Zinchuk // Problemyi sotsialnoy meditsinyi, zdruvoohraneniya i istorii meditsinyi. – 2021- #1. – S.165-172.
5. Volkov V.A. Subbotin Viktor Andreevich // V.A. Volkov, M.V. Kulikova. Rossiyskaya professura. XVIII – nachalo XX vv. Biologicheskies i mediko-biologicheskies nauki. Biograficheskii slovar. – 2003. – S. 427.
6. Gabovich R.D. V.A. Subbotin – organizator i rukovoditel pervoy kafedryi gigienyi na Ukraine /R.D. Gabovich, I.I. Nikberg // Gigiena i sanitariya. – 1971. – # 12. – S. 50-54.
7. KIslyakIvskiy O.F. Schodennik. (1874-1885). U dvuh tomah. T. 1. – K., 1994.
8. Korostelev N.B. Vidnyiy otechestvennyiy gigenist: K 150-letiyu so dnya rozhdeniya V.A. Subbotina / N.B. Korostelev // Problemyi sotsialnoy gigienyi, zdruvoohraneniya i istoriya meditsinyi. – 1995. – # 1. – S. 63-64.
9. NIKberg I. Pershiy ukraYinskii profesor gIgiEni VIKtor AndriYovich SubbotIn /I. NIKberg // AgapIt. – 1996. – # 4. – S. 31-35.
10. Orlov V.D. Viktor Andreevich Subbotin /V.D. Orlov // Universitetskie izvestiya. – 1899. – # 2. – S. 246-259.
11. Subbotin Viktor Andreevich // Biograficheskii slovar professorov i prepodavateley Imperatorskogo universiteta Sv. Vladimira (1834-1884). Sostavitel V.S. Ikonnikov. – K., 1884. – S. 634-636.
12. Subbotin Viktor Andreevich // I.M. Makarenko, I.M. Polyakova. Biograficheskii slovar zaveduyuschih kafedrami i professorov Kievskogo meditsinskogo instituta. (1841-1991). – K., 1991. – S. 108.
13. SubbotIn VIKtor AndriYvich // I.M. Makarenko, I.M. Polyakova. BIografIchniy dovIdnik zavIduvachIv kafedr ta profesorIv NatsIonalnogo medichnogo unIversitetu ImenI O.O. Bogomoltsya. 1841-2001. – K., 2001. – S. 157-158.
14. SubbotIn VIKtor AndriYvich // V.F. Moskalenko, I.M. Polyakova. BIografIchniy slovník zavIduvachIv kafedr ta profesorIv NatsIonalnogo medichnogo unIversitetu ImenI O.O. Bogomoltsya. (1841-2006). – K., 2006. – S. 236-237.
15. SubbotIn VIKtor AndriYvich // V.F. Moskalenko, Ya.V. TsehmIster, I.M. Polyakova. BIografIchniy slovník zavIduvachIv kafedr ta profesorIv vId medichnogo fakultetu UnIversitetu Sv. Vladimira do NatsIonalnogo medichnogo unIversitetu ImenI O.O. Bogomoltsya. 1841-2011. – K., 2011. Kn. 1. – S. 167-171.
16. SubbotIn VIKtor AndriYvich / I.M. Polyakova, V.P. ShipulIn, G.Yu. GolubEva ta In. // BIografIchniy slovník zavIduvachIv kafedr ta profesorIv: Naukovo-bIografIchne vidannya z Istorichnim narisom: Do 175-rIchcha NatsIonalnogo medichnogo unIversitetu ImenI O.O. Bogomoltsya. 1841-2016. –K., 2016. – S. 135-137.
17. Fischer M. V.A. Subbotin // M. Fischer. Mikroben, Seuchen und Vakzine: Biobibliographisches Lexikon der Bakteriologen, Hygieniker und Immunologen zwischen Deutschland und Russland im 19. Jahrhundert. – Aachen, 2015. – S. 477-480.

Дата надходження рукопису до редакції: ***

Цель. Осветить важные пробелы в биографии организатора и первого заведующего кафедрой гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики В.А. Субботина, акцентируя внимание, прежде всего, на академической карьере профессора.

