

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 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.С. Рачкевич Д. Сигіт К.	Сміянов В.А. Урбаніак М. Шатило В.Й. Юсунов Ш.А.
---	--	---	--	---

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), Огнев 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

Редакційно-видавничою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (протокол №8 від 15 листопада 2022 р.)
Вченою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (протокол №10 від 21 листопада 2022 р.)

Редакція

02099, пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, Україна
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПП від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 22 листопада 2022 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 4125

Видавець

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

Видавник

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

Надруковано у МВЦ «Медінформ»

03179, вул. Котельникова, 95, м. Київ, Україна, тел./факс (044) 501-35-69
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

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

FOUNDERS

Public Establishment “Ukrainian Institute of 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.
Vasyliiev 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.

Smiiianov V.A.
Urbaniak M.
Shatylo V.Y.
Yusupov Sh.A.

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

Recommended for printing

By the Editorial and Publishing Board of the SHEE “Uzhhorod National University” (protocol №8 of November 15, 2022)
By the Academic Council of the SHEE “Uzhhorod National University” (protocol №10 of November 21, 2022)

Editorial office

02099, lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, Ukraine

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

Signed for publication on November 22, 2022. The total circulation is 100 copies. Order № 4125

Editor

State higher educational establishment “Uzhhorod National University”
88000, Narodna Square, 3, Uzhhorod, Ukraine

Publisher

“SEA NP “Kolomitsyn V.Yu.”

Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC “Medinform”

03179, Kotelnikova str., 95, Kyiv, Ukraine, 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

<i>Слабкий Г.О., Кошеля І.І.</i> Смертність населення України внаслідок хвороб системи кровообігу в передвоєнний період	5
<i>Слабкий Г.О., Рожкова М.Г.</i> Законодавче забезпечення розвитку охорони здоров'я населення України за часи її незалежності	11
<i>Лопатіна Я.В., Басараб Я.О., Терещенко О.М., Шепілова К.Ю.</i> Впровадження моделі скринінгу на рівень депресії при лікуванні ВІЛ-позитивних пацієнтів «Test and Treat» клініки в Україні	18
<i>Панченко О.А., Кабанцева А.В.</i> Мінімізація ризиків для громадського здоров'я через освіту, медицину і безбар'єрний простір	25
<i>Шень Ю.М.</i> Смертність населення України внаслідок злоякісних новоутворень в передвоєнний період	34
<i>Служинська М.Б., Остап'юк Л.Р.</i> Соціально-психологічні характеристики чоловіків, що мають секс з чоловіками	39
Організація і управління охороною здоров'я	
<i>Миронюк І.С., Погоріляк Р.Ю.</i> Розвиток науки про комунікації в охороні здоров'я України: аналітичний огляд	43
<i>Мілашовська В.О., Любінець О.В.</i> Вивчення думки керівників закладів охорони здоров'я щодо удосконалення системи охорони здоров'я, в т. ч. із впровадженням адміністративно-територіальної реформи в Україні	49
<i>Мочалов Ю.О., Гелей Н.І., Цуперяк С.С., Безкоровайна Л.П., Кулинич М.О.</i> Окремі аспекти надання стоматологічної медичної допомоги населенню України протягом 2021 року	58
<i>Сміянов В.А., Брич В.В.</i> Інформаційно-комунікаційні технології в охороні здоров'я: європейський досвід, можливості для України	65
<i>Рудень В.В.</i> Істотні особливості у чисельності населення за 30-ть років незалежності – як основному базису людського ресурсу для економіки та Збройних сил України	70
<i>Слабкий Г.О., Картавцев Р.Л.</i> Концептуальні підходи до створення комп'ютерної програми «Система on-line доступу до класифікатора медичних виробів»	81

<i>Сміянов В.А., Ємець Т.В.</i> Концептуальні підходи до забезпечення населення з хворобами вуха, горла та носа медичною допомогою на регіональному рівні в повоєнний період	85
<i>Білак-Лук'янчук В.Й., Шкірта М.І.</i> Аналіз госпітальної захворюваності дорослого населення в Закарпатській області	89
<i>Жданова О.В.</i> Вплив війни та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентів: за даними соціологічного дослідження	95
<i>Богомаз В.М., Динник О.Б., Зюзь Н.Ю.</i> Чинники забезпечення якості ультразвукової діагностики	100

Фізична реабілітація, фізична терапія, ерготерапія

<i>Русанов А.П.</i> Динаміка якості життя у пацієнтів з адгезивним капсулітом та міофасціальним больовим синдромом під впливом фізичної терапії	107
<i>Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.</i> Особливості реабілітації хворих на хронічний гастродуоденіт в поєднанні з ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного та запального генезу	114

Наука – практиці охорони здоров'я

<i>Новак-Мазена Х.О., Маруцак М.І.</i> Особливості ліпідного профілю у пацієнтів з артеріальною гіпертензією залежно від хронотипу, рівня денної сонливості та диспозиційного оптимізму	119
--	-----

Історія медицини

<i>Васильєв Ю.К.</i> Олександр Михайлович Шумлянський (1748-1795) про вдосконалення викладання у вищій медичній школі	126
<i>Петров В.Ф., Щур О.В., Яремкевич Р.В., Маріна В.Н., Бочар В.Т.</i> Виникнення технологій віртуальної реальності і їх введення в медицину	134

Пам'ятні дати

Кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького – 35 років	139
---	-----

CONTENT

Public health

<i>Slabkiy H.O., Koshelia I.I.</i> Mortality of the population of Ukraine due to diseases of the circulatory system	5
<i>Slabkiy H.O., Rozhkova M.G.</i> Legislative support for the development of health care of the population of Ukraine during its independence	11
<i>Lopatina Y.V., Basarab Ya.O., Tereshchenko O.M., Shepilova K.Y.</i> Implementation of the screening model for the level of depression in the treatment of HIV-positive patients of the "Test and Treat" clinic in Ukraine	18
<i>Panchenko O.A., Kabantseva A.V.</i> Minimizing public health risks via education, medicine and barrier-free space	25
<i>Shen' Yu.M.</i> The mortality of the population of Ukraine due to malignant neoplasms	34
<i>Sluzhinska M.B., Ostapyuk L.R.</i> Socio-psychological characteristics of men who have sex with male persons	39
Organization and management of health care	
<i>Myronyuk I.S., Pohorilyak R.Yu.</i> Evolution of communication science in public health of Ukraine: analytical review	43
<i>Milashovska V.O., Lyubynets O.V.</i> Study of the opinion of the heads of health care institutions regarding the improvement of the health care system, including the implementation of the administrative and territorial reform in Ukraine	49
<i>Mochalov I.O., Helei N.I., Tsuperyak S.S., Bezkorovaina L.P.I., Kulynych M.O.</i> Certain aspects of dental medical care providing to the population of Ukraine during 2021	58
<i>Smiyanov V.A., Brych V.V.</i> Information and communication technologies in healthcare: European experience, opportunities for Ukraine	65
<i>Ruden' V.V.</i> Significant features in the number of the population for 30 years of independence as the main basis of human resources for the economy and the Armed Forces of Ukraine	70
<i>Slabkiy H.O., Kartavtsev R.L.</i> Conceptual approaches to the creation of a computer program "System of on-line access to the classifier of medical devices"	81

<i>Smiyanov V.A., Yemets T.V.</i> Conceptual approaches to providing the population with diseases of the ear, throat and nose with medical care at the regional level in the post-war period	85
<i>Bilak-Lukyanchuk V.J., Shkirta M.I.</i> Analysis of hospital morbidity of the adult population in Transcarpathian region	89
<i>Zhdanova O.V.</i> The impact of war and distance learning on the health of students: according to a sociological study	95
<i>Bogomaz V.M., Dynnyk O.B., Ziuz N.Y.</i> Ultrasonography quality assurance factors	100

Physical rehabilitation, physical therapy, ergotherapy

<i>Rusanov A.P.</i> Dynamics of the quality of life in patients with adhesive capsulitis and myofascial pain syndrome under the influence of physical therapy	107
<i>Filak Ya.F., Filak F.G.</i> Peculiarities of rehabilitation of patients with chronic gastroduodenitis in combination with spinal damage of degenerative-dystrophic and inflammatory genesis	114

Science to health care practice

<i>Novak-Mazepa Ch.O., Marushchak M.I.</i> Characteristics of lipid profile in patients with arterial hypertension depending on chronotype, daytime sleepiness and dispositional optimism levels	119
--	-----

History of medicine

<i>Vasyliiev Ju.K.</i> Alexander Mikhailovich Shumlyansky (1748-1795) on the improvement of teaching at the higher medical school	126
<i>Petrov V.F., Shchur O.V., Yaremkevych R.V., Bochar V.T., Marina V.N.</i> The emergence of virtual reality technologies and their introduction into medicine	134

Memorable dates

35 years of the Department of Public Health of D. Halytsky Lviv National Medical University (In Ukrainian)	139
---	-----

Слабкий Г.О.¹, Кошеля І.І.²Slabkiy H.O.¹, Koshelia I.I.²

Смертність населення України внаслідок хвороб системи кровообігу

Mortality of the population of Ukraine due to diseases of the circulatory system

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
²ДП Клінічний санаторій «Карпати»¹Uzhhorod national University
²PE Clinical Sanatorium "Karpaty"

g.slabkiy@ukr.net, koshelia@local.tdmu

Вступ

Усі країни в своїй історії пройшли або проходять період трансформації демографічних процесів, які у демографічній науці отримав назву демографічного переходу. У загальних рисах суть демографічного переходу полягає у зміні рівнів смертності та народжуваності, збільшенні тривалості життя, зміщенню вікової структури у бік старших вікових груп тощо.

За даними аналізу наукової літератури останніми роками структура смертності в Україні за основними класами причин смерті не зазнає істотних змін: як і раніше, чільне місце посідають серцево-судинні захворювання, новоутворення та зовнішні причини смерті [1].

Міжнародні порівняння проведені з Польщею, яка є сусідньою державою, близькою за природними і кліматичними умовами, з переважно слов'янським населенням, подібними харчовими вподобаннями і традиціями вживання міцних алкогольних напоїв. Польща крім того є країною колишнього соціалістичного табору, що пройшла складний період трансформації соціально-економічного ладу, як і Україна. Для Польщі характерні прогресування постаріння населення, посилене міграційним відтоком молоді і трудоактивного населення середнього віку у більш привабливі країни. Тому можна було б очікувати і схожого розподілу смертей за причинами. Однак така причина смерті як хвороби системи кровообігу мають у Польщі меншу значущість ніж в Україні, детермінуючи менше половини (40,5%) смертних випадків [2].

Згідно офіційної статистичної звітності, у Швеції у 2019 р. померло майже 89 тис. осіб, а найпоширенішою причиною смерті стали, як і у всьому світі та в Україні, захворювання системи кровообігу, що спричинили, тим не менш, менше третини всіх смертей у 2019 р. Відповідно, ішемічна хвороба серця – найчастіша окрема причина, що зумовлювала найбільше смертей [3].

При цьому особливостями структури смертності населення України порівняно з розвиненими країнами є неவிправдано висока частка смертності від хвороб системи кровообігу (особливо для осіб старших вікових

груп, що пов'язано передусім з рутинною практикою встановлення серцево-судинної причини смерті) [4].

Мета: дослідити та проаналізувати показники смертності населення України внаслідок хвороб системи кровообігу в розрізі регіонів України.

Матеріали та методи: матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за період 2015, 2020 та 2021 рр. [5]. В ході дослідження використано бібліосемантичний і медико-статистичний методи та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження було досліджено та проведено аналіз смертності населення України в регіональному аспекті внаслідок хвороб системи кровообігу. В табл. 1 наведено абсолютні дані про померлих внаслідок хвороб системи кровообігу та показник в розрахунку на 100 тис. населення.

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що за період 2015-2021 рр. смертність населення України внаслідок хвороб системи кровообігу збільшилася на 17,8% і склала 1114,8 на 100 тис. населення. В динаміці років дослідження показник смертності населення зріс на всіх адміністративних територіях країни. Найвищі показники зростання зареєстровані на території м. Києва: на 21,3% з показником 835,2; Кіровоградської області: на 116,0% з показником 1207,8; Дніпропетровській області на 15,2% з показником 1282,2.

Необхідно зазначити, що в 2021 р. гранична різниця показника відрізняється в 1,81 разів: від 816,6 у Закарпатській області до 1482,1 в Чернігівській області.

При цьому найнижчі показники зареєстровані в Закарпатській (816,6) і Львівській (889,5) областях та м. Києві (835,2), а самі високі показники зареєстровані в Чернігівській (1482,1) та Полтавській (1315,0) областях.

Далі вивчалися та аналізувалися дані щодо смертності населення України внаслідок ішемічної хвороби серця. Отримані дані наведено в табл. 2. Показник розрахований на 100 тис. населення.

Таблиця 1. Смертність населення України внаслідок хвороб системи кровообігу

Адміністративна територія	2015*		2020*		2021*		Показник 2021 до 2015, %
	абс. числа	показник	абс. числа	показник	абс. числа	показник	
Україна**	404551	946,1	408163	1056,6	429291	1114,8	117,8
Область							
Вінницька	18832	1174,4	18413	1203,3	18467	1221,2	103,9
Волинська	9345	898,3	9629	937,9	9736	953,0	106,1
Дніпропетровська	36430	1112,9	37225	1179,5	39954	1282,2	115,2
Донецька	27437	-	24335	-	27118	-	-
Житомирська	14461	1150,6	14766	1227,8	15335	1290,8	112,2
Закарпатська	9326	742,0	9885	791,4	10162	816,6	110,1
Запорізька	18321	1037,9	18378	1096,4	19553	1183,8	114,1
Івано-Франківська	12478	904,3	13129	964,0	13036	963,0	106,5
Київська	20456	1186,9	21458	1206,2	22575	1264,0	106,2
Кіровоградська	10143	1041,2	10379	1127,9	10937	1207,8	116,0
Луганська	10164	-	10327	-	11623	-	-
Львівська	21191	841,1	21815	877,3	21968	889,5	109,8
Миколаївська	12232	1051,1	12168	1092,9	12992	1181,7	112,4
Одеська	22916	960,6	21982	930,8	24509	1043,5	108,6
Полтавська	17007	1180,1	17089	1246,1	17806	1315,0	111,4
Рівненська	10528	907,5	10959	953,2	11133	973,1	107,2
Сумська	12496	1114,4	12596	1189,8	12547	1203,6	108,0
Тернопільська	10947	1026,2	11416	1106,9	11221	1097,0	106,9
Харківська	30123	1109,2	30072	1143,2	32400	1245,8	112,3
Херсонська	10168	953,4	10162	995,4	10797	1071,4	112,3
Хмельницька	12470	960,6	12533	1005,8	12921	1047,8	109,1
Черкаська	14342	1149,0	14299	1210,2	14679	1259,1	109,6
Чернівецька	8358	921,6	8952	999,1	9247	1038,5	112,7
Чернігівська	14780	1411,4	14028	1438,1	14220	1482,1	109,0
м. Київ	19600	688,5	22168	758,3	24355	835,2	121,3

Тут і далі:

* Відносні показники смертності по Україні розраховано без урахування відповідних даних по Донецькій та Луганській областях.

** Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя.

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що за період дослідження смертність населення України внаслідок ішемічної хвороби серця зростає на 21,0% і склала 788,8 на 100 тис. населення. В динаміці періоду дослідження збільшення показника смертності населення внаслідок ішемічної хвороби серця зареєстровано в усіх регіонах країни. Але даний показник зріс в регіонах країни нерівномірно: від 1,9% в Вінницькій до 27,1% в Дніпропетровській області. Різниця склала 14,26 разів.

В 2021 році гранична різниця вказаного показника в розрізі регіонів області склала 3,46 разів: від 358,8 в Закарпатській до 1242,5 в Чернігівській області.

При цьому найнижчі показники смертності населення внаслідок ішемічної хвороби серця зареєстровані в Закарпатській (358,8) та Херсонській (500,5) областях, а самі високі показники зареєстровані в Чернігівській (1242,5) і Вінницькій (1091,6) областях.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу смертності населення України внаслідок інфаркту міокарда. Отримані дані наведено в табл. 3.

Таблиця 2. Смертність населення України внаслідок ішемічної хвороби серця

Адміністративна територія	2015*		2020*		2021*		Показник 2021 до 2015, %
	абс. числа	показник	абс. числа	показник	абс. числа	показник	
Україна**	278714	651,8	284667	745,6	300406	788,8	121,0
Область							
Вінницька	17173	1070,9	16578	1083,4	16508	1091,6	101,9
Волинська	6905	663,8	7293	710,3	7373	721,7	108,7
Дніпропетровська	24316	742,8	27322	865,7	29418	944,1	127,1
Донецька	16337	-	14272	-	16356	-	-
Житомирська	8425	670,3	8687	722,3	8839	744,0	110,9
Закарпатська	3834	305,0	4128	330,5	4465	358,8	117,6
Запорізька	11163	632,4	10662	636,1	11621	703,6	111,3
Івано-Франківська	10825	784,5	11490	843,7	11400	842,1	107,3
Київська	14986	869,5	15688	881,8	16665	933,1	107,3
Кіровоградська	8516	874,1	8913	968,6	9193	1015,2	116,1
Луганська	6917	-	6843	-	7704	-	-
Львівська	16265	645,5	16186	650,9	16445	665,9	103,2
Миколаївська	8526	732,7	8628	774,9	9148	832,1	113,6
Одеська	13222	554,2	12018	508,9	13899	591,8	106,8
Полтавська	11698	811,7	12021	876,5	12841	948,3	116,8
Рівненська	7540	649,9	7892	686,5	7833	684,7	105,4
Сумська	6208	553,6	6145	580,5	6064	581,7	105,1
Тернопільська	9048	848,2	9418	913,1	9179	897,4	105,8
Харківська	22574	831,2	22821	867,6	24734	951,0	114,4
Херсонська	4627	433,8	4777	467,9	5044	500,5	115,4
Хмельницька	6346	488,8	6644	533,2	6944	563,1	115,2
Черкаська	8217	658,3	8404	711,3	8757	751,1	114,1
Чернівецька	7708	849,9	8297	926,0	8534	958,4	112,8
Чернігівська	11954	1141,5	11722	1201,7	11921	1242,5	108,8
м. Київ	15384	540,4	17818	609,5	19521	669,5	123,9

Аналіз наведених в табл.3 даних вказує на те, що за період дослідження смертність населення внаслідок інфаркту міокарда в цілому по Україні зросла на 20,0% і склала 28,2 на 100 тис. населення. При цьому зростання показника зареєстровано на території 15 (68,2%) регіонів, а його зменшення на території 6 (27,3%) регіонів. У Львівській області показник залишився без змін і склав 27,7.

Найбільший рівень зростання показника смертності населення внаслідок інфаркту міокарда зареєстровано у Черкаській області: на 63,3% з показником 27,6 та Херсонській області: на 53,3% з показником 23,0.

Найбільший рівень зниження показника смертності населення внаслідок інфаркту міокарда зареєстровано у Одеській області: на 27,3% з показником 18,1 та Чернігівській області: на 12,1% з показником 24,1.

В 2021 році гранична різниця показника смертності населення внаслідок інфаркту міокарда в розрізі регіонів України становила 3,52 разів: від 12,3 в Сумській області до 43,3 в м. Києві.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із вивченням впливу війни проти російської агресії на смертність населення України внаслідок інфаркту міокарда.

Таблиця 3. Смертність населення України внаслідок інфаркту міокарда

Адміністративна територія	2015*		2020*		2021*		Показник 2021 до 2015, %
	абс. числа	показник	абс. числа	показник	абс. числа	показник	
Україна**	10063	23,5	10376	26,3	11086	28,2	120,0
Область							
Вінницька	334	20,8	253	16,5	294	19,4	93,3
Волинська	171	16,4	174	16,9	167	16,3	99,4
Дніпропетровська	918	28,0	969	30,7	1015	32,6	116,4
Донецька	745	-	800	-	858	-	-
Житомирська	205	16,3	193	16,0	206	17,3	106,1
Закарпатська	277	22,0	334	26,7	382	30,7	139,5
Запорізька	758	42,9	795	47,4	887	53,7	125,2
Івано-Франківська	204	14,7	167	12,3	186	13,7	93,2
Київська	491	28,4	617	34,7	679	38,0	133,8
Кіровоградська	164	16,8	219	23,8	228	25,2	150,0
Луганська	208	-	279	-	354	-	-
Львівська	699	27,7	634	25,5	683	27,7	100,0
Миколаївська	270	23,2	310	27,8	295	26,8	115,5
Одеська	594	24,9	496	21,0	426	18,1	72,7
Полтавська	385	26,7	321	23,4	332	24,5	91,8
Рівненська	126	10,8	128	11,1	141	12,3	113,9
Сумська	231	20,6	236	22,3	226	21,7	105,3
Тернопільська	224	21,0	192	18,6	203	19,8	94,3
Харківська	953	35,0	896	34,1	986	37,9	108,3
Херсонська	160	15,0	216	21,2	232	23,0	153,3
Хмельницька	198	15,2	209	16,8	224	18,2	119,7
Черкаська	211	16,9	287	24,3	322	27,6	163,3
Чернівецька	185	20,3	198	22,1	266	29,9	147,3
Чернігівська	287	27,4	240	24,6	231	24,1	87,9
м. Київ	1065	37,4	1213	41,5	1263	43,3	115,8

Висновки

В ході дослідження встановлено наступне. Смертність населення України внаслідок хвороб системи кровообігу за роки дослідження збільшилася на 17,8% і склала 1114,8 на 100 тис. населення. Гранічна різниця показника відрізняється в 1,81 разів: від 816,6 у Закарпатській області до 1482,1 в Чернігівській області. Смертність населення України внаслідок ішемічної хвороби серця зросла на 21,0% і склала 788,8 на 100 тис. населення. Гранічна різниця показника в розрізі регіонів

області склала 3,46 разів: від 358,8 в Закарпатській до 1242,5 в Чернігівській області. Смертність населення внаслідок інфаркту міокарда по Україні зросла на 20,0% і склала 28,2 на 100 тис. населення. Гранічна різниця показника смертності населення внаслідок інфаркту міокарда в розрізі регіонів України становила 3,52 разів: від 12,3 в Сумській області до 43,3 в м. Києві.

Зростання смертності населення України внаслідок хвороб системи кровообігу потребує оптимізації системи комплексної медичної допомоги.

Література

1. Природний рух населення України за 2019 рік : статистичний збірник. – К.: Державна служба статистики України, 2020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/06/zb_prn_2019.pdf.
2. Дані Державної служби статистики Польщі (Statistics Poland // <https://bdl.stat.gov.pl>).

3. Deaths in Sweden in 2019, by cause. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.statista.com/statistics/528942/sweden-number-of-deaths-by-cause-of-death/>.
4. Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002-2019 рр.: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. – Київ, 2020. – 174 с.
5. Смертність населення України від хвороб системи кровообігу в Україні в 2015 – 2021 роках (інформаційно-статистичний довідник). МОЗ України. – Київ, 2022. – 30 с.

References

1. Pryrodnyy rukh naselennya Ukrainy za 2019 rik : statystychnyy zbirnyk. – K.: Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy, 2020. [Elektronnyy resurs] Rezhym dostupu: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/06/zb_prn_2019.pdf.
2. Dani Derzhavnoyi sluzhby statystyky Pol'shchi (Statistics Poland // <https://bdl.stat.gov.pl>).
3. Deaths in Sweden in 2019, by cause. [Elektronnyy resurs] Rezhym dostupu: <https://www.statista.com/statistics/528942/sweden-number-of-deaths-by-cause-of-death/>.
4. Naseleennya Ukrainy. Demohrafichni tendentsiyi v Ukraini u 2002-2019 rr.: kol. monohr. / za red. O.M. Hladuna; NAN Ukrainy, In-t demohrafiyi ta sotsial'nykh doslidzhen' imeni M.V. Ptukhy. – Kyiv, 2020. – 174 s.
5. Smertnist' naselennya Ukrainy vid khvorob systemy krovoobihu v Ukraini v 2015 – 2021 rokakh (informatsiyno-statystychnyy dovidnyk). MOZ Ukrainy. – Kyiv, 2022. – 30 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.10.2022 р.

Goal: to study and analyze the mortality rates of the population of Ukraine due to diseases of the circulatory system in the context of the regions of Ukraine.

Materials and methods: the data of sectoral statistical reporting for the period 2015, 2020 and 2021 were used as the materials of the study. Bibliosemantic and medical-and-statistical methods and the method of structural and logical analysis were applied in the course of the study.

Results. Mortality of the population of Ukraine due to diseases of the circulatory system over the years of the study increased by 17,8% and amounted to 1114,8 per 100 thousand people. The marginal difference of the indicator differs by 1,81 times: from 816,6 in Transcarpathian region to 1482,1 in Chernihiv region. Mortality of the population of Ukraine due to coronary heart disease increased by 21,0% and amounted to 788,8 per 100 thousand people. The marginal difference of the indicator in terms of regions of the region composed 3,46 times: from 358,8 in Transcarpathian to 1242,5 in Chernihiv region. Mortality due to myocardial infarction in Ukraine increased by 20,0% and amounted to 28,2 per 100 thousand people. The marginal difference in the mortality rate due to myocardial infarction in the context of regions of Ukraine composed 3,52 times: from 12,3 in the Sumy region to 43,3 in Kyiv.

Conclusions. An increase in mortality of the population of Ukraine for the period 2015-2021 due to diseases of the circulatory system has been established, which requires optimization of the system of comprehensive medical care.

Key words: population, diseases of the circulatory system, coronary heart disease, myocardial infarction, mortality, indicator, regions.

Мета: дослідити та проаналізувати показники смертності населення України внаслідок хвороб системи кровообігу в розрізі регіонів України.

Матеріали та методи: матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за період 2015, 2020 та 2021 рр. В ході дослідження використано бібліосемантичний і медико-статистичний методи та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Смертність населення України внаслідок хвороб системи кровообігу за роки дослідження збільшилася на 17,8% і склала 1114,8 на 100 тис. населення. Гранична різниця показника відрізняється в 1,81 разів: від 816,6 у Закарпатській області до 1482,1 в Чернігівській області. Смертність населення України внаслідок ішемічної хвороби серця зросла на 21,0% і склала 788,8 на 100 тис. населення. Гранична різниця показника в розрізі регіонів області склала 3,46 разів: від 358,8 в Закарпатській до 1242,5 в Чернігівській області. Смертність населення внаслідок інфаркту міокарда по Україні зросла на 20,0% і склала 28,2 на 100 тис. населення. Гранична різниця показника смертності населення внаслідок інфаркту міокарда в розрізі регіонів України становила 3,52 разів: від 12,3 в Сумській області до 43,3 в м. Києві.

Висновки. Встановлено зростання смертності населення України за період 2015-2021 рр. внаслідок хвороб системи кровообігу, що потребує оптимізації системи комплексної медичної допомоги.

Ключові слова: населення, хвороби системи кровообігу, ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарду, смертність, показник, регіони.

Конфлікт інтересів: відсутній.
Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна 27.
g.slabkiy@ukr.net.

Кошеля Іван Іванович – кандидат медичних наук, директор ДП Клінічний санаторій «Карпати»; 89641, Україна, Закарпатська обл., Мукачівський р-н, село Карпати, будинок 1.
koshelia@local.tdmu.

Слабкий Г.О.¹, Рожкова М.Г.²

Slabkiy H.O.¹, Rozhkova M.G.²

Законодавче забезпечення розвитку охорони здоров'я населення України за часи її незалежності

Legislative support for the development of health care of the population of Ukraine during its independence

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

²Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна

¹Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

²Kyiv National University named after Taras Shevchenko, Kyiv, Ukraine

g.slabkiy@ukr.net, mariia0021@gmail.com

Вступ

Головною метою діяльності системи охорони здоров'я України є збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом створення умов для профілактики захворювань, забезпечення населення доступною та якісною первинною та спеціалізованою медичною допомогою, надання послуг реабілітаційного характеру [1-3]. Крім того в законодавчому полі важливою задачею є інтеграції системи охорони здоров'я країни в Європейський медичний простір [4].

Мета: дослідити та проаналізувати рівень законодавчого забезпечення розвитку охорони здоров'я України за часи її незалежності.

Матеріали та методи

Матеріали дослідження: Закони України, які забезпечують розвиток системи охорони здоров'я, що були прийняті за роки незалежності держави. Методи дослідження: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Основним Законом України є її Конституція [5]. Згідно статті 49 Конституції: кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм; держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності (тлумачення згідно з Рішенням Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. N 10-рп/2002); держава дбає про

розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

Таким чином Конституцією України визначено право кожного її жителя на здоров'я та ефективне і доступне медичне обслуговування.

Основним Законом України, який безпосередньо визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулює суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості є Основи законодавства України про охорону здоров'я [6]. Даним Законом України визначено, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Закон складається із XIII розділів та 80 статей, в яких на законодавчому рівні визначаються основні засади діяльності системи охорони здоров'я в Україні в тому числі такі як: права та обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я, основи організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, медична допомога, забезпечення лікарськими і протезними засобами, охорона здоров'я матері та дитини, медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності і відпочинку, медична експертиза, медична і фармацевтична діяльність, реабілітаційна допомога тощо.

За період його дії до вказаного закону внесено 67 змін та доповнень в тому числі 5 протягом 2022 року.

На розвиток окремих напрямків системи охорони здоров'я в подальшому було прийнято низку законів в тому числі наступні Закони України прямої дії:

- Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року [7],

- Про захист населення від інфекційних хвороб [8],

- Про внесення змін до Закону України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні" щодо приведення у відповідність із деякими законодавчими актами України [9],

- Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я [10]

- Про внесення змін до статті 39 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб" щодо врегулювання питання соціального захисту постраждалих від коронавірусної хвороби (COVID-19) медичних працівників закладів охорони здоров'я всіх форм власності [11] та інші.

Необхідно зазначити, що окремі питання, які пов'язані із діяльністю охорони здоров'я унормовані в тому числі в наступних Законах України: Цивільний кодекс України [12], Податковий кодекс України [13], Кримінальний кодекс України [14], Про захист персональних даних [15], Про ліцензування певних видів господарської діяльності [16], Про місцеве самоурядування [17] та інші.

Першим Законом України яким було запроваджено проведення комплексної реформи системи охорони здоров'я в країні став Закон «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [18]. Закон визначав організаційні та правові засади реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві.

Стаття 1 Закону вказувала на те, що метою реалізації у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров'я (пілотний проект) є впровадження та відпрацювання нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, що спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і для розвитку системи охорони здоров'я України.

В Законі вказувалося, що Пілотний проект щодо реформування системи охорони здоров'я передбачає проведення протягом 2011-2014 років структурно-організаційної та функціональної перебудови системи медичного обслуговування у пілотних регіонах, що дасть змогу: підвищити рівень медичного обслуговування населення, розширити можливості щодо його доступності та якості; впровадити нові підходи щодо організації роботи закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах та їх фінансового забезпечення; підвищити ефективність використання бюджетних коштів, передбачених для фінансового забезпечення системи охорони здоров'я у пілотних регіонах.

При цьому реалізація пілотного проекту передбачала: створення на базі існуючої в пілотних

регіонах мережі закладів охорони здоров'я структурованої за видами медичної допомоги системи медичного обслуговування шляхом відокремлення (або об'єднання) закладів охорони здоров'я, які задовольняють потреби населення у первинній, вторинній, третинній та екстреній медичній допомозі; організацію та забезпечення функціонування у пілотних регіонах центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги для задоволення потреб населення у такій медичній допомозі; перепрофілювання закладів охорони здоров'я пілотних регіонів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання; організацію діяльності у пілотних регіонах госпітальних округів, які повинні забезпечити умови для надання населенню вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; створення у пілотних регіонах центрів екстреної медичної допомоги для задоволення потреб населення в такій медичній допомозі; перерозподіл ресурсів між закладами охорони здоров'я пілотних регіонів, що надають первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу на території зазначених регіонів; розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами медичної допомоги; здійснення починаючи з 2012 року фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення згідно з вимогами цього Закону; запровадження починаючи з 2012 року системи індикаторів якості первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та екстреної медичної допомоги, які враховуються під час оцінювання якості медичної допомоги відповідного виду; застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги.

Законом було визначено, що учасниками пілотного проекту є заклади охорони здоров'я незалежно від виду і типу, які здійснюють медичне обслуговування на території пілотних регіонів згідно з вимогами цього Закону, а також центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування пілотних регіонів. А також було визначено, що для цілей цього Закону комунальні заклади охорони здоров'я у пілотних регіонах відповідно до закону можуть бути реорганізовані у комунальні некомерційні підприємства або комунальні некомерційні установи, основною метою яких є здійснення медичного обслуговування населення без мети одержання прибутку. Такі заклади охорони здоров'я є неприбутковими організаціями.

Закон складався із 12 статей, які визначали наступне: мережа закладів охорони здоров'я пілотних регіонів; організація надання первинної медичної допомоги у пілотних регіонах; організація надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та функціонування госпітальних округів у пілотних регіонах; організація надання третинної (високоспеціалізованої)

медичної допомоги у пілотних регіонах; організація надання екстреної медичної допомоги у пілотних регіонах; організація фінансового забезпечення функціонування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах під час реалізації пілотного проекту; договори про медичне обслуговування населення; штатний розпис закладів охорони здоров'я пілотних регіонів; оплата праці медичних працівників закладів охорони здоров'я пілотних регіонів; моніторинг реформування системи охорони.

Результати пілотного проекту з реформування галузі охорони здоров'я були обговорені на різних рівнях державного управління і вони стали підґрунтям для подальшого реформування системи охорони здоров'я в країні [19-21].

Вагомо змінило діяльність системи охорони здоров'я прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [22] та впровадження визначених ним норм в практику. Цей Закон визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості, реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів (включаючи допоміжні засоби) за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій.

Закон складається із IV розділів та 13 статей і унормовує наступне: поняття державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів та програма медичних гарантій; забезпечення реалізації програми медичних гарантій: основні принципи програми медичних гарантій, права та обов'язки пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій, уповноважений орган, особливості договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, порядок отримання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій, контроль та відповідальність за дотриманням законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Крім того законом введені нові термінологічні поняття в галузі охорони здоров'я.

На виконання вказаного закону було створено Національну службу здоров'я України [23], як центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення та єдиного замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

Значним кроком до розвитку в країні системи громадського здоров'я стало прийняття Закону України «Про систему громадського здоров'я» [24]. Закон визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування,

юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення.

Він складається із IX розділів та 56 статей і унормовує такі питання як державна політика та регулювання системи громадського здоров'я, епідеміологічний нагляд та готовність до реагування, захист здоров'я населення, збереження здоров'я і профілактика хвороб, державне регулювання та контроль у сфері захисту здоров'я та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, кадрове, наукове та фінансове забезпечення системи громадського здоров'я, відповідальність за порушення вимог санітарного законодавства тощо.

Звертаємо увагу на Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги», який було прийнято в 2022 році [25].

Важливість закону полягає в тому, що інновації, які запроваджуються даним законом, безпосередньо впливають на організацію медичного обслуговування як населення всієї країни так і стосуються кожного громадянина безпосередньо. При цьому Закон передбачає безоплатне отримання громадянами у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги таких видів: екстреної медичної допомоги; первинної медичної допомоги; спеціалізованої медичної допомоги та паліативної допомоги. Це значить, що в Україні спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу замінено на один вид: спеціалізовану медичну допомогу.

Вказаний Закон України закріплює принцип формування спроможної мережі спеціалізованих закладів охорони здоров'я з формуванням госпітальних округів, які в свою чергу поділяються на госпітальні кластери. Законом визначено, що порядок формування госпітальних округів та госпітальних кластерів розробляється та затверджується Кабінетом Міністрів України. При цьому визначено, що кожна область становить один госпітальний округ, а мережа закладів охорони здоров'я буде складатися з трьох типів лікарень:

- загальний заклад охорони здоров'я, який забезпечуватиме базові напрями стаціонарної медичної допомоги населенню територіальної громади або декількох громад де проживає від 40-80 тис. населення і має базовий перелік медичних послуг: терапія, гінекологія, травматологія, консультативна поліклініка, відновлювальна реабілітація тощо;

- кластерний заклад охорони здоров'я забезпечуватиме на території госпітального кластера медичну та реабілітаційну допомогу при найбільш поширених захворюваннях і станах з обслуговуванням від 150 тис. населення з часом доїзду до лікарні в межах терапевтичного вікна. Вказані заклади мають бути потужними та багатопрофільними і зможуть надавати перелік пріоритетних послуг за напрямками кардіологія, неврологія, терапія, ортопедія, інфекційні захворювання, акушерсько-гінекологічний, інтенсивна терапія

новонароджених, стаціонарна реабілітація в підгострому періоді тощо;

- надкластерний заклад охорони здоров'я забезпечуватиме надання медичної допомоги у найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населенню всього госпітального округу.