Материалы и методы. Источником для данной работы были как опубликованные материалы, так и архивные. Использован историко-биографический метод.

Результаты. Выявлены основные этапы академической карьеры проф. Субботина. Впервые установлено, какие факультетские дисциплины преподавались на кафедре гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики.

Выводы. Из этапов жизни В.А. Субботина как ученого и преподавателя высшей школы надо выделить следующие: с 1869 г. был в двухгодичной заграничной командировке для приготовления к профессорскому званию по кафедре гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики; с 1871 г. доцент, а с 1872 г. профессор по той же кафедре; в 1893 г. уволен от службы. Создание в 1871 г. кафедры гигиены, медицинской полиции, медицинской географии и статистики произошло путем выделения из кафедры государственного врачеведения двух факультетских предметов – гигиены и медицинской полиции. В.А. Субботин читал только эти две учебные дисциплины – гигиену и медицинскую полицию.

Ключевые слова: гигиена, медицинская полиция, В.А. Субботин.

Мета. Висвітлити важливі прогалини в біографії організатора і першого завідувача кафедри гігієни, медичної поліції, медичної географії та статистики В.А. Субботіна, акцентуючи увагу перш за все, на академічній кар'єрі професора.

Матеріали та методи. Джерелом для даної роботи були, як опубліковані матеріали, так і архівні. Використаний історико-біографічний метод.

Результати. З'ясовано основні етапи академічної кар'єри проф. Субботіна. Вперше встановлено, які факультетські дисципліни викладалися на кафедрі гігієни, медичної поліції, географії та статистики.

Висновки. З етапів життя В.А. Субботіна, як вченого і викладача вищої школи треба виділити наступні: з 1869 р. був в дворічному закордонному відрядженні для приготування до професорського звання по кафедрі гігієни, медичної поліції, медичної географії та статистики; з 1871 р. – доцент, а з 1872 р. – професор на тій же кафедрі; в 1893 р. – звільнений від служби. Створення в 1871 р. кафедри гігієни, медичної поліції, медичної географії та статистики відбулося шляхом виділення з кафедри державного лікарезнавства двох факультетських дисциплін – гігієни та медичної поліції. В.А. Субботін читав тільки ці дві навчальні дисципліни – гігієну та медичну поліцію.

Ключові слова: гігієна, медична поліція, В.А. Субботін.

Objective. To highlight important gaps in the biography of the organizer and the first head of the Department of Hygiene, Medical Police, Medical Geography and Statistics V.A. Subbotin, focusing primarily on the academic career of the Professor.

Materials and methods. The source of this work was both published and archival materials. Historical biographical method was used.

Results. The main stages of the academic career of the Professor V.A. Subbotin. For the first time, it was established which faculty disciplines were taught at the Department of Hygiene, Medical Police, Medical Geography and Statistics.

Conclusions. From the stages of V.A. Subbotin, as a scientist and teacher of a higher school, the following should be highlighted: since 1869 he was on a two-year trip abroad to prepare for a professorship in the Department of Hygiene, Medical Police, Medical Geography and Statistics; from 1871 he was an associate professor, and from 1872 a professor in the same department; in 1893 he was dismissed from the service. The creation of the Department of Hygiene, Medical Police, Medical Geography and Statistics in 1871 took place by separating two faculty disciplines from the Department of State Medical Science, i.e. Hygiene and Medical Police. V.A. Subbotin read only these two academic disciplines – Hygiene and Medical Police.

Key words: hygiene, medical police, V.A. Subbotin.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Васильєв Костянтин Костянтинович – професор, д. мед. наук, професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету; пров. Валіховський, 2, м. Одеса. vasylyevkk.odessa@gmail.com.

Васильєв Юрій Костянтинович – доцент, к. мед. наук, доцент кафедри громадського здоров'я Сумського державного університету; вул. Римського-Корсакова, 2, Суми, 40007.

Примітка. У статтях збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:** оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів.