При цьому маршрути екстреної медичної допомоги будуть переформатовані на основі нової типологізації закладів охорони здоров'я, тому екстрена госпіталізація відбуватиметься виключно у визначений заклад відповідно до стану пацієнта.

Необхідно зазначити, що відповідно до положень закону, контрахтування Національною службою здоров'я України закладів охорони здоров'я буде відбуватись на основі визначеного статусу закладу у спроможній мережі.

По відношенню до економічної діяльності закладів охорони здоров'я, то необхідно відмітити, що Закон також регламентує наступне:

- на території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій;

- заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування, які не покриваються програмою медичних гарантій з медичного обслуговування населення, а також в інших випадках, перелік яких затверджує Кабінет Міністрів України, за плату від юридичних і фізичних осіб при цьому, плата за такі послуги з медичного обслуговування встановлюється закладами охорони здоров'я самостійно.

Важливим є те, що повноваження щодо планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, прийняття рішення про створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я (з урахуванням затвердженого у встановленому порядку плану розвитку госпітального округу) надано органам місцевого самоврядування.

Подальший розвиток щодо впровадження затверджених Законами України положень розвитку системи охорони здоров'я України знайшов в прийнятих на їх виконання урядових актах та наказах Міністерства охорони здоров'я України.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з дослідженням шляхів та результатів реформи системи охорони здоров'я України у відповідності до Закону України від 1 липня 2022 року № 2347-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги».

Висновки

В Україні прийняті Закони прямої та непрямої дії виконання яких має забезпечувати створення умов для збереження та зміцнення здоров'я населення та отримання ним необхідної доступної та якісної медичної допомоги із інтеграцією системи охорони здоров'я в загальноєвропейський простір.

Враховуючи значні негативні медико-демографічні наслідки війни проти російської агресії необхідно стратегічні шляхи їх подолання визначити на законодавчому рівні.

Література

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2017. – 516 с.
2. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія]. Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т. – К., 2014. – 312 с.
3. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
4. Слабкий Г. А., Пархоменко Г. Я. К вопросу о реформировании системы здравоохранения: международный опыт. Український медичний часопис. 2012. №3 (89).V/VI.
5. Конституція України. Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР із змінами і доповненнями <https://ips.ligazakon.net/document/Z960254K>.
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ із змінами і доповненнями <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
7. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року. Закон України від 22 січня 2010 р. №1841-VI. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17#Text>.
8. Про захист населення від інфекційних хвороб. Закон України від 6 квітня 2000 року. № 1645-ІІІ із змінами та доповненнями. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>.
9. Про внесення змін до Закону України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні" щодо приведення у відповідність із деякими законодавчими актами України Закон України від 2 листопада 2021 року № 1848-ІХ. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1848-20#Text>.

10. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. https://ips.ligazakon.net/document/T201053?ed=2020_12_03.
11. Про внесення змін до статті 39 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб" щодо врегулювання питання соціального захисту постраждалих від коронавірусної хвороби (COVID-19) медичних працівників закладів охорони здоров'я всіх форм власності. Закон України від 17 листопада 2021 року. № 1894-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1894-20#Text>.
12. Цивільний кодексу України. Закон України від 16.01.2003 № 435-IV із змінами і доповненнями. <https://ips.ligazakon.net/document/view/T030435>.
13. Податковий кодекс України. Закон України від 2 грудня 2010 року № 2755-VI із змінами та доповненнями. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17#Text>.
14. Кримінальний кодекс України. Закон України від 5 квітня 2001 року N 2341-III із змінами та доповненнями. <https://ips.ligazakon.net/document/T012341>.
15. Про захист персональних даних. Закон України від 1 червня 2010 року № 2297-V. <https://www.president.gov.ua/documents/2297vi-11567>.
16. Про ліцензування певних видів господарської діяльності. Закон України від 01.06.2000 N 1775-III із змінами і доповненнями <https://tax.gov.ua/zakonodavstvo/podatkove-zakonodavstvo/zakoni-ukraini/arhiv-zakoniv-ukraini/zakoni-ukraini-za-2000-rik/print-34932.html>.
17. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР із змінами та доповненнями. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>.
18. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві. Закон України від 07.07.2011, N 3612-VI. http://zakon.nau.ua/doc/?doc_id=640540.
19. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
20. Слабкий Г.О., Лехан В.М., Надутий К.О., Ященко Ю.Б., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю., Знаменська М.А. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2014, №3. – С. 9-14.
21. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні результати, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015, №3 (спецвипуск). – С. 5-12.
22. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII <https://zakon.help/zakonodavstvo-ukraini/2168-19>.
23. Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101. <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>.
24. Про систему громадського здоров'я. Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX <https://ips.ligazakon.net/document/T222573>.
25. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги. Закон України від 1 липня 2022 року № 2347-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>.

References

1. Shchorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naseleння, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu ta rezul'taty diyal'nosti systemy okhorony zdorov'ya Ukrayiny. 2016 rik / MOZ Ukrayiny, DU «UISD MOZ Ukrayiny». – Kyiv : MVTS «Medinform», 2017. – 516 с.
2. Derzhavne upravlinnya okhoronoyu zdorov'ya Ukrayiny: [monohrafiya]. Lazoryshynets' V.V., Slabkiy H.O., Yarosh N.P., Chepelevs'ka L.A., Shevchenko M.V., Tsiborovs'kyi O.M., Istomyn S. V., Kondratyuk N.YU., Kucherenko N.T. – К., 2014. – 312 с.
3. Lekhan V. M. Stratehiya rozvytku systemy okhorony zdorov'ya: ukrayins'kyi vymir / V. M. Lekhan, H. O. Slabkiy, M. V. Shevchenko. – К., 2009. – 50 с.
4. Slabkiy H. A., Parkhomenko H. YA. K voprosu o reformyrovanyy systemy zdavookhranenyya: mezhdunarodnyy opyt. Ukrayins'kyi medychnyy chasopys. 2012. №3 (89).V/VI.
5. Konstytutsiya Ukrayiny. Zakon Ukrayiny vid 28.06.1996 № 254k/96-VR iz zminamy i dopovnennyamy <https://ips.ligazakon.net/document/Z960254K>.
6. Osnovy zakonodavstva Ukrayiny pro okhoronu zdorov'ya. Zakon Ukrayiny vid 19 lystopada 1992 roku № 2801-XII iz zminamy i dopovnennyamy <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
7. Pro zatverdzhennya Zahal'noderzhavnoyi prohramy rozvytku pervynnoyi medyko-sanitarnoyi dopomohy na zasadakh simeynoyi medytsyny do 2011 roku. Zakon Ukrayiny vid 22 sichnya 2010 r. №1841-VI. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17#Text>.
8. Pro zakhyst naseleння vid infektsiynykh khvorob. Zakon Ukrayiny vid 6 kvitnya 2000 roku. № 1645-III iz zminamy ta dopovnennyamy. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>.

9. Pro vnesennya zmin do Zakonu Ukrayiny "Pro rehabilitatsiyu osib z invalidnistyu v Ukrayini" shchodo pryvedennya u vidpovidnist' iz deyakymy zakonodavchymy aktamy Ukrayiny Zakon Ukrayiny vid 2 lystopada 2021 roku № 1848-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1848-20#Text>.

10. Pro rehabilitatsiyu u sferi okhorony zdorov'ya. Zakon Ukrayiny vid 03.12.2020 № 1053-IX. https://ips.ligazakon.net/document/T201053?ed=2020_12_03.

11. Pro vnesennya zmin do statti 39 Zakonu Ukrayiny "Pro zakhyst naselennya vid infektsiynykh khvorob" shchodo vrehulyvannya pytannya sotsial'noho zakhystu postrazhdalych vid koronavirusnoyi khvoroby (COVID-19) medychnykh pratsivnykiv zakladiv okhorony zdorov'ya vsikh form vlasnosti. Zakon Ukrayiny vid 17 lystopada 2021 roku. № 1894-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1894-20#Text>.

12. Tsyvil'nyy kodeksu Ukrayiny. Zakon Ukrayiny vid 16.01.2003 № 435-IV iz zminamy i dopovnennyamy. <https://ips.ligazakon.net/document/view/T030435>.

13. Podatkovyy kodeks Ukrayiny. Zakon Ukrayiny vid 2 hrudnya 2010 roku № 2755-VI iz zminamy ta dopovnennyamy. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17#Text>.

14. Kryminal'nyy kodeks Ukrayiny. Zakon Ukrayiny vid 5 kvitnya 2001 roku N 2341-III iz zminamy ta dopovnennyamy. <https://ips.ligazakon.net/document/T012341>.

15. Pro zakhyst personal'nykh danykh. Zakon Ukrayiny vid 1 chervnya 2010 roku № 2297-V. <https://www.president.gov.ua/documents/2297vi-11567>.

16. Pro litsenzuvannya pevnykh vydiv hospodars'koyi diyal'nosti. Zakon Ukrayiny vid 01.06.2000 N 1775-III Iz zminamy i dopovnennyamy <https://tax.gov.ua/zakonodavstvo/podatkovye-zakonodavstvo/zakoni-ukraini/arhiv-zakoniv-ukraini/zakoni-ukraini-za-2000-rik/print-34932.html>.

17. Pro mistseve samovryaduvannya v Ukrayini. Zakon Ukrayiny vid 21 travnya 1997 roku № 280/97-VR iz zminamy ta dopovnennyamy. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>.

18. Pro porядok provedennya reformuvannya systemy okhorony zdorov'ya u Vinnyts'kiy, Dnipropetrovs'kiy, Donetsk'kiy oblastiakh ta misti Kyevi. Zakon Ukrayiny vid 07.07.2011, N 3612-VI. http://zakon.nau.ua/doc/?doc_id=640540.

19. Pozytyvnyy dosvid reformuvannya haluzi okhorony zdorov'ya rehioniv / O. V. Anishchenko, R. O. Moiseyenko, O. K. Tolstanov [ta in.]. – K., 2011. – 149 s.

20. Slabkiy H.O., Lekhan V.M., Naduty K.O., Yashchenko YU.B., Shevchenko M.V., Kondratyuk N.YU., Znamens'ka M.A. Deyaki uroky reformy okhorony zdorov'ya Ukrayiny. *Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi*. 2014, №3. – S. 9-14.

21. Lekhan V.M., Slabkiy H.O., Shevchenko M.V. Analiz rezul'tativ reformuvannya systemy okhorony zdorov'ya v pilotnykh rehionakh: pozytyvni rezul'taty, problemy ta mozhylyvi shlyakhy yikh vyrishennya. *Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi*. 2015, №3 (spetsvypusk). – S. 5-12.

22. Pro derzhavni finansovi harantiyi medychnoho obsluhovuvannya naselennya. Zakon Ukrayiny vid 19 zhovtnya 2017 roku № 2168-VIII <https://zakon.help/zakonodavstvo-ukraini/2168-19>.

23. Pro utvorennya Natsional'noyi sluzhby zdorov'ya Ukrayiny. Postanova KМУ vid 27 hrudnya 2017 r. № 1101. <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>.

24. Pro systemu hromads'koho zdorov'ya. Zakon Ukrayiny vid 06.09.2022 № 2573-IX <https://ips.ligazakon.net/document/T222573>.

25. Pro vnesennya zmin do deyakykh zakonodavchykh aktiv Ukrayiny shchodo udoskonalennya nadannya medychnoyi dopomohy. Zakon Ukrayiny vid 1 lypnya 2022 roku № 2347-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>.

Дата ндаходження рукопису до редакції: 28.10.2022 р.

Мета: дослідити та проаналізувати рівень законодавчого забезпечення розвитку охорони здоров'я України за часи її незалежності.

Матеріали та методи. Матеріали дослідження: Закони України, які забезпечують розвиток системи охорони здоров'я, що були прийняті за роки незалежності держави. Методи дослідження: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу.

Результати. В Україні прийняті Закони прямої та непрямої дії виконання яких має забезпечувати створення умов для збереження та зміцнення здоров'я населення та отримання ним необхідної доступної та якісної медичної допомоги із інтеграцією системи охорони здоров'я в загальноєвропейський простір.

Висновки. Враховуючи значні негативні медико-демографічні наслідки війни проти російської агресії необхідно стратегічні шляхи їх подолання визначити на законодавчому рівні.

Ключові слова: Україна, час незалежності, охорона здоров'я, розвиток, закони.

Aim: to study and analyze the level of legislative support for the development of health care in Ukraine since its independence.

Materials and methods. Research materials: Laws of Ukraine that ensure the development of the health care system, which were adopted during the years of state independence. Research methods: bibliosemantic, of content analysis, of structural-and-logical analysis.

Results. The laws of direct and indirect action have been adopted in Ukraine, the implementation of which should ensure the creation of conditions for preserving and strengthening the health of the population and obtaining the necessary affordable and high-quality medical care with the integration of the health care system into the European space.

Conclusions. Taking into account the significant negative medical and demographic consequences of the war against Russian aggression, it is necessary to determine strategic ways to overcome them at the legislative level.

Key words: Ukraine, years of independence, health care, development, laws.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету.

Рожкова Марія Геннадіївна – кандидат юридичних наук, викладач кафедри іноземних мов Навчально-наукового інституту міжнародних відносин КНУ імені Тараса Шевченка.

Лопатіна Я.В., Басараб Я.О.,
Терещенко О.М., Шепілова К.Ю.

Впровадження моделі скринінгу на рівень депресії при лікуванні ВІЛ-позитивних пацієнтів «Test and Treat» клініки в Україні

Представництво Фондації АнтиСНІД-США в Україні,
м. Київ, Україна
Клініка «Test and Treat», м. Одеса, Україна

Lopatina Y.V., Basarab Ya.O.,
Tereshchenko O.M., Shepilova K.Y.

Implementation of the screening model for the level of depression in the treatment of HIV-positive patients of the "Test and Treat" clinic in Ukraine

Representative office of the AntiAIDS-USA Foundation
in Ukraine, Kyiv, Ukraine
Test&Treat Clinic, Odesa, Ukraine

kseniia.voronova@ahf.org

Вступ

Психічні розлади, які включають депресію, тривогу та посттравматичний стресовий розлад, дуже поширені серед людей, які живуть з ВІЛ, і пов'язані з поганими результатами лікування вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) [1]. Депресія є одним з найчастіших супутніх розладів серед ВІЛ інфікованих пацієнтів. За даними різних дослідників поширеність депресії серед людей, які живуть з ВІЛ, становить 20-40% [2-8]. У людини з легкою формою депресії з'являються деякі труднощі у виконанні звичайної роботи, але це майже не впливає на загальний результат і функціонування. При важкій формі, людина не є спроможною виконувати навіть щоденну домашню роботу. Антиретровірусна терапія (АРТ) в Україні є обов'язковим складником комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим з 2002 року, оскільки ефективна АРТ призводить до суттєвого зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Доведено, що для ефективності лікування АРТ важлива регулярність та безперервність лікування, так звана прихильність пацієнта лікуванню. У пацієнтів з ВІЛ та депресією частіше відмічається низька ефективність АРТ [9], депресію пов'язують з низькою прихильністю до АРТ [10], пропуском візитів до лікаря [11], прискоренням клінічного прогресування ВІЛ-інфекції [12,13], а також вищих показників смертності [14,15]. Невчасно діагностована депресія у ВІЛ позитивної людини без призначеного лікування психічних розладів, може погіршувати наслідки лікування ВІЛ. Послуги для ЛЖВ часто не включають діагностику проблем психічного здоров'я. В цей же час пацієнти часто не розкривають свого психічного стану фахівцям охорони здоров'я через страх бути стигматизованими. Фахівці охорони здоров'я часто не вміють виявляти психічні проблеми, але навіть коли вони це роблять, вони часто не вживають необхідних заходів для подальшої оцінки, допомоги та подальшого перенаправлення [16].

У зв'язку з високою поширеністю депресії серед людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), Європейським клінічним суспільством СНІДу (ЕАКС) були розроблені рекомендації щодо скринінгового обстеження на депресію всіх ВІЛ-інфікованих пацієнтів з метою своєчасного виявлення та подальшого лікування. Нині у розпорядженні лікарів є цілий ряд валідованих скринінгових опитувальників для виявлення депресії, Шкала Montgomery – Asberg (MADRS), Шкала Гамільтона (Hamilton M., HDRS), Шкала Цунга (Zung W.W.K., Durham N.C. [17-20].

Результати останніх досліджень показали, що спостерігається відсутність скринінгу та лікування розладів психічного здоров'я у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в багатьох сільських і педіатричних закладах, особливо в країнах з низьким рівнем доходу [1]. Так, у клініках країнах Латинської Америки та Карибського басейну пропонували скринінг на депресію (63%) і тривогу (13%), але жоден сайт не повідомляв про скринінг на посттравматичний стресовий розлад. У африканських когортах у східній Африці більше перевіряли на депресію (53%) і посттравматичний стресовий розлад (14%), ніж в інших африканських регіонах, але мали найнижчий скринінг на тривожність (7%). У Західній Африці проводився мінімальний скринінг: депресія, тривога та посттравматичний стресовий розлад проходили лише в 7%, 14% і 7% випадках відповідно. Північна Америка показала найвищий рівень скринінгу на депресію, тривожність і посттравматичний стресовий розлад у ВІЛ-інфікованих пацієнтів – у 93%, 24% і 28% обстежених відповідно [1].

Даних щодо наявності скринінгу психічного здоров'я та лікування в клініках, що надають допомогу пацієнтам з ВІЛ в Україні вкрай обмаль [21,22]. Актуальним є необхідність визначення та впровадження практичних і стійких послуг для пацієнтів з ВІЛ-інфекцією щодо скринінгу і лікування на розлади психічного здоров'я.

Мета дослідження – з'ясувати поширеність розладів психічного здоров'я у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в рамках впровадження моделі скринінгу на депресію і надання послуг лікування серед ВІЛ-позитивних пацієнтів «Test and Treat» клініки.

Матеріали та методи

Для реалізації поставленої мети обстежено 776 ВІЛ-позитивних пацієнтів, що перебували під медичним наглядом у клініці Т&Т в м. Одеса, Україна протягом листопада 2018 – липня 2022 років. На початку дослідження скринінг на депресію використовували загальноприйнятій опитувальник Patient Health Questionnaire PHQ-2. Стандартизований опитувальник PHQ-2 мав 2 запитання, PHQ-9 включав 9 запитань [23]. Проводилось етапне анкетування: на першому етапі для скринінга депресії використовували PHQ-2, для оцінки тяжкості депресії – PHQ-9. При позитивній відповіді хоча б на одне питання PHQ-2 проводилось подальше обстеження з використанням опитувальника PHQ-9, пацієнтів скеровано на консультацію до фахівця з психічного здоров'я для подальшої оцінки тяжкості депресії та лікування. Проведений підрахунок суми балів опитувальника PHQ-9 дозволяв поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість. Огляд пацієнтів проводили в динаміці після початку лікування коморбідного захворювання з метою покращення якості лікування та підвищення прихильності до антиретровірусної терапії у супроводі з соціальним працівником. Результати фіксувались у медичній документації. Проводили оцінку імунологічного статусу пацієнтів шляхом визначення рівня CD-4 лімфоцитів у крові при первинному зверненні пацієнтів. Вірусологічну ефективність АРТ визначали як здатність досягти зменшення вірусного навантаження (ВН) ВІЛ до невизначального рівня (нижче <1,000 копій/мл) через 6 місяців від початку АРТ. Медико-статистична обробка отриманого матеріалу проводилася шляхом розрахунку частоти відповідей на 100 опитаних та визначення похибки ($\pm m$), а оцінка вірогідності різниці даних у групах порівняння – шляхом обчислення критерію відповідності критерію хі-квадрат (χ^2) Пірсона із поправкою Йейтса. Оцінка достовірності різниці середніх для кількісних ознак із нормальним розподілом проводилася за критерієм

Стьюдента (t), а при розподілі, який відхилявся від нормального – користувалися тестом Мана-Уїтні; визначено відповідний рівень значущості (p). Введення даних і статистичний аналіз проводилися за допомогою IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) версії 25.0.

Дотримання етичних норм. При виконанні роботи не проводились клінічні або лабораторні обстеження окремих осіб, дизайн дослідження виключав можливість ідентифікації окремих осіб, таким чином, етичні норми, права пацієнтів та конфіденційність не порушені.

Результати дослідження та їх обговорення

Характеристики обстежених представлені в таблиці 1. При демографічному аналізі цих даних виявили, що за віковими характеристиками, як у чоловіків, так і у жінок найбільший рівень серед оглянутих нами пацієнтів припав на вік 35-50 років. Порівнюючи за віковими групами між статтю, виявили, що у жінок старше 50 років значно більший рівень ВІЛ – 61 (18,4%) проти 149 (33,5%) у чоловіків ($p=0,003$). Дослідження щодо вікового розподілу хворих на ВІЛ були проведені О.В. Постнов та співавторами, які показали, що в окремих вікових групах відбувається «дорослішання» епідемії ВІЛ-інфекції за рахунок збільшення захворюваності серед старших вікових груп при відсутності зниження захворюваності у молодших вікових групах [24]. У третини обстежених мало місце давнє встановлення діагнозу ВІЛ >10 років ($n=282/776$, 36,3%). При цьому вірогідно більша кількість його була у жінок – 92 (27,8%) проти 190 (42,7%) у чоловіків ($p<0,0001$). Четверта частина обстежених хворих (25,4%, $n=197$) мала виражений імунodefіцит (CD4 лімфоцити <350 клітин/мкл), що свідчить про пізній початок АРТ. Привертає увагу вірогідно вища частота досягнення вірусологічної ефективності АРТ серед жінок 387 (87,6%) порівняно з чоловіками 228 (68,6%) $p<0,0001$, про що свідчить невизначальний рівень ВН більше 6 місяців від початку АРТ (<1,000) та є результатом високої прихильності до АРТ, що покращує прогноз лікування ВІЛ-інфекції.

Переважає більшість обстежених (91,8%, $n=713$) отримували АРТ та мали вірусологічну ефективність лікування (86,5%, $n=617$) (рис. 1).

Таблиця 1. Характеристика пацієнтів, які страждають на ВІЛ

	Чоловіки $n=332$ (%)	Жінки $n=444$ (%)	p (χ^2 test statistics)
Вік за групами			
18-24 роки	14 (4,2)	5 (1,1%)	0,065
25-34 роки	47 (14,1%)	40 (9,1%)	0,084
35-50 років	210 (63,2%)	250 (56,3%)	0,72
50+ років	61 (18,4%)	149 (33,5%)	0,003
Встановлення діагнозу ВІЛ >10 років	92 (27,8%)	190 (42,7%)	<0,0001
CD4 клітини ≤ 350	87 (26,2%)	110 (24,7%)	
Вірусне навантаження <1,000	228 (68,6%)	387 (87,6%)	<0,0001

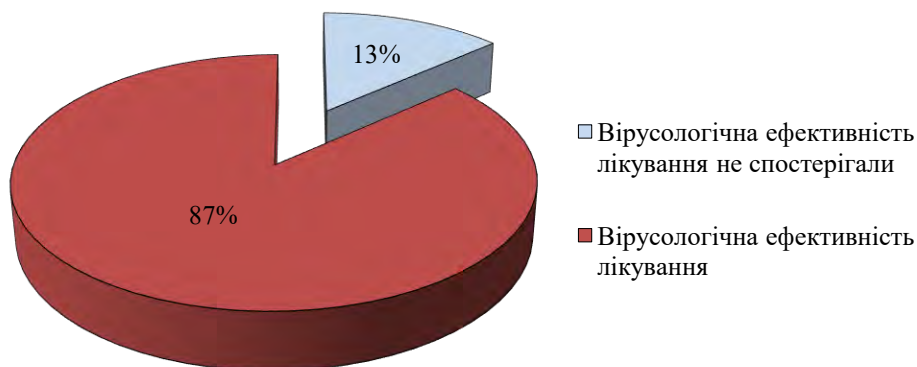


Рис. 1. Питома вага пацієнтів у яких відмічали вірусологічну ефективність лікування при АРТ-терапії

Проведені дослідження показали, що серед 776 пацієнтів клініки T&T, яким провели скринінг на депресію з використанням анкет PHQ-2 та PHQ-9, у 315 (40,5%) було встановлено синдромальний діагноз депресії (рис. 2).

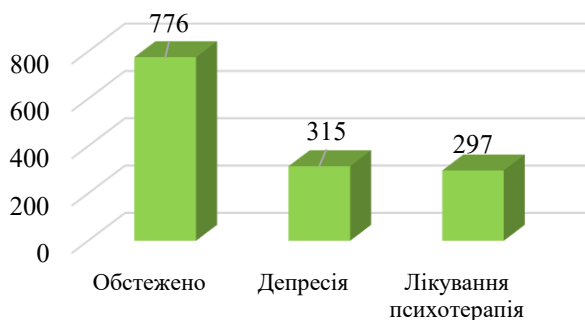


Рис. 2. Каскад послуг з проведення скринінгу на депресію та подальшого призначення лікування серед пацієнтів «Test&Treat» клініки

Депресія при ВІЛ часто не береться до уваги в клінічній практиці. Дослідження, проведене в США, показало, що у половини пацієнтів із депресією не було встановлено діагноз. Діагноз депресії ще рідше ставиться у країнах із низьким рівнем ресурсів. Дослідження, проведене Stephanie M. Matt, показало, що в жодного пацієнта з депресією не було такого діагнозу [27].

Синдромальний діагноз депресії вірогідно частіше виявлявся у жінок – 198 (44,5%), ніж у чоловіків – 117 (35,4%) $p=0,010$. Хемар та інші співавтори виявили в своїх дослідженнях, що у ВІЛ-інфікованих при безробітті у жінок, самотності та відсутності сімейних зв'язків більше виявляли депресивний розлад, ніж у чоловіків [25] (рис. 3).

Дослідниками було показано, що більше 50% людей, які живуть з ВІЛ та депресією, не отримують лікування від депресії, і ця відмова від лікування сприяє значним негативним клінічним результатам та зниженню якості життя [26].

А в нашому дослідженні виявлена більша частка пацієнтів, які зі встановленою депресією – 297 (94,2%) розпочали лікування з приводу психічного здоров'я антидепресантами чи нейролептиками (рис. 4).

У всьому світі понад 10% населення, що живе з ВІЛ, становлять люди віком 50 років та старші. Мало того, що ВІЛ-інфіковане населення старіє, люди похилого віку складають все більш високу частку нових ВІЛ-інфекцій. У США близько 18% пацієнтів з вперше встановленим захворюванням старше 50 років, і все частіше у пацієнтів з початковим діагнозом у старшому віці також діагностується пізніша стадія ВІЛ-інфекції [27].

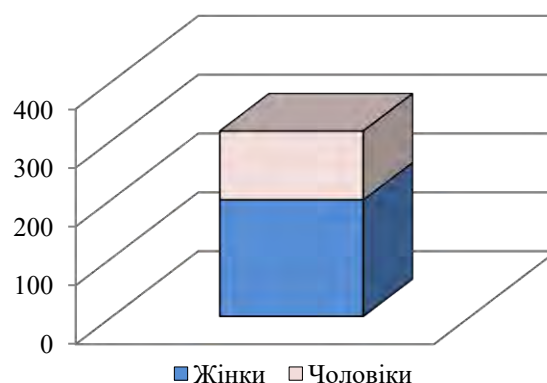


Рис. 3. Питома вага синдромального діагнозу депресії серед чоловіків та жінок

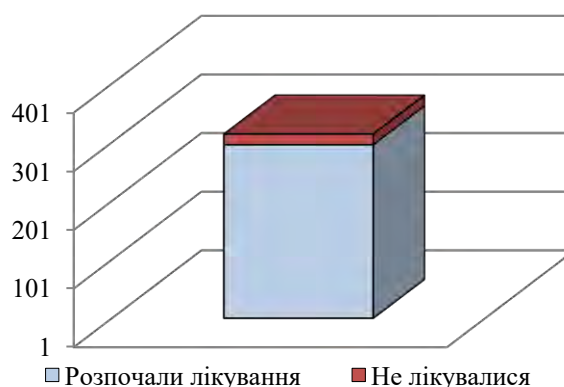


Рис. 4. Питома вага ВІЛ інфікованих пацієнтів, які розпочали лікування синдромального діагнозу депресії

В нашому дослідженні половина пацієнтів вікової групи 35-50 років мала встановлений діагноз депресії (235 з 460 обстежених, 51,1%), що достовірно частіше діагностувалась порівняно з пацієнтами інших вікових груп – старшими 50 років (73/210, 34%) та молодшими 34 років (8,0%, 7 з 87 обстежених у віковій групі 25-34 років), $p=0,005$ (рис. 5).

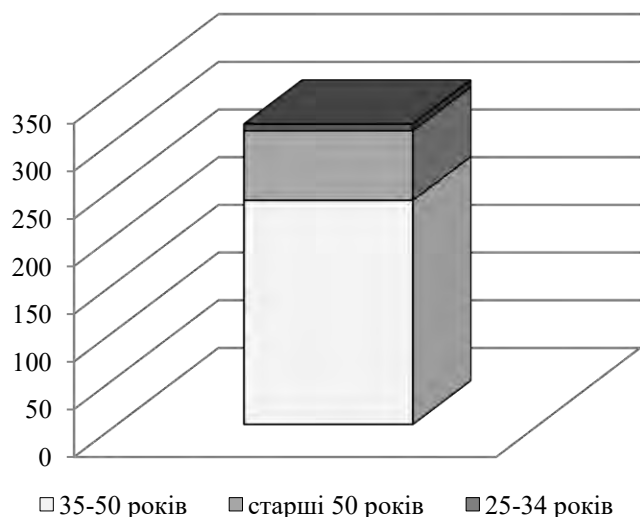


Рис. 5. Питова вага ВІЛ інфікованих пацієнтів з виявленим синдромальним діагнозом депресії за віковими групами

Достовірно частіше діагноз депресії мав місце у пацієнтів з визначальним рівнем вірусного навантаження ВІЛ більше 40 копій/мл – 16,8% (53 осіб з 315) порівняно з 2,6% (12 з 461) пацієнтами, що мали визначальний рівень ВН ВІЛ, але не мали депресії, $p=0,005$. Рівень

імунодефіциту не впливав на частоту виникнення депресії. Так, депресія встановлена у 44,1% пацієнтів (87 з 197) з рівнем CD4 клітин ≤ 350 та у 39,3% пацієнтів (228 з 579) з рівнем CD4 клітин >350 .

У третини пацієнтів – 268 (34,3%) пацієнтів за результатами консультацій було встановлено інші психічні та поведінкові розлади (рис. 6), з яких лише 25 (9,3%) пацієнта не звернулися за специфічною фармакотерапією чи психотерапією, інші були проконсультовані фахівцем із психічного здоров'я проєкту та отримали відповідне лікування.

Дослідження, яке було проведено в Онтаріо (Канада) показало, що у ВІЛ-позитивних учасників із поточними депресивними симптомами було більше додаткових психічних розладів у порівнянні з їхніми колегами без цих симптомів (3 проти 2, $p<0,001$). Зокрема, в учасників із депресією, ймовірно, діагностували старече недоумство, алкогольний психоз, наркотичний психоз, шизофренію, інші психози, тривогу, розлади особистості, алкоголізм, наркотичну залежність, зловживання тютюном, психосоматичні розлади, спазми звички чи реакцію адаптації [26].

Ми зробили розподіл частоти психічних та поведінкових розладів за статевою приналежністю, зокрема психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, психоактивних речовин переважали у жінок – 19/444 (4,2%), та мали місце лише у 3 з 332 (0,9%) чоловіків, $p=0,005$, невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади також вірогідно частіше мали місце у жінок – 32/444 (7,2%) порівняно з чоловіками – 12/332 (3,6%), $p=0,05$. Шизофренія, шизотипічні розлади мали місце лише у чоловіків – 8/332 (2,4%), $p=0,001$, афективні розлади настрою спостерігались без достовірної різниці між чоловіками 3/332 (0,9%) та жінками 10/444 (2%) (табл. 2).

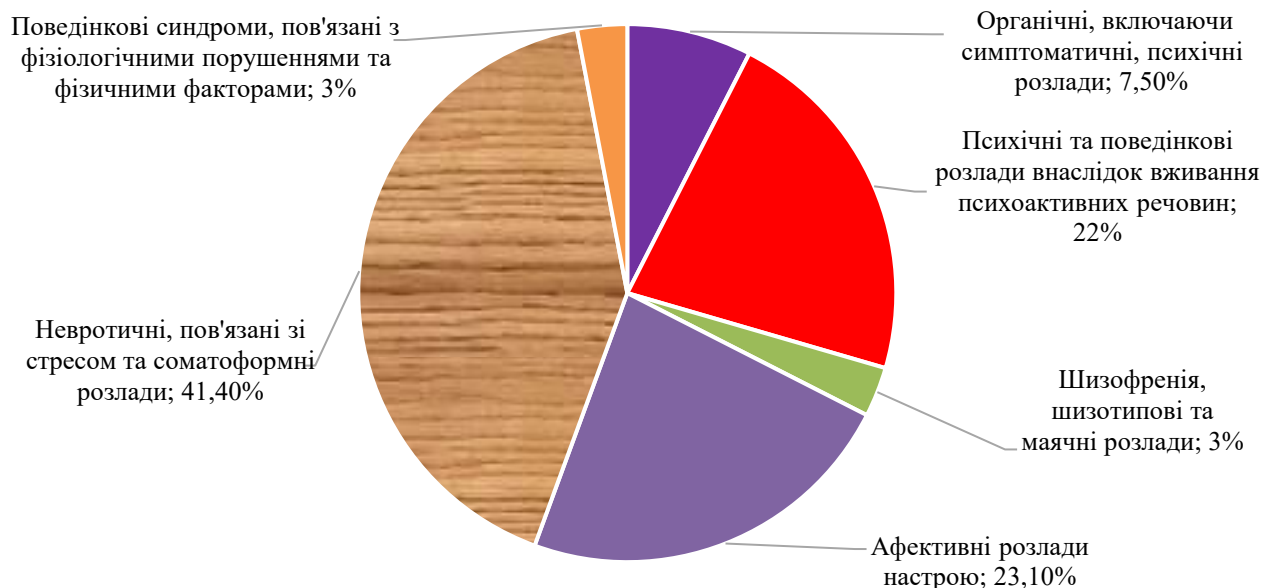


Рис. 6. Питова вага ВІЛ інфікованих пацієнтів з виявленими іншими розладами психічного здоров'я серед пацієнтів клініки T&T

Таблиця 2. Розподіл частоти психічних та поведінкових розладів між жінками та чоловіками

Частота психічних та поведінкових розладів	Жінки, абс. (%)	Чоловіки, абс. (%)	p
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, психоактивних речовин	19 (4,2)	3 (0,9)	0,005
Невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	32 (7,2)	12 (3,6)	0,05
Шизофренія, шизотипічні розлади	0	8 (2,4)	0,001
Афективні розлади настрою	10 (2)	3 (0,9)	0,063

Перспективи подальших досліджень

В подальшому авторами заплановано провести дослідження на виявлення соціальних та демографічних факторів ризику виникнення синдромальної депресії

Висновки

1. Виявлено, що 40% ВІЛ-інфікованих хворих при поглибленому обстеженні встановлено діагноз депресії з переважанням пацієнтів жіночої статі. Інші психічні та

поведінкові розлади мали місце у третини обстежених та характеризувались різними проявами у жінок та чоловіків.

2. Встановлено, що депресія частіше діагностувалась у пацієнтів з визначальним рівнем вірусного навантаження ВІЛ більше 40 копій/мл, але не залежала від рівня CD4 клітин на момент обстеження.

3. З'ясовано, що у третини пацієнтів – 268 (34,3%) пацієнтів за результатами консультацій було встановлено інші психічні та поведінкові розлади, з яких лише 25 (9,3%) пацієнта не звернулися за специфічною фармакотерапією чи психотерапією.