Правила подання матеріалу для опублікування

До друку приймаються наукові статті українською, російською та англійською мовами, які містять такі необхідні елементи:

Шифр УДК

Далі (українською, російською та англійською мовами):

Автор(-и) (ім'я (ПІБ), місце роботи, місто, e-mail),

Назва публікації

Вступ

Постановка проблеми у загальному вигляді, аналіз останніх (за останні 10 років) досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, визначення невіршених раніше частин загальної проблеми.

Мета дослідження

Містить 2–3 речення, в яких сформульовано яку проблему або гіпотезу вирішує автор і з якою метою.

Об'єкт і методи дослідження

Включає в себе докладний виклад об'єкту, обсягів, терміну, методик дослідження.

Даний розділ повинен містити максимальну інформацію – це необхідно для подальшого можливого відтворення результатів іншими дослідниками, порівняння результатів аналогічних досліджень та можливого включення даних статті в мета-аналіз. Вказується дотримання етичних принципів при проведенні дослідження.

Наприкінці виділяється підрозділ «Обробка даних», в якому вказується, якими методами обробки даних користувався автор.

Результати дослідження та їх обговорення

Їх слід представляти в логічній послідовності без літературних посилань. Дані наводяться чітко, у вигляді коротких описів з графіками, таблицями та рисунками.

Слід виділити нові і важливі аспекти результатів проведеного дослідження, проаналізувати можливі механізми або тлумачення цих даних, по можливості зіставити їх з даними інших дослідників.

Не слід повторювати відомості, що вже були вказані в розділі «Вступ». В обговорення можна включити обґрунтовані рекомендації для практики і можливе застосування отриманих результатів у майбутніх дослідженнях.

Перспективи подальших досліджень

2–3 речення в яких вказується напрям дослідження, яких планує провести автор за темою статті.

Висновки

Навести підсумок виконаної роботи: що отримано, про що це може свідчити або що може означати, чому служить і які розкриває можливості. Відобразити перспективи використання результатів.

Література

Список літератури оформляється без скорочень мовою оригіналу і з транслітерацією. Автори подаються в порядку згадування, транслітерацією, згідно з вимогами Ванкуверського стилю. Посилання в тексті вказуються цифрами у квадратних дужках. Список має включати не менше 5 джерел за останні 10 років.

Список використаних джерел відповідно до ДСТУ можна оформити відповідно до вимог ДАК України автоматично:

Для активного включення статей наукового фахового видання в обіг наукової інформації та коректного індексування публікацій наукометричними системами необхідно після наведення списку використаних джерел в кожній публікації наводити блок REFERENCES, який повторює список джерел з латинським алфавітом, та наводить список кирилических джерел у транслітерованому вигляді. Цитування у блоці References повинні бути оформлені за Ванкуверським стилем.

Анотація (українською, російською та англійською мовами)

Обсяг не більше 250 слів (не більше 1 500 знаків) – приблизно 0,5 сторінки, повинна включати такі пункти:

- Мета наукового дослідження
- Матеріали та методи дослідження
- Результати дослідження
- Висновки (які основні результати дослідницької наукової роботи)
- Ключові слова: не менше 3 та не більше 8.

На останній сторінці тексту повинні бути вказані дані про авторів: прізвище, ім'я та по батькові автора, науковий ступінь, наукове звання, місце роботи та посада, поштову адресу, номер телефону (службовий), електронна адреса, ORCID ID. Вказуються дані про конфлікт інтересів авторів.

Текст друкується через 1,5 інтервали, без переносів, розмір шрифту 14 у Times New Roman в редакторі Microsoft WORD. Відступ абзацу – 1,25 см знаком табуляції. Поля: зліва і справа 2,5 см, зверху і знизу 2,0 см. Електронні варіанти статей надсилаються на електронну пошту – g.slabkiy@ukr.net, а друковані варіанти (підписані всіма авторами) з офіційним направленням – на адресу: 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3. Обов'язкове направлення як електронного так і друкованого варіантів статей.

Статті рецензуються провідними фахівцями за профілем статті та проходять перевірку за ліцензованою програмою «Антиплагіат».

Оплату за публікацію статі здійснювати після отримання підтвердження про її прийняття до друку.

Редакційна рада