References

1. Parcesepe A et al. Screening and treatment of common mental disorders at HIV clinics within the International epidemiology Databases to Evaluate AIDS (IeDEA) consortium. 24th International AIDS Conference, Montreal, abstract OAE0502, 2022.
2. Pence B. W., Miller W. C., Whetten K, Eron J. J., Gaynes B. N. Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006;42(3):298-306
3. Bing E. G., Burnam M. A., Longshore D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58(8): 721-728.
4. Ciesla J. A., Roberts J. E. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry.* 2001; 158(5): 725-730.
5. Orlando M., Burnam M. A., Beckman R, et al. Re-estimating the prevalence of psychiatric disorders in a nationally representative sample of persons receiving care for HIV: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2002; 11(2): 75-82.
6. Schumacher J. E., McCullumsmith C, Mugavero M. J., et al. Routine depression screening in an HIV clinic cohort identifies patients with complex psychiatric co-morbidities who show significant response to treatment. *AIDS Behav.* 2013; 17 (8): 2781-2791.
7. Tegger M. K., Crane H. M., Tapia K. A., Uldall K. K., Holte S. E., Kitahata M. M. The effect of mental illness, substance use, and treatment for depression on the initiation of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS.* 2008; 22 (3): 233-243.
8. O'Cleirigh C, Magidson J. F., Skeer M. R., Mayer K. H., Safren S. A. Prevalence of psychiatric and substance abuse symptomatology among HIV-infected gay and bisexual men in HIV primary care. *Psychosomatics.* 2015; 56(5): 470-478.
9. Pence B. W., Miller W. C., Gaynes B. N., Eron J. J. Jr. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007; 44(2): 159-166.
10. DiMatteo M. R., Lepper H. S., Croghan T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000; 160(14): 2101-2107.
11. Zuniga J. A., Yoo-Jeong M, Dai T, Guo Y, Waldrop-Valverde D. The role of depression in retention in care for persons living with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2016; 30(1): 34-38.
12. Mugavero M. J., Pence B. W., Whetten K., et al. Predictors of AIDS-related morbidity and mortality in a southern US cohort. *AIDS Patient Care STDS.* 2007; 21(9): 681-690.
13. Ironson G, O'Cleirigh C, Fletcher M. A., et al. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. *Psychosom Med.* 2005; 67(6): 1013-1021.
14. Todd J. V., Cole S. R., Pence B. W., et al. Effects of antiretroviral therapy and depressive symptoms on all-cause mortality among HIV-infected women. *Am J Epidemiol.* 2017; 185(10): 869-878.

15. Ickovics J. R., Hamburger M. E., Vlahov D, et al; HIV Epidemiology Research Study Group. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. JAMA. 2001; 285(11): 1466-1474.
16. Executive Board, 124. (2009). HIV/AIDS and mental health: report by the Secretariat. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/2107>.
17. Hospytal'naya Shkala Trevohy y Depressyy (HADS) <https://www.pfizerprofi.ru/sites/default/files/hads2106.pdf>.
18. Shkala MADRS. URL: <http://www.psychiatry.ru/stat/81>.
19. Shkala Hamyl'tona (HDRS) dlya otsinky depresiyi. URL: https://www.pfizerprofi.ru/sites/default/files/shkala_depressii_gamiltona.pdf.
20. <http://uprcmsch91.prospectinfo.ru/files/zungtest.pdf>.
21. Lopatina YA., Zhakovych A.-M., Kalandiya H., Naduta-Skrynnik O. Diahnostyka depresiyi yak vazhlyva chastyna kompleksnoyi lyudyno-oriyentovanoi dopomohy VIL-infikovanym patsiyentam v Ukrayini. Nevrolohiya, Psykhiatryia, Psykhoterapiya № 3 (54) 2020 r. Nevro 3 2020 (health-ua.com).
22. Spirina I. D., Hnenn O. M. Analiz rivnya depresiyi ta tryvozhnosti u VIL infikovanykh v zalezhnosti vid nayavnosti deviantnoyi povedinky. Skhidnoyevropeys'kyy zhurnal vnutrishn'oyi ta simeynoyi medytsyny, 2019, № 2. 289260925.pdf (core.ac.uk).
23. Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) – Mental Disorders Screening – National HIV Curriculum (uw.edu).
24. Postnov O. V., Herasymenko T. V., Pozdnyakov S. V., Servets'kyi S. K., Pozhoha YU. V. Osoblyvosti zakhvoryuvanosti na VIL-infektsiyu u riznykh vikovykh hrupakh naseleennyi Odes'koyi oblasti. Vseukrayins'kyi naukovopraktychny medychnyy zhurnal. «Infektsiyi khvoroby». 1 (67). – 2012. – S. 52-59.
25. Hémar V., Hessamfar M., Neau D. et al. A comprehensive analysis of excess depressive disorder in women and men living with HIV in France compared to the general population. Sci Rep 12, 6364 (2022). URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10263-3>.
26. Choi SKY, Boyle E, Cairney J, Collins EJ, Gardner S, Bacon J, et al. Prevalence, recurrence, and incidence of current depressive symptoms among people living with HIV in Ontario, Canada: results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. PLoS ONE 11(11). – 2016. – URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165816>.
27. Stephanie M. Matt, Peter J. Gaskill. Dopaminergic impact of cART and anti-depressants on HIV neuropathogenesis in older adults. Brain Res. – 2019. – Nov 15; 1723: 146398. DOI: 10.1016/j.brainres.2019.146398.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.10.2022 р.

Мета. Дослідити поширеність розладів психічного здоров'я у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в рамках впровадження моделі скринінгу на депресію і надання послуг лікування серед ВІЛ-позитивних пацієнтів «Test and Treat» клініки.

Матеріали та методи. Первинним матеріалом були результати обстеження 776 ВІЛ позитивних пацієнтів у клініці T&T. Використовували загальноприйнятий опитувальник Patient Health Questionnaire PHQ-2 та PHQ-9. Введення даних і статистичний аналіз проводилися за допомогою IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) версії 25.0.

Результати. Дані досліджень показали, що у жінок депресія зустрічається частіше, ніж у чоловіків, в той же час, за віковими характеристиками, як у чоловіків, так і у жінок найбільший рівень депресії серед оглянутих нами пацієнтів припав на вік 35-50 років.

Висновки. Встановлено, що депресія частіше діагностувалась у пацієнтів з визначальним рівнем вірусного навантаження ВІЛ більше 40 копій/мл, але не залежала від рівня СД4 клітин на момент обстеження.

Ключові слова: ВІЛ, депресія, вік, стать, Україна, модель скринінгу.

The purpose of scientific research. To investigate the prevalence of mental health disorders in HIV-infected patients as part of the implementation of the depression screening model and the provision of treatment services among HIV-positive patients of the "Test and Treat" clinic.

Materials and methods. The primary material was the results of examination of 776 HIV-positive patients in the T&T clinic. The commonly accepted Patient Health Questionnaire PHQ-2 and PHQ-9 were used. Data entry and statistical analysis were performed using IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) version 25.0.

Results. Research data showed that depression occurs more often in women than in men, at the same time, according to age characteristics, both in men and in women, the highest level of depression among the patients we examined fell at the age of 35-50 years.

Conclusions. It was established that depression was more often diagnosed in patients with a determining level of HIV viral load of more than 40 copies/ml, but it did not depend on the level of T4 cells at the time of examination.

Key words: HIV, depression, age, gender, Ukraine, screening model.

Конфлікт інтересів: відсутній.
Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Лопатіна Ярослава – Голова Представництва Фондації АнтиСНІД-США в Україні, лікар-інфекціоніст; 03057 м. Київ, вул. Металістів 12а.
+380 (50) 384-89-89, yaroslava.lopatina@ahf.org.

Басараб Ярослав – к.м.н., Керівник клінічних програм Представництва Фондації АнтиСНІД-США в Україні, лікар-інфекціоніст; 03057 м. Київ, вул. Металістів 12а.
+380 (50) 384-06-06, yaroslav.basarab@ahf.org.

Терещенко Оксана Миколаївна – директор клініки "Т&Т", лікар з лікар акушер-гінеколог вищої категорії; 65012 м. Одеса, вул. Велика Арнаутська 44.
+380 (50) 193-17-57, teresenkooksana1@gmail.com.

Шепілова Катерина Юріївна – лікар невропатолог вищої категорії, Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка); 65062 м. Одеса, вул. Теніста 8, неврологічне відділення.
+380 (67) 749-89-86, rborovskaya12345@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277022
УДК 614.21+727:378+004.413.4

Панченко О.А., Кабанцева А.В.

Мінімізація ризиків для громадського здоров'я через освіту, медицину і безбар'єрний простір

Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», м. Київ, Україна

Panchenko O.A., Kabantseva A.V.

Minimizing public health risks via education, medicine and barrier-free space

State Institution "Scientific-Practical Medical Rehabilitating-Diagnostic Center of the Ukrainian Ministry of Health", Kyiv, Ukraine

oap@ukr.net, avk111-111@ukr.net

Вступ

Конституція України зазначає: людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю [1]. Разом із цим за останніми даними Центру громадського здоров'я МОЗ України першу позицію серед головних ризиків для громадського здоров'я сьогодні обіймає воєнний стан [2].

Із початком воєнних дій функціональну підсистему медичного захисту приведено у готовність до виконання завдань за призначенням в особливий період та розпочато впровадження Плану цивільного захисту функціональної підсистеми медичного захисту на особливий період, при цьому ступінь готовності визначено як «ПОВНА ГОТОВНІСТЬ» [3].

Уже понад 6 місяців країна живе в умовах воєнного стану і понад 8 років йде неоголошена війна, і скільки це буде ще тривати невідомо. Із кожним днем примножується кількість населення, що зазнало тих чи інших втрат свого фізичного чи психічного здоров'я. Із метою покращення ситуації необхідні дієві і цілеспрямовані заходи державної політики, зокрема шляхом міжгалузевої співпраці як регулятора процесу удосконалення функціонування охорони здоров'я [4, 5]. Через розуміння цієї нагальної проблеми та потребу в наданні високоспеціалізованої медико-психологічної допомоги за ініціативи Першої леді започатковано реалізацію проекту «Реабілітація травм війни в Україні» [6]. Розвиток напрямку реабілітації передбачений Національною стратегією із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, де освіта виступає одним із головних напрямків цього документа [7].

Сучасні умови і виклики сьогодення потребують певної модернізації освітньо-професійного процесу, бо підготовлені фахівці повинні виступати міцними сполучними ланками безбар'єрного простору. Тільки висококваліфіковані фахівці медичної галузі можуть своєчасно розпізнати, спрогнозувати та попередити розвиток тієї чи іншої недуги.

Мета дослідження: дослідити міждисциплінарну особливість деталізованої галузі знань «Громадське здоров'я» та представити шляхи зниження ризиків для громадського здоров'я як практики попередження захворювань, збільшення тривалості життя, зміцнення здоров'я суспільства в цілому.

Матеріали та методи

У дослідженні взяли участь 530 осіб. За статевою ознакою вибірку склали 368 жінок (69,4%) та 162 чоловіки (30,6%), віком від 18 до 89 років. Середній вік $48,2 \pm 16,6$ років. Обстеження проводилося за допомогою авторської анкети «Актуальне функціонування» (авт. А.В. Кабанцева) та методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» (авт. А.С. Zigmond и R.P. Snaith). Статистичний аналіз результатів було проведено за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

У світовому вимірі громадське здоров'я має доволі давню історію свого існування [8-10]. В Україні активний розвиток громадського здоров'я розпочато з 2015 року, і за цей, доволі невеликий, проміжок часу пройдено суттєвий шлях щодо розбудови цього напрямку: започатковано нормативно-правову базу [11-13], створено структуру та визначено шляхи розвитку громадського здоров'я [14-16], вибудовано систему, розроблено та затверджено стандарти підготовки кадрів [17-22].

У своєму широкому розумінні громадське здоров'я – це галузь науки і практики, що поєднує моніторинг захворювань і патологічних станів із наглядом та популяризацією здорового способу життя, зокрема примноження здорових громад та навколишнього середовища взагалі. Головна особливість цієї галузі полягає у дослідженні широкого кола осіб, колективів, різних верств населення і суспільства загалом. При цьому умови життя і діяльності, зокрема професійної, а також соціально-економічне становище є визначальними

факторами впливу на показники оцінки стану здоров'я населення [23]. Загальноприйнятими основними індикаторами чи показниками, за якими здійснюється оцінка громадського здоров'я, виступають медико-демографічні (народжуваність, смертність, природний приріст населення, міграція, середня тривалість майбутнього покоління), захворюваність, інвалідність, фізичний розвиток.

Слід відмітити, що реалізація всього вищезазначеного вдається через багатоаспектність самої галузі громадського здоров'я. За своєю змістовністю громадське здоров'я виступає міждисциплінарною системою знань валеології, медицини, епідеміології, психології, соціології, біоетики, права, економіки, демографії, біостатистики, менеджменту та інше. Конгломерат знань і практик зазначених наук та галузей дозволяє громадському здоров'ю виконувати ряд функцій [15,22]:

- спостереження за станом здоров'я населення та популяризація здорового способу життя;

- моніторинг ризиків для здоров'я і реагування на небезпеки та надзвичайні ситуації;

- забезпечення управління в інтересах збереження здоров'я, примноження фізичного та психологічного благополуччя людини, громади, суспільства;

- профілактика та пропедевтика захворювань, раннє діагностування хвороби;

- охорона здоров'я та праці: безпека життєдіяльності, робочого місця, умов праці, води та продуктів харчування тощо;

- забезпечення достатньої кількості кадрового потенціалу та високого рівня кваліфікації;

- забезпечення якісного та кількісного компонентів стійких організаційних структур і фінансування (освіта, медицина);

- організація та проведення досліджень у сфері охорони здоров'я.

Наведемо співвідношення (специфічність) деяких наук і галузей знань до системи громадського здоров'я (табл.).

Таблиця. Кооперація деяких наук чи галузей знань до системи громадського здоров'я

Науки та галузі знань	Характеристика
Освіта	Підготовка та забезпечення кадровим потенціалом сфери громадського здоров'я. Розширення кола знань та рівня компетенцій фахівців суміжних профілів, зокрема лікарів, психологів, соціологів, соціальних педагогів та працівників
Валеологія	Комплексне вивчення стану здоров'я людини, її резервів, здійснення заходів щодо зміцнення і збереження здоров'я, формування здорового способу життя серед населення. Розробка пропозицій щодо організації рекреаційних заходів
Медицина	Рівень, якість і доступність отримання медичної допомоги населенням (профілактика, діагностика, лікування з урахуванням адекватності і результативності). Наслідки перенесених хвороб, зокрема інвалідність. Можливість проходження реабілітації і абілітації осіб після перенесених захворювань та патологічних станів. Тенденції «хвороб цивілізації»
Епідеміологія	Моніторування епідеміологічного стану у суспільстві, дослідження рівня і умов захворюваності, нагляд та фіксація випадків спалахів хвороб, розробка заходів контролю та попередження встановлених фактів
Демографія	Аналіз демографічних показників: склад, чисельність, міграція, народжуваність, смертність, плодючість, природний приріст (убуток), середня тривалість майбутнього життя населення
Біостатистика	Використання статистичних даних для вивчення проблем охорони здоров'я. Застосування медичної статистичної інформації в розробці і плануванні біомедичних досліджень, профілактичних програм, рекомендацій у галузі громадського здоров'я
Право	Розробка правового врегулювання та забезпечення дотримання законів, підзаконних актів, що захищають стан навколишнього середовища, права та обов'язки, гарантують безпеку кожного громадянина
Психологія	Зміцнення і збереження психічного здоров'я населення через ранню діагностику психологічних проблем і надання своєчасної необхідної допомоги. Попередження розвитку психічних розладів. Забезпечення реалізації психоедукації, психогігієни та психопрофілактики
Соціологія	Дослідження рівня обізнаності у сфері громадського здоров'я, виявлення основних проблем та здійснення фокус-обговорення. Аналіз успішних кейсів розбудови громадського здоров'я та їх популяризація. Сприяння соціальній мобілізації
Біоетика	Володіння нормами моралі біомедичних наук і їх застосування в організації ефективного і безпечного управління, здійснення професійної діяльності в межах правового поля
Економіка	Вплив фактору особистісної економічної безпеки на рівень громадського здоров'я. Забезпечення якості медичної допомоги шляхом аналізу потреб, складання економічного

	плану. Здійснення раціонального розподілу ресурсів, встановлення джерел фінансування та розрахунку кошторису
Управління та адміністрування	Формування та реалізація стратегій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я суспільства. Забезпечення стратегічного управління в системі громадського здоров'я на основі вивченого світового досвіду

Як показує теоретико-методологічний аналіз і реалії сьогодення, громадське здоров'я несе суттєвий тягар наслідків воєнних дій [24,25]. В екстремальних умовах воєнного стану проблема ментального здоров'я набуває особливого значення, бо умови, що склалися, не є нормотипованими для повноцінного сприятливого функціонування психіки. Діяльність людини здійснюється в стані постійної напруги, призводячи до виснаження нервових процесів і організму взагалі. Підтвердженням цього є проведені власні дослідження стану громадського здоров'я населення під час бойових дій в Україні.

Із числа 530 осіб, які брали участь у дослідженні, а саме вивченні психосоматичного аспекту за авторською методикою А. Кабанцевої [25], виявлено збільшення інформаційної потреби серед населення на 75,5% (400 осіб). Зокрема, військово-політичні новини викликали напружене і хвилююче відношення у 68,5% респондентів. Порушення сну (засинання, прокидання, сам процес сну) як головного показника стану нервової системи мали

53,6% респондентів (284 особи), 55,5 % (394 особи) скаржилися на зниження фізичної активності, з яких 34,2% (181 особа) відмічали певну повільність, а 21,3% (113 осіб) – знаходилися в стані постійного виснаження та сонливості.

Відмічалися больові відчуття різної локалізації, що з'явилися за останній час: 62,8% (333 особи) – біль у спині, 53,8% (285 осіб) – головний біль, 37,4% (198 осіб) – біль у кінцівках. Поряд із цим, 37,2% респондентів (197 осіб) відмічали незадоволення собою, також відчуття агресії або роздратованість до себе у 20,2% (107 осіб), до близьких людей – 20,9% (111 осіб), до інших навколишніх людей – 33% (175 осіб). Вживання алкоголю чи паління задля зняття напруги відмічали 19,1% респондентів (101 особа).

За методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» (авт. A.S. Zigmond та R. P. Snaith) встановлені зміни психологічного характеру серед респондентів (рис.).

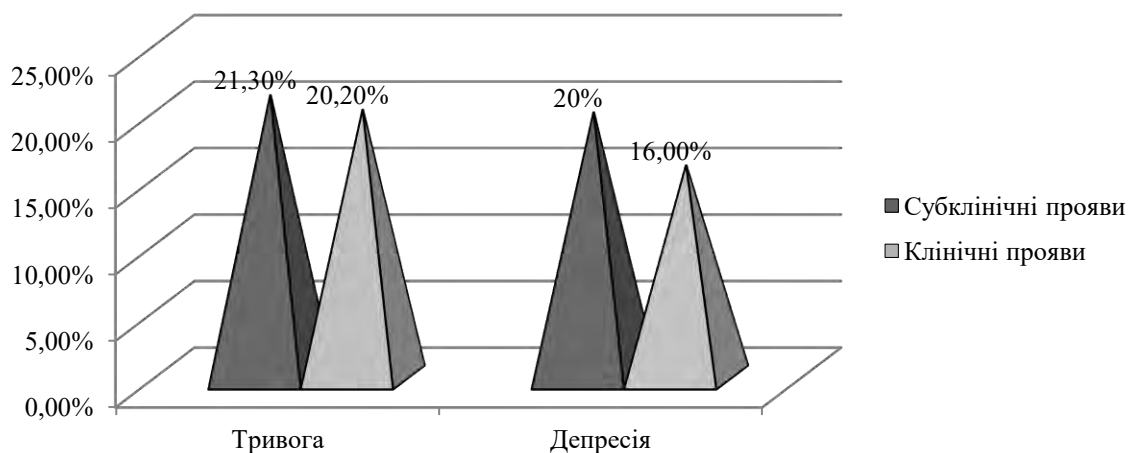


Рис. Наявність тривоги і депресії серед респондентів в умовах воєнного стану

Наявність тривоги говорить про відсутність безпеки у людей, а наявність проявів депресії характеризує пригніченість психоемоційного стану, що є ризиком розвитку психосоматичної патології, психічних розладів, загострення хронічних патологічних станів соматичного здоров'я.

За результатами проведеної діагностики 36,2% респондентів (192 особи) потребували поглибленої діагностики, корекції, відповідного лікування та реабілітації. Тобто, окреслена частина вибірки виступає групою ризику, що вимагає консультації психотерапевта для уточнення клінічних проявів. Тому існує нагальна потреба у розробці плану дій психологічної підтримки та медико-психологічної допомоги щодо збереження психічного здоров'я і психологічної рівноваги населення.

І ці питання стосуються як медицини в цілому, так і громадського здоров'я зокрема.

Медицина – це сфера відновлення здоров'я, відшкодування та мінімізації отриманих збитків через діагностику (бажано ранню), лікування, реабілітацію, оздоровлення та подальшу профілактику. Громадське здоров'я спрямовано, у першу чергу, на зміцнення здоров'я задля гідного перенесення всіх випробувань війни для психіки людини. І в цій єдиній системі важливим питанням є обізнаність, компетентність, рівень сформованих умінь і навичок як у діючих фахівців галузі охорони здоров'я, так і системи підготовки майбутніх кадрів.

Стандарт вищої освіти України галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 229 – Громадське

здоров'я – як основа розробки освітньо-професійних програм включає формування інтегративних, загальних та спеціальних (фахових, предметних) компетентностей у здобувачів освіти. Серед спеціальних компетентностей увага приділяється формуванню критичного мислення, вмінню застосовувати основні методи і принципи епідеміологічних, лабораторних, демографічних досліджень, здійснювати інтерпретацію та аналіз результатів досліджень, оцінювати ризики, робити обґрунтовані висновки та надавати відповідні рекомендації, застосовувати знання сфери громадського здоров'я, інтегрувати та оптимізувати їх до наявних знань інших сфер. Поряд із цим освітньо-професійна підготовка спрямована на здобуття вміння планувати і здійснювати прикладні дослідження, організувати та проводити ефективний комунікативний зв'язок у сфері громадського здоров'я з використанням сучасних каналів та технік комунікації, вміння моніторувати та вбачати ефективність, а також доцільність заходів, цільових програм, загальної політики в громадському здоров'ї та впроваджувати нові стратегічні ідеї із залученням інших фахівців і зацікавлених осіб.

Виходячи з широкого ряду вищезазначених компетенцій, доцільним виступає впровадження дисципліни «Громадське здоров'я» як обов'язкової у освітньо-професійні програми підготовки лікарів всіх спеціалізацій, молодших спеціалістів медицини, психологів, соціологів, фахівців правової галузі, журналістики, масмедіа та інше задля оволодіння знаннями актуального становища громадського здоров'я, розуміння злободенних проблем, формування навичок і компетентностей щодо вміння оперувати статистичними даними (опрацьовувати їх), аналізувати, інтерпретувати і інтегрувати результати досліджень показників здоров'я населення, діяльності та гарантій системи охорони здоров'я, розробки пропозицій з позицій конкретної освітньої галузі, що сприятимуть зміцненню громадського здоров'я та удосконаленню його організації, а також попередженню і усуненню ризиків загроз здоров'ю населення.

Навчальний курс «Громадське здоров'я» інтегрує знання історії людства, медичної науки, епідеміології, права, статистики, інформаційних технологій, етики, психології, соціології, гігієни, екології, економіки, що

- сприяє вивченню і розумінню планування організаційних і правових засад у системі охорони здоров'я;
- забезпечує формування профілактичного напрямку діяльності майбутніх фахівців;
- слугує вивченню методів та заходів підвищення рівня популяційного здоров'я;
- розширює економічний світогляд та основні компетентнісні характеристики;
- показує можливості створення бізнес-проектів у системі охорони здоров'я та громадського здоров'я зокрема.

Поряд із вищезазначеним та урахувавши ризики сьогодення, у системі освітньої підготовки обов'язковим повинно бути формування стресостійкості та життєздатності фахівців, засвоєння методів відновлення

особистісних ресурсів, розуміння особливостей спілкування з населенням, особливо з тією категорією осіб, які зазнали збитку психічному, фізичному та/або соматичному здоров'ю. Фахівець повинен бути витриманим, стійким, інформованим і компетентним. Робота в системі «людина-людина» потребує достатньо великих затрат психологічних ресурсів фахівців, особливо під час воєнного стану, бо велика кількість населення має широкий ряд проблем, пов'язаних зі здоров'ям, що загострюють особистісні реакції на ситуації та події. За таких умов необхідним виступає активна участь держави у регулюванні питання щодо організації надання необхідної допомоги.

Міністерством охорони здоров'я України відповідно до Указу Президента України №369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України» від 30 липня 2021 року "Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою"» розроблено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [24]. Ця Стратегія спрямована на п'ять основних напрямків: урядування системи охорони здоров'я, універсальне охоплення послугами, громадське здоров'я, залучення людей та громад, кадрові ресурси [25]. Серед основних принципів розвитку системи охорони здоров'я – це людиноцентричність, реалізація біопсихосоціальної моделі, розвиток людського потенціалу, захист прав і свобод людини, управління та прийняття рішень на основі доказовості. Суттєвим кроком політики країни є орієнтир на людину і особистість.

Відповідно до Стратегії пріоритетами системи громадського здоров'я виступають:

- оперативна ідентифікація ризиків для здоров'я населення, попередження їх виникнення та мінімізація наслідків;
 - створення інтегрованих інформаційних систем та ефективних стандартизованих баз даних про здоров'я у відповідності до міжнародних зразків;
 - розробка, планування і впровадження відповідних програм і політик у сфері громадського здоров'я шляхом мобілізації інших секторів із метою інтеграції питань здоров'я у всі політики країни.
- Із метою сприяння громадським ініціативам та зменшенню загроз громадському здоров'ю значущим є довгострокове планування. Визначимо основні категорії та сформуємо пропозиції щодо мінімізації ризиків для громадського здоров'я:
- по-перше, це здійснення аудиту небезпечних факторів усіх проблемних питань сфери громадського здоров'я;
 - по-друге, реалізація системи ранньої діагностики (фізичного, соматичного, психологічного станів) та своєчасного отримання необхідної медико-психологічної допомоги;
 - по-третє, розширення можливостей освітньо-професійного простору підготовки висококваліфікованих та конкурентоспроможних кадрів.

Реалізація системи ранньої діагностики та своєчасної допомоги можлива при створенні центрів

медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги, що спрямовані на забезпечення населення високоякісною медико-психологічною клінічною реабілітаційною допомогою, удосконалення заходів надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги, підвищення якості життя через задоволення базисних потреб людини.

Одним із перспективних напрямків розбудови сфери громадського здоров'я у післявоєнний час є створення фізичної мультидисциплінарної освітньо-інноваційної платформи підтримки обдарованої молоді, найкращих (за рейтингом успішності) здобувачів освіти (першого, другого і третього рівнів) різних галузей знань, зокрема охорони здоров'я, соціальних та поведінкових наук, інформаційних технологій, соціальної роботи, управління та адміністрування, права, журналістики, масмедіа, архітектури, будівництва та інше.

Головна місія Платформи – це побудова інтегративного середовища «освіта – наука – практика – креативність» задля забезпечення безбар'єрного простору у вирішенні злободенних проблем, зокрема створення єдиної системи зміцнення здоров'я населення.

Розробка такої Платформи полягає в етапності інженерної думки від формування окремих пропозицій «молодими фахівцями» кожної галузі знань (щодо розв'язання конкретного поставленого завдання) до розробки реального громадського проекту з визначенням переваг і недоліків, встановленням ризиків і можливостей з перспективою, здійснення фінансових обрахунків проекту.

Учасники Платформи зможуть удосконалювати свої знання та отримувати перший професійний досвід шляхом здійснення пошуково-аналітичної роботи, командної проектної діяльності, а також відвідування семінарів, тренінгів, різних видів лекцій, участі у фокус-обговореннях.

Орієнтовними завданнями для учасників Платформи виступають: здійснення консалтингу сучасного стану системи громадського здоров'я, визначення точки координат існуючих проблем та встановлення вектору руху розбудови, висвітлення особистого вкладу фахівців кожної галузі та представлення командних проектів у досягненні єдиної мети зміцнення країни через здорове суспільство.

Одна з основних вимог Платформи – це організація її діяльності за участі провідних представників науки і практики, національних та міжнародних експертів, інших зацікавлених осіб. Об'єднання досвідчених професіоналів

і молодих ентузіастів у інтегративному середовищі забезпечать інноваційні рішення та дієві результати. Подібний проект може мати постійну основу реалізації, що сприятиме підтримці обдарованих осіб, підвищенню вмотивованості молодих фахівців працювати на теренах своєї країни, зміцненню кадрового потенціалу держави, розбудові економіки взагалі.

Перспективи подальших досліджень

Диференціювання ефективних методів та методик оцінки ментального здоров'я населення та заходів щодо зміцнення.

Висновки

1. За умов воєнного стану велика кількість людей відчують зміни фізичного та психічного стану: порушення сну (53,6%), зниження фізичної активності (55,5 %), біль у спині (62,8%), головний біль (53,8%), біль у кінцівках (37,4%). Велику загрозу несе наявність факту незадоволення собою (37,2%) та відчуття агресії до себе (20,2%), що виступають суїцидальними ризиками. За результатами діагностики 36,2% респондентів (192 особи) потребували поглибленої діагностики, корекції, відповідного лікування та реабілітації. А отже, є потреба у розробці методології оцінки ментального здоров'я та прогнозування ризиків розвитку соматичної патології на базі різноманітних психологічних негарездів.

2. Громадське здоров'я має вагому системність своєї діяльності, що спрямована на сприяння покращення здоров'я. Здійснення останнього відбувається через виховання нової свідомості, формування нових людських якостей і оновлення відношення до здоров'я і життя в цілому. Суттєвого значення в цьому набирає професійно-освітня підготовка фахівців різних галузей, зокрема медицини, права, гуманітарних, поведінкових наук, журналістики, управління та адміністрування, інше.

3. На зміцнення рівня громадського здоров'я впливають усі суб'єкти соціально-економічних відносин. Громадське здоров'я – це сфера, що створює безбар'єрний інформаційний простір для взаємодії різних фахівців, науковців і практиків, а тому доцільним є створення масштабних проєктів, зокрема фізичної мультидисциплінарної освітньо-інноваційної платформи, що сприятиме підвищенню ефективності організації діяльності системи громадського здоров'я, покращенню якості попередження наявних та потенційних загроз.

Література

1. Конституція України: станом на 18.08.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.
2. Про приведення функціональної підсистеми медичного захисту у готовність до виконання завдань за призначенням в особливий період: Наказ МОЗ України від 25.02.2022 № 381 URL: https://moz.gov.ua/uploads/7/36089-dn_381_25022022.pdf.
3. Ризики для громадського здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/riziki-dlya-gromadskogo-zdorovya>.

4. Банчук М.В. Визначення ефективності наукових досліджень у контексті державного управління медичною галуззю. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2011. № 8. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2011_8_6.
5. Банчук М.В., Дзюба О.М. Міжгалузева взаємодія – одна із головних передумов ефективності державної політики в охороні здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 7. С. 114-117.
6. Проєкт «Реабілітація травм війни в Україні» стартував, – МОЗ. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/proekt-reabilitatsiia-travm-viiny-v-ukraini-startuvav-moz>.
7. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Постанова КМУ від 14.04.2021 р. № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text>.
8. History of Public Health Timeline. URL: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00402-8>.
9. Scally G. Public Health Profession, Editor(s): Anthony J. Culyer, Encyclopedia of Health Economics, Elsevier, 2014, P. 204-209, URL: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00402-8>.
10. Evered Emine O., Evered Kyle T. Mandating immunity in the Ottoman Empire: A history of public health education and compulsory vaccination a Department of History, Michigan State University, 506 East Circle Drive, Old Horticulture Building, East Lansing, MI, 48824, USA. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33294658/>.
11. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <http://www.kmu.gov.ua>.
12. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження КМУ від 18.08. 2017 р. № 560-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/560-2017-%D1%80#Text>.
13. Про систему громадського здоров'я: Проєкт Закону від 04.02. 2021 № №4142. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/Novyny/202844.html>.
14. Питання Міністерства охорони здоров'я: Розпорядження КМУ від від 2.09.2015 р. № 909-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/909-2015-%D1%80#Text>.
15. Шафранський В.В. Використання документів Всесвітньої організації охорони здоров'я в розвитку громадської охорони здоров'я України. Частина 1. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 4 (36). С. 7-11.
16. Про утворення Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»: Наказ МОЗ України від 18.09.2015 № 604. URL: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_2015.09.18_604.pdf.
17. Про внесення змін до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти: Постанова КМУ від 7.07. 2021 р. № 762. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/762-2021-%D0%BF#Text>.
18. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти: Наказ МОН України від 04.08.2020 № 1000. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2020/08/05/229-Hromad.zdorovyia-bakalavr-VO.18.01.pdf>.
19. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти: Наказ МОН України від 12.12.2018 № 1383. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229-gromadske-zdorovyia-magistr.pdf>.
20. Князевич В.М., Авраменко Т.П., Короленко В.В. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін. Вісник НАДУ при Президентіві України. 2016. № 1. С. 56-65.
21. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В., Качала Л.О. Громадське здоров'я як предмет викладання. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 2 (43). С. 103-106.
22. Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Антонюк О.Я., Власенко С.В. Аналіз кадрового забезпечення та принципів підготовки фахівців для служби громадського здоров'я в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 1 (71). С. 29-38.
23. Матеріали круглого столу «Про розвиток системи громадського здоров'я в Україні», 22.04.2016. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160423_a.html.
24. ЦГЗ воює на своєму фронті. Текст промови Ольги Гвоздецької на конференції AIDS 2022. URL: <https://www.phc.org.ua/news/cgz-voeye-na-svoemu-fronti-tekst-promovi-olgi-gvozdeckoi-na-konferencii-aids2022>.
25. Кабанцева А.В. Методологія скринінгу оцінки громадського здоров'я: психосоматичний аспект. Науковий журнал «Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія». 2022. Вип. 1. С 27-31. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.5>.
26. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»: Указ Президента України від 18 серпня 2021 року №369/2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713>.
27. Представлено проєкт стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Інформація з офіційного сайту МОЗ України, 26.08.2022. URL: <https://www.dls.gov.ua/news/%d0%bf%d1%80%d0%b5%d0%b4%d1%81%d1%82%d0%b0%d0%b2%d0%bb%d0%b5%d0%bd%d0%be-%d0%bf%d1%80%d0%be%d1%94%d0%ba%d1%82-%d1%81%d1%82%d1%80%d0%b0%d1%82%d0%b5%d0%b3%d1%96%d1%97-%d1%80%d0%be%d0%b7%d0%b2%d0%b8/>.

References

1. Konstytutsiia Ukrainy: stanom na 18.08.2022. [Constitution of Ukraine: as of 18.08.2022]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>. [in Ukrainian].
2. Pro pryvedennia funktsional'noi pidsystemy medychnoho zakhystu u hotovnist' do vykonannia zavdan' za pryznachenniam v osoblyvyj period: Nakaz MOZ Ukrainy vid 25.02.2022 № 381 [Order of the Ministry of Health of Ukraine dated February 25, 2022 No. 381 "On bringing the functional subsystem of medical protection into readiness to perform assigned tasks in a special period"]. URL: https://moz.gov.ua/uploads/7/36089-dn_381_25022022.pdf. [in Ukrainian].
3. Ryzky dlia hromads'koho zdorov'ia. [Public health risks]. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshifekciyni-zakhvoryuvannya/riziki-dlya-gromadskogo-zdorovya>. [in Ukrainian].
4. Banchuk M.V. Vyznachennia efektyvnosti naukovykh doslidzhen' u konteksti derzhavnoho upravlinnia medychnoiu haluzziu. Derzhavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok. [Determining the effectiveness of scientific research in the context of state management of the medical industry]. 2011. № 8. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2011_8_6. [in Ukrainian].
5. Banchuk M.V., Dziuba O.M. Mizhhaluzeva vzaiemodiia – odna iz holovnykh peredumov efektyvnosti derzhavnoi polityky v okhoroni zdorov'ia. [Intersectoral interaction is one of the main prerequisites for the effectiveness of state policy in health care]. Investytsii: praktyka ta dosvid. 2016. № 7. S. 114-117. [in Ukrainian].
6. Proiekt «Reabilitatsiia travm viiny v Ukraini» startuvav, – MOZ. [The project "Rehabilitation of war injuries in Ukraine" has started, – Ministry of Health]. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/proekt-reabilitatsiia-travm-viiny-v-ukraini-startuvav-moz>. [in Ukrainian].
7. Pro skhvalennia Natsional'noi stratehii iz stvorennia bezbar'iernoho prostoru v Ukraini na period do 2030 roku: Postanova KMU vid 14.04.2021 r. № 366-r. [On the approval of the National Strategy for the creation of a barrier-free space in Ukraine for the period until 2030: Resolution of the CMU of April 14, 2021 No. 366]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text>. [in Ukrainian].
8. History of Public Health Timeline. URL: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00402-8>.
9. Scally G. Public Health Profession, Editor(s): Anthony J. Culyer, Encyclopedia of Health Economics, Elsevier, 2014, P. 204-209, URL: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00402-8>.
10. Evered Emine O., Evered Kyle T. Mandating immunity in the Ottoman Empire: A history of public health education and compulsory vaccination a Department of History, Michigan State University, 506 East Circle Drive, Old Horticulture Building, East Lansing, MI, 48824, USA. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33294658/>.
11. Pro skhvalennia Kontseptsii rozvytku systemy hromads'koho zdorov'ia: Rozporiadzhennia KMU vid 30.11.2016 r. № 1002-r. [On the approval of the Concept for the Development of the Public Health System: Decree of the CMU of November 30, 2016 No. 1002]. URL: <http://www.kmu.gov.ua>. [in Ukrainian].
12. Pro zatverdzhennia planu zakhodiv schodo realizatsii Kontseptsii rozvytku systemy hromads'koho zdorov'ia: Rozporiadzhennia KMU vid 18.08. 2017 r. № 560-r. [On the approval of the plan of measures for the implementation of the Concept of the development of the public health system: Decree of the CMU dated 18.08. 2017 No. 560]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/560-2017-%D1%80#Text>. [in Ukrainian].
13. Pro systemu hromads'koho zdorov'ia vid 04.02. 2021 № №4142: Proiekt Zakonu [Draft Law "On the Public Health System": dated 04.02. 2021 No. No. 4142]. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/Novyny/202844.html>. [in Ukrainian].
14. Pytannia Ministerstva okhorony zdorov'ia: Rozporiadzhennia KMU vid 2.09.2015 r. № 909-r. [Issues of the Ministry of Health: Decree of the CMU of September 2, 2015 No. 909]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/909-2015-%D1%80#Text>. [in Ukrainian].
15. Shafrans'kyj V.V. Vykorystannia dokumentiv Vsesvit'oi orhanizatsii okhorony zdorov'ia v rozvytku hromads'koi okhorony zdorov'ia Ukrainy. Chastyna 1. [The use of documents of the World Health Organization in the development of public health care in Ukraine. Part 1]. Ukraina. Zdorov'ia natsii. 2015. № 4 (36). S. 7-11. [in Ukrainian].
16. Pro utvorennia Derzhavnoi ustanovy «Tsentri hromads'koho zdorov'ia Ministerstva okhorony zdorov'ia Ukrainy»: Nakaz MOZ Ukrainy vid 18.09.2015 № 604 ["On the establishment of the State institution "Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine" Order of the Ministry of Health of Ukraine dated September 18, 2015 No. 604]. URL: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_2015.09.18_604.pdf. [in Ukrainian].
17. Pro vnesennia zmin do pereliku haluzej znan' i spetsial'nostej, za yakymy zdijsniuiet'sia pidhotovka zdobuvachiv vyschoi osvity: Postanova KMU vid 7.07. 2021 r. № 762 ["On Amendments to the List of Fields of Knowledge and Specialties for which Higher Education Candidates are Trained" Resolution of the CMU dated 07.07.2021 No. 762]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/762-2021-%D0%BF#Text>. [in Ukrainian].
18. Pro zatverdzhennia standartu vyschoi osvity za spetsial'nistiu 229 «Hromads'ke zdorov'ia» dlia pershoho (bakalavr'skoho) rivnia vyschoi osvity: Nakaz MON Ukrainy vid 04.08.2020 № 1000. [On the approval of the standard of higher education in specialty 229 "Public Health" for the first (bachelor's) level of higher education: order of the Ministry of Education and Culture of Ukraine dated August 4, 2020 No. 1000]. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2020/08/05/229-Hromad.zdorovya-bakalavr-VO.18.01.pdf>. [in Ukrainian].

19. Pro zatverdzhennia standartu vyschoi osvity za spetsial'nistiu 229 «Hromads'ke zdorov'ia» dlia druhooho (mahisters'koho) rivnia vyschoi osvity: Nakaz MON Ukrainy vid 12.12.2018 № 1383. [On the approval of the standard of higher education in specialty 229 "Public Health" for the second (master's) level of higher education: order of the Ministry of Education and Culture of Ukraine dated 12.12.2018 No. 1383]. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229-gromadske-zdorovya-magistr.pdf>. [in Ukrainian].

20. Kniazevykh V.M., Avramenko T.P., Korolenko V.V. Perspektyvy rozvytku publichnoho upravlinnia u sferi hromads'koho zdorov'ia Ukrainy v umovakh systemnykh zmin. [Prospects for the development of public administration in the field of public health of Ukraine in conditions of systemic changes]. Visnyk NADU pry Prezydentovi Ukrainy. 2016. № 1. S. 56-65. [in Ukrainian].

21. Slabkyj H.O., Myroniuk I.S., Shafrans'kyj V.V., Kachala L.O. Hromads'ke zdorov'ia iak predmet vykladannia. [Public health as a subject of teaching]. Ukraina. Zdorov'ia natsii. 2017. № 2 (43). S. 103-106. [in Ukrainian].

22. Hruzieva T.S., Haliienko L.I., Antoniuk O.Ya., Vlasenko S.V. Analiz kadrovoho zabezpechennia ta pryntsyypiv pidhotovky fakhivtsiv dlia sluzhby hromads'koho zdorov'ia v Ukraini. [Analysis of human resources and principles of training specialists for public health services in Ukraine]. Visnyk sotsial'noi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorov'ia Ukrainy. 2017. № 1 (71). S. 29-38. [in Ukrainian].

23. Materialy kruhloho stolu «Pro rozvytok systemy hromads'koho zdorov'ia v Ukraini», 22.04.2016. [Materials of the round table "On the development of the public health system in Ukraine", 04/22/2016]. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160423_a.html.

24. TsHZ voiuie na svoiemu fronti. Tekst promovy Ol'hy Hvozdet's'koi na konferentsii AIDS 2022. [TsGZ is fighting on its front. The text of Olga Gvozdet'ska's speech at the AIDS 2022 conference]. URL: <https://www.phc.org.ua/news/cgz-voyue-na-svoemu-fronti-tekst-promovi-olgi-gvozdeckoi-na-konferentsii-aids2022>. [in Ukrainian].

25. Kabantseva A.V. Metodolohiia skryninhu otsinky hromads'koho zdorov'ia: psykosomatychnyj aspekt. [Screening methodology of public health assessment: psychosomatic aspect]. Naukovyj zhurnal «Naukovyj visnyk Uzhhorods'koho natsional'noho universytetu. Serii: Psykholohiia». 2022. Vyp. 1. S 27-31. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.5>

26. Pro rishennia Rady natsional'noi bezpeky i oborony Ukrainy vid 30 lypnia 2021 roku «Pro stan natsional'noi systemy okhorony zdorov'ia ta nevidkladni zakhody schodo zabezpechennia hromadian Ukrainy medychnoiu dopomohoiu»: Ukaz Prezydenta Ukrainy vid 18 serpnia 2021 roku №369/2021. [On the decision of the National Security and Defense Council of Ukraine dated July 30, 2021 "On the state of the national health care system and urgent measures to provide citizens of Ukraine with medical care": Decree of the President of Ukraine dated August 18, 2021 No. 369/2021]. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713>. [in Ukrainian].

27. Predstavleno proiekt stratehii rozvytku systemy okhorony zdorov'ia do 2030 roku. Informatsiia z ofitsijnoho sajtu MOZ Ukrainy, 26.08.2022. [The draft strategy for the development of the health care system until 2030 was presented. Information from the official website of the Ministry of Health of Ukraine, 08/26/2022]. URL: <https://www.dls.gov.ua/news/%d0%bf%d1%80%d0%b5%d0%b4%d1%81%d1%82%d0%b0%d0%b2%d0%bb%d0%b5%d0%bd%d0%be-%d0%bf%d1%80%d0%be%d1%94%d0%ba%d1%82-%d1%81%d1%82%d1%80%d0%b0%d1%82%d0%b5%d0%b3%d1%96%d1%97-%d1%80%d0%be%d0%b7%d0%b2%d0%b8/>. [in Ukrainian].

Дата надходження рукопису до редакції: 01.11.2022 р.

Мета: дослідити міждисциплінарну особливість деталізованої галузі знань «Громадське здоров'я» та представити шляхи зниження ризиків для громадського здоров'я як практики попередження захворювань, збільшення тривалості життя, зміцнення здоров'я суспільства в цілому.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 530 осіб. Методи дослідження: авторська анкета «Актуальне функціонування» (авт. А.В. Кабанцева); методика «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» (авт. А.С. Zigmond і R.P. Snaith). Статистичний аналіз результатів було проведено за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати. Встановлено, що за умов воєнного стану велика кількість людей відчувають зміни фізичного та психічного стану: порушення сну (53,6%), зниження фізичної активності (55,5%), біль у спині (62,8%), головний біль (53,8%), біль у кінцівках (37,4%). Велику загрозу несе наявність факту незадоволення собою (37,2%) та відчуття агресії до себе (20,2%), що виступають суїцидальними ризиками.

Висновки. За результатами діагностики 36,2% респондентів потребували поглибленої діагностики, корекції, відповідного лікування та реабілітації. А отже, є потреба у розробці методології оцінки ментального здоров'я та прогнозування ризиків розвитку соматичної патології на базі різноманітних психологічних негараздів.

Ключові слова: бойові дії, війна, медицина, психологія, право, освітньо-інноваційна платформа.

Purpose: to investigate the interdisciplinary feature of the detailed knowledge field Public Health and to present ways to reduce risks for public health as a practice of disease prevention, increasing life expectancy, and strengthening society health generally.

Design/methodology/approach. In sum, five hundred thirty people participated in the study. Research methods: author's questionnaire Actual functioning (by A.V. Kabantseva); the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) method (by A. S. Zigmond and R. P. Snaith). Microsoft Excel was used to execute the statistical analysis of the results.

Results. We found that under martial law, a large number of people experience changes in their physical and mental condition: sleep disturbance (53.6%), decreased physical activity (55.5%), back pain (62.8%), headache (53.8%), and limb pain (37.4%). The dissatisfaction with oneself (37.2%), and a feeling of aggression towards oneself (20.2%), are both suicidal risks and very dangerous.

Conclusions. According to the diagnosis results, 36.2% of respondents needed in-depth diagnosis, correction, appropriate treatment, and rehabilitation. Therefore, there is a need to develop a methodology to assess mental health and predict the risks of the development of somatic pathology based on various psychological disorders.

Key words: combat operations, war, medicine, psychology, law, education and innovative platform.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Панченко Олег Анатолійович – доктор медичних наук, доктор наук з державного управління, професор, Заслужений лікар України, директор ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», президент ГО «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»; 04071 м. Київ, вул. Межигірська, 43. oap@ukr.net, ORCID ID 0000-0001-9673-6685.

Кабанцева Анастасія Валеріївна – кандидат психологічних наук, учений секретар наукового відділу, практичний психолог відділення нейрофізіології та нейрореабілітації ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»; 04071 м. Київ, вул. Межигірська, 43. avk111-111@ukr.net, ORCID ID 0000-0001-7678-6052.

Шень Ю.М.

Смертність населення України внаслідок злоякісних новоутворень

Чернігівський медичний центр сучасної онкології,
м. Чернігів, Україна

Shen' Yu.M.

The mortality of the population of Ukraine due to malignant neoplasms

Chernihiv Medical Center of Modern Oncology,
Chernihiv, Ukraine

shen@i.ua

Вступ

Смертність населення, як підсумковий показник його здоров'я залежить від низки чинників, зокрема від умов життя, середовища, доступу до державного соціального захисту та від поведінки, що впливає на здоров'я, зокрема паління, споживання алкоголю та від фізичної активності [1]. Система охорони здоров'я має бути реформована з системи, яка лише надає медичні послуги, у систему збереження громадського здоров'я, основним завданням якої є створення середовища, сприятливого для здоров'я людей, для вибору здорового способу життя [2]. Влада всіх рівнів управління має нести відповідальність за політику збереження здоров'я та створення сприятливих для здоров'я умов життя, роботи, навчання, відпочинку, раціонального для здоров'я харчування, обмеження впливу шкідливих чинників. Для цього слід використовувати економічні та суспільні важелі – які мають стати головними інвестиціями в здоров'я [3].

Демографічна криза, яку переживає Україна, проявляється у збереженні комбінованої структури причин смерті, яка поєднує у собі гірші риси традиційної і сучасної структури смертності. В ній відмічається висока смертність від дегенеративних хвороб (серцево-судинні захворювання, злоякісні новоутворення), яка межує з високими рівнями смертності від екзогенних патологій (інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб органів дихання, травлення, зовнішніх причин смерті). При цьому смертність від дегенеративних хвороб за темпами зростання не поступається смертності від екзогенної патології [4].

Останні роки питання структури смертності за причинами відображалися у відповідних розділах Щорічної доповіді про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, яку готував Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України [5].

Національний інститут раку МОЗ України, ґрунтуючись на інформації Національного канцер-реєстру (НКР), багато років формує загальну базу даних, на підставі якої видається щорічний бюлетень. Бюлетень акумулює інформацію (в т. ч. про смертність, а саме: кількість смертей, грубий та стандартизований показники [6,7].

Мета: дослідити та проаналізувати показники смертності населення України внаслідок злоякісних новоутворень в розрізі регіонів України.

Матеріали та методи: матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за період 2015, 2020 та 2021 рр. [8] та дані канцерреєстру. В ході дослідження використано бібліосемантичний і медико-статистичний методи та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження були вивчені та проаналізовані статистичні дані щодо смертності населення України в регіональному аспекті внаслідок злоякісних новоутворень (ЗН) в динаміці 2015-2021 рр. Отримані дані наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що в цілому в Україні показник смертності населення внаслідок злоякісних новоутворень зріс за роки дослідження на 4,9% і склав 193,1 на 100 тис. населення. При цьому, за роки дослідження, показник смертності дорослого населення внаслідок злоякісних новоутворень на 7 (30,4%) адміністративних територій зріс, а на 16 (69,6%) адміністративних територій зменшився.

Найвищий рівень зростання показника смертності населення внаслідок злоякісних новоутворень зареєстровано в Черкаській області: на 8,2% з показником 208,3 на 100 тис. відповідного населення, а найбільший рівень зниження вказаного показника зареєстровано на території Полтавської області: на 10,3% з показником 215,5.

При цьому в 2021 році гранична різниця вказаного показника становить 1,81разів: від 142,6 в Волинській до 257,8 в Запорізькій області. Крім цього найвищі рівні вказаного показника зареєстровані в Дніпропетровській (224,9), Сумській (218,5), Полтавській (215,5), Черкаській (208,3) областях, а найнижчі показники зареєстровані в Рівненській (155,5), Івано-Франківській (158,1) та Закарпатській (158,2) областях.

Наступним кроком дослідження було вивчення смертності населення внаслідок злоякісних новоутворень за статтю. Отримані результати наведено в табл. 2.

Таблиця 1. Смертність дорослого населення України від злоякісних новоутворень

Адміністративна територія	2015*		2020*		2021*		Показник 2021 до 2015, %
	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	
Україна**	78750	184,1	77175	200,1	73715	193,1	104,9
Область							
Вінницька	3102	193,4	2892	189,0	2788	184,4	95,3
Волинська	1574	151,3	1591	155,0	1457	142,6	94,2
Дніпропетровська	7296	222,8	7243	229,5	7009	224,9	100,9
Донецька	5227	-	4774	-	4495	-	-
Житомирська	2373	188,8	2236	185,9	2091	176,0	93,2
Закарпатська	1825	145,2	1966	157,4	1969	158,2	108,9
Запорізька	4545	257,4	4449	265,4	4258	257,8	100,2
Івано-Франківська	2259	163,7	2166	159,0	2140	158,1	96,6
Київська	3739	216,9	4000	224,8	3696	206,9	95,4
Кіровоградська	2106	216,1	1927	209,4	1853	204,6	94,7
Луганська	1617	-	1671	-	1579	-	-
Львівська	4259	169,0	4350	174,9	4264	172,7	102,2
Миколаївська	2160	185,6	2126	190,9	1997	181,6	97,8
Одеська	4671	195,8	4911	208,0	4808	204,7	104,5
Полтавська	3463	240,2	3135	228,6	2918	215,5	89,7
Рівненська	1802	155,3	1862	162,0	1779	155,5	100,1
Сумська	2553	227,6	2411	227,7	2278	218,5	96,0
Тернопільська	1912	179,2	1819	176,4	1670	163,3	91,1
Харківська	6117	225,2	5626	213,9	5365	206,3	91,6
Херсонська	2076	194,6	2043	200,1	1866	185,2	95,2
Хмельницька	2530	194,9	2455	197,0	2341	189,8	97,4
Черкаська	2404	192,5	2438	206,3	2428	208,3	108,2
Чернівецька	1669	184,0	1544	172,3	1472	165,3	89,8
Чернігівська	2103	200,8	1988	203,8	1842	192,0	95,6
м. Київ	5368	188,5	5552	189,9	5352	183,5	97,3

* Відносні показники смертності по Україні розраховано без урахування відповідних даних по Донецькій та Луганській областях.

** Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя.

Таблиця 2. Смертність населення внаслідок злоякісних новоутворень за статтю

Обидві статті	2015		2020			2021		
	Чоловіки	Жінки	Обидві статті	Чоловіки	Жінки	Обидві статті	Чоловіки	Жінки
Показник на 100 тис. населення								
184,2	223,1	150,6	200,1	240,2	165,2	193,1	230,7	160,4
% в загальній структурі смертності								
13,2	15,1	11,4	12,5	14,1	11,0	10,3	11,9	8,9

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що за період дослідження показник на 100 тис. населення:

- серед чоловіків зріс з 223,1 до 230,7: на 3,4%;
- серед жінок зріс з 150,6 до 160,4: на 6,5%.

В загальній структурі смертності населення смертність внаслідок злоякісних новоутворень весь період дослідження знаходиться на другому місці.

При цьому:

- серед чоловіків частка смертності внаслідок злоякісних новоутворень скоротилася від 15,1% в 2015 р. до 11,9% в 2021 році;
- серед жінок частка смертності внаслідок злоякісних новоутворень скоротилася від 11,4% до 8,9% в 2021 році.

Отримані в ході дослідження дані щодо структури смертності населення України в 2021 році за статтю та причинами смерті внаслідок злоякісних новоутворень наведено в табл. 3.

Далі вивчалася питання віко-статевої структури смертності населення України в 2021 році внаслідок злоякісних новоутворень. Отримані дані наведено в табл. 4.

Таблиця 3. Структура смертності за статтю та причинами смерті внаслідок злоякісних новоутворень, 2021 р.

Чоловіки		Жінки	
Локалізація ЗН	%	Локалізація ЗН	%
Трахея, бронхи, легені	16,6	Молочна залоза	23,8
Передміхурова залоза	12,9	Тіло матки	11,1
Ободкова кишка	7,7	Ободкова кишка	7,5
Шлунок	7,4	Шийка матки	6,3
Пряма кишка	7,3	Яєчники	5,8
Сечовий міхур	5,9	Пряма кишка	5,5
Нирки	4,4	Шлунок	4,5
Передшлункова залоза	4,2	Трахея, бронхи, легені	4,0
Глотка	3,6	Щитоподібна залоза	3,9
Порожнина рота	3,2	Передшлункова залоза	3,6
Інші	27,0	Інші	24,0

Таблиця 4. Віко-статева структура смертності населення внаслідок злоякісних новоутворень, 2021 рік, %

Вік, років	Чоловіки	Жінки
0-17	0,3	0,3
18-29	0,4	0,5
30-54	13,8	15,9
55-64	30,4	24,3
65-74	34,3	31,4
75 і старше	20,8	27,7

Аналіз отриманих даних вказує на те, що у загальній нозологічній структурі смертності чоловічого та жіночого населення України внаслідок ЗН не виявлено як структурних так і пропорційних змін.

У чоловіків превалювали смерті внаслідок раку органів дихання (16,6%), простати (12,9%), ободкової кишки (7,7%).

Жінки найчастіше помирали від раку грудної залози (23,8%), тіла матки (11,1%), ободкової кишки (7,5%).

Вивчення віко-статевої структури смертності населення внаслідок злоякісних новоутворень показало наступне:

- серед чоловіків найвищі рівні смертності зареєстровані у вікових групах 65-74 років – 34,3% та 55-64 років – 30,4%;

- серед жінок найвищі рівні смертності зареєстровані у вікових групах 65-74 років – 31,4% та 75 років і старше – 27,7%.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із вивченням впливу війни проти російської агресії на смертність населення України внаслідок злоякісних новоутворень.

Висновки

В Україні показник смертності населення внаслідок злоякісних новоутворень зріс за роки дослідження на 4,9% і склав 193,1 на 100 тис. населення. В 2021 році гранична різниця показника смертності населення внаслідок злоякісних новоутворень становить 1,81разів: від 142,6 в Волинській до 257,8 в Запорізькій області. Серед чоловіків в структурі причин смертності провідні місця займають злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легенів (16,6%), передміхурової залози (12,9%) та ободкової кишки (7,7%), а серед жінок – злоякісні новоутворення молочної залози (23,8%), тіла матки (11,1%) та ободкової кишки (7,5%). Аналіз триманих даних вказує на необхідність посилення профілактичної роботи та забезпечення виявлення злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку, що підвищить ефективність медичної допомоги.

Література

1. Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України: [монографія] / Г. О. Слабкий, О. М. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. – К., 2010. – 179 с.
2. Керівництва з епідеміологічного нагляду за смертністю від усіх причин. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Kerivnyctvo_z_epidnagljadu_za_smertnistju.pdf.
3. Слабкий Г.О., Зозуля А.І. Захворюваність та смертність населення України – як світова проблема// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – Київ, 2012. – Вип. 21, кн. 2. – С. 706–711.
4. Аналіз статистичних даних щодо випадків та причин смерті. Дослідження процесів та практик у сфері реєстрації та обміну даними щодо випадків та причин смерті. URL: <https://socialdata.org.ua/analiz-statistichnikh-danikh-shhodo-vipad/#:~:text=>.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2017 рік / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України ; редкол.: П.С. Мельник [та ін.]. – Київ : Медінформ, 2018. – 458 с.
6. Характеристики онкоепідеміологічного процесу; стан онкологічної допомоги. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 23 "Рак в Україні, 2020-2021". URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_23/index.htm.
7. Бюлетень національного канцер-реєстру України «Рак в Україні, 2018–2019». № 21. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_21/index.htm.
8. Смертність населення за причинами смерті в Україні у 2015-2021 роках (аналітично-статистичний довідник). – Київ, 2022. – 32 с.

References

1. Suchasni ta prohnozni tendentsiyi smertnosti naselelynya Ukrayiny: [monohrafiya] / H. O. Slabkiy, O. M. Orda, L. A. Chepelevs'ka, O. V. Lyubinet's'. – K., 2010. – 179 s.
2. Kerivnyctva z epidemiolohichnoho nahlyadu za smertnistyu vid usikh prychn. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Kerivnyctvo_z_epidnagljadu_za_smertnistju.pdf.
3. Slabkiy G.O., Zozulya A.I. Zakhvoryuvanist' ta smertnist' naselelynya Ukrayiny – yak svitova problema// Zbirnyk naukovykh prats' spivrobotnykiv NMAPO imeni P.L.Shupyka. – Kyiv, 2012. – Vyp. 21, kn. 2. – S. 706–711.
4. Analiz statystychnykh danykh shhodo vypadkiv ta prychn smerti. Doslidzhennya protsesiv ta praktyk u sferi reyestratsiyi ta obminu danymy shhodo vypadkiv ta prychn smerti. URL: <https://socialdata.org.ua/analiz-statistichnikh-danikh-shhodo-vipad/#:~:text=>.
5. Shchorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naselelynya Ukrayiny ta sanitarno-epidemiolohichnu sytuatsiyu. 2017 rik / Ukr. in-t strateh. doslidzh. MOZ Ukrayiny ; redkol.: P. S. Mel'nyk [ta in.]. – Kyiv : Medinform, 2018. – 458 s.
6. Kharakterystyky onkoepidemiolohichnoho protsesu; stan onkolohichnoyi dopomohy. Byuleten' Natsional'noho kantser-reyestru № 23 "Rak v Ukrayini, 2020-2021". URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_23/index.htm.
7. Byuleten' natsional'noho kantser-reyestru Ukrayiny «Rak v Ukrayini, 2018–2019». № 21. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_21/index.htm.
8. Smertnist' naselelynya za prychnamy smerti v Ukrayini u 2015-2021 rokakh (analitichno-statystychnyy dovidnyk). – Kyiv, 2022. – 32 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.10.2022 р.

Мета: дослідити та проаналізувати показники смертності населення України внаслідок злоякісних новоутворень в розрізі регіонів України.

Матеріали і методи: матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за період 2015, 2020 та 2021 рр. та дані канцер реєстру. В ході дослідження використано бібліосемантичний і медико-статистичний методи та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. В Україні показник смертності населення внаслідок злоякісних новоутворень зріс за роки дослідження на 4,9% і склав 193,1 на 100 тис. населення. В 2021 році гранична різниця показника смертності населення внаслідок злоякісних новоутворень становить 1,81разів: від 142,6 в Волинській до 257,8 в Запорізькій області. Серед чоловіків в структурі причин смертності провідні місця займають злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легень (16,6%), передміхурової залози (12,9%) та ободової кишки (7,7%), а серед жінок – злоякісні новоутворення молочної залози (23,8%), тіла матки (11,1%) та ободової кишки (7,5%).

Висновки. Аналіз отриманих даних вказує на необхідність посилення профілактичної роботи та забезпечення виявлення злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку, що підвищить ефективність медичної допомоги.

Ключові слова: Україна, населення, регіони, злоякісні новоутворення, смертність, структура.

Goal: to study and analyze the mortality rates of the population of Ukraine due to malignant neoplasms in the context of the regions of Ukraine.

Materials and methods: the data of sectoral statistical reporting for the period 2015, 2020 and 2021 and cancer registry data were used as the materials of the study. Bibliosemantic and medical-and-statistical methods and the method of structural-and-logical analysis were applied in the course of the study.

Results. In Ukraine, the mortality rate of the population due to malignant neoplasms increased over the years of the study by 4,9% and amounted to 193,1 per 100 thousand people. In 2021, the marginal difference in the mortality rate due to malignant neoplasms composes 1,81 times: from 142,6 in the Volyn region to 257,8 in the Zaporizhzhia region. Among male persons, in the structure of the causes of death, the leading positions are occupied by malignant neoplasms of the trachea, bronchi, lungs (16,6%), prostate (12,9%) and colon (7,7%), and among female persons – malignant neoplasms of the breast (23,8%), the uterus body (11,1%) and colon (7,5%).

Conclusions. Analysis of the obtained data indicates the necessity of strengthening preventive work and ensuring the detection of malignant neoplasms in the early stages of development, which will increase the effectiveness of medical care.

Відомості про автора

Шень Юрій Миколайович – кандидат медичних наук, завідувач відділенням клінічної онкології та гінекології Чернігівського медичного центру сучасної онкології.
+380 (50) 380-83-04, shen@i.ua.

Служинська М.Б., Остап'юк Л.Р.

Соціально-психологічні характеристики чоловіків, що мають секс з чоловіками

Львівський обласний інформаційно-аналітичний центр
медичної статистики, м. Львів, Україна

Sluzhinska M.B., Ostapjuk L.R.

Socio-psychological characteristics of men who have sex with male persons

Lviv regional information and analytical center
of medical statistics, Lviv, Ukraine

msluzhynska@gmail.com, lesya_ost@ukr.net

Вступ

В Україні спостерігається друга за величиною епідемія ВІЛ-інфекції у Східній Європі та Центральній Азії. ВІЛ-інфекція залишається однією з найважливіших проблем громадського здоров'я в Україні [1,2].

На даний час одним з пріоритетів в подоланні епідемії ВІЛ-інфекції є раннє призначення АРТ представникам уразливих груп, зокрема серед чоловіків, які мають секс з чоловіками [3-5].

Метою роботи є дослідження та оцінка соціально-психологічного портрету чоловіків, які мають секс з чоловіками.

Матеріали та методи

Матеріалом дослідження були результати проведеного анкетування 200 осіб – чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ) у Львівській та Донецькій областях України. З них 121 (60,5%) були жителями Львова та Львівської області, 76 (38,5%) мешкали в Донецьку та Донецькій області. З пацієнтів (1,5%) були з інших регіонів України. В ході дослідження було використано наступні методи дослідження: соціологічний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведено аналіз характеристик ЧСЧ (жителів Львівської та Донецької областей) на основі спеціально розробленої анкети шляхом анонімного опитування осіб. Встановлено, що переважна більшість опитаних осіб були у віковій групі 35-44 роки – 61 особа (30,5%). Також велика кількість ЧСЧ були у віковій групі 25-34 роки – 55 осіб (27,5%). Дещо менше осіб були віком 18-24 роки – 50 (25,0%). Найменшу кількість представників дослідженої групи становили особи старше 45 років – 34 чоловіків (17,0%). Як вже було згадано вище, 121(60,5%) були жителями Львова та Львівської області, 76 (38,5%) мешкали в Донецьку та Донецькій області. З пацієнтів (1,5%) були з інших регіонів України. В цілому, більшість

пацієнтів були мешканцями великих міст – 161 (80,5%), 32 (16,0%) жили в приміському поселенні (менше 30км від великих міст) і 7 (3,5%) проживали в сільській місцевості (більше 30 км від великих міст). При аналізі сімейного становища чоловіків, що взяли участь у дослідженні, встановлено, що переважна більшість з них – 149 осіб (74,5%) були неодруженими. Також 29 осіб (14,5%) зазначили, що проживають разом зі своїм партнером, як одружені. 10 ЧСЧ (5,0%) були офіційно одружені, при цьому з них 6 проживало разом зі своїми дружинами, а 4 проживали окремо. 12 (6,0%) чоловіків були розлученими. При аналізі рівня освіти чоловіків, які були включені в дослідження, було встановлено, що переважна більшість з них мали вищу освіту – 112 осіб (56,0%). При цьому 5 осіб (2,5%) мали науковий ступінь. Середню спеціальну освіту (технікум, коледж) мали 54 осіб (27,0%), а 29 осіб (14,5%) мали середню освіту. Разом з тим, незважаючи на те, що більшість осіб мали вищу освіту, лише 6 (3,0%) вказали, що повністю задоволені своїм матеріальним становищем і можуть здійснити будь-які дорогі покупки (в тому числі нерухомість та автомобіль) в будь-який час. 59 осіб (29,5%) зазначили, що їм вистачає коштів на харчування і необхідні одяг, взуття, дорогі покупки, але для купівлі квартири чи авто їм потрібно накопичувати або позичати кошти. Найбільша кількість опитаних – 135 осіб (67,5%) відзначили, що їм вистачає коштів на продукти харчування, одяг і взуття, а для купівлі техніки та меблів їм потрібно накопичувати або позичати кошти. Загалом, 38 ЧСЧ (19%) в рамках проведених досліджень відзначили, що вони повністю незадоволені своїм матеріальним становищем, 46 (23,0%) відзначили, що вони скоріше незадоволені своїм матеріальним становищем. Найбільша кількість осіб – 74 (37,0%) вказали, що в рівній мірі, а 36 осіб (18,0%) відзначили, що скоріше задоволені своїм матеріальним становищем. Майже половина опитаних чоловіків відзначили, що проживають самі вдома – 93 (46,5%). Ще 58 (29,0%) ЧСЧ вказали, що проживають разом зі своїм партнером. Майже п'ята частина опитаних осіб – 39 осіб (19,5%) вказали, що проживають разом із своїми батьками чи одним із батьків. Ще 6 (3,0%) ЧСЧ проживають разом з офіційними дружинами. Також ще 1 чоловік (0,5%) із досліджуваної групи проживає з сусідами

по кімнаті, також по 1 (0,5%) – з братом, з родичами, та друзями, відповідно. При опитуванні щодо наявності постійного статевого партнера більшість опитаних ЧСЧ – 104 (52,0%) вказали, що мають постійного статевого партнера, без випадкових. Ще 34 (17,0%) осіб вказали, що мають постійного статевого партнера, а також випадкових партнерів. 36 (18,0%) відзначили, що мають лише випадкових партнерів. А 26 осіб (13,0%) відзначили, що не мають партнера.

Враховуючи той факт, що чоловіки з групи ЧСЧ становлять групу ризику щодо інфікування ВІЛ, нам цікаво було вивчити інформацію щодо обстеження на ВІЛ на ВІЛ-статусу досліджуваної групи. Більша половина осіб – 109 (54,5%) проходили тест на ВІЛ протягом останнього року, 81 особа (40,5%) проходили тест на ВІЛ більше, ніж 1 рік тому. В той же час досить насторожує той факт, що 10 осіб (5,0%) жодного разу в житті не проходили тест на ВІЛ. Отримані результати свідчать, що з однієї сторони, у Львівській та Донецькій областях України є ефективні програми щодо профілактики інфікування ВІЛ, але з другого боку їх ефективність треба ще покращувати, оскільки 5% осіб з досліджуваної групи жодного разу в житті не проходили тест на ВІЛ. Тому 5% серед осіб з нашої вибірки для дослідження не знають який у них ВІЛ-статус. В той же час 117 (58,5%) осіб відзначили, що у них є ВІЛ-негативний статус, а 73 (36,5%) вказали, що у них є ВІЛ-позитивний статус. Також насторожує і той факт, що майже четверта частина опитаних ЧСЧ – 47 (23,5%) не знають який ВІЛ-статус у їх партнера. Це свідчить про те, що існують табу щодо спілкування на цю тему у частини представників ЧСЧ, тому ефективність профілактичних програм потрібно підвищувати. Доцільними є робота психологів і соціальних працівників, проведення ефективного мотиваційного консультування та підвищення обізнаності ЧСЧ щодо цієї важливої теми. Разом з тим, більшість – 132 (66,0%) ЧСЧ знають який ВІЛ-статус у їх партнерів. 14 осіб (7,0%) вказали, що зараз без партнера, 5 (2,5%) осіб не має постійного партнера. 1 чоловік (0,5%) відзначив, що він тимчасово один. 12 осіб (6,0%) вказали, що хворіли на вірусні гепатити, а 188 (94,0%) – що не хворіли на них. При опитуванні пацієнтів щодо обстеження на ПСШ встановлено, що 128 пацієнтів (64,0%) не хворіли на ПСШ, 19 осіб (9,5%) ніколи не проходили обстеження на ПСШ. 8 ЧСЧ (4,0%) повідомили, що хворіли на гонорею, 7 (3,5%) – на ВІЛ і сифіліс, 5 (2,5%) – на хламідіоз, 3 (1,5%) – на ВІЛ і гонорею, 3 (1,5%) – на сифіліс, 1(0,5%) – на гонорею і трихомоніаз, 1(0,5%) – на сифіліс, хламідіоз і ВІЛ, 1 (0,5%) – на трихомоніаз. Як ми вже відзначали, у 117 осіб (58,5%) був ВІЛ-негативний статус. У відповідь на запитання про доконтактну профілактику (ДКП) серед усіх 200 досліджуваних ЧСЧ 24 (12,0% серед усіх пацієнтів та 20,5% серед ВІЛ-негативних) отримують ДКП. 111 (55,5%) повідомили, що у них є інформація про ДКП, але вони не вважають, що їм потрібно її приймати. 31 ЧСЧ (15,5%) відзначили, що не мають факторів ризику щодо інфікування ВІЛ. В той же час 20 осіб (10,0%) повідомили, що не знають, що таке ДКП, а ще 14 осіб (7,0%) відзначили, що не знають. Де можна отримати

ДКП. Це свідчить про необхідність посилення профілактичних програм щодо підвищення обізнаності уразливих груп щодо цього ефективного методу профілактики ВІЛ.

Як вже було зазначено вище, 73 осіб серед опитаних 200 ЧСЧ мають ВІЛ-позитивний статус. Шляхом анкетування також встановлено, що 67 осіб із 73 ВІЛ-позитивних (91,8%) отримують антиретровірусну терапію (АРТ), а решті 6(8,2%) її не отримують. При цьому 4 пацієнтів відзначили, що їм рекомендували прийом АРТ, але вони не вважають, що їм потрібно її приймати. Також із загальної вибірки 200 осіб 6 пацієнтів не знають який у них ВІЛ-статус, а 5 (2,5%) осіб не знають що таке АРТ. Це свідчить про необхідність подальшого розширення профілактичних програм щодо уразливих груп, зокрема ЧСЧ. Адже ЧСЧ є однією з ключових груп щодо інфікування ВІЛ і підвищення їх обізнаності по даному питанню є важливим аспектом зниження поширеності ВІЛ серед цієї досить закритої ключової групи. Разом з тим, досить позитивним є той факт, що із 67 осіб, які отримують АРТ, 60 (89,5%) мають рівень вірусного навантаження менше 20 копій РНК/мл. Це свідчить про те, що при проведенні ефективного консультування по прихильності до АРТ, пацієнти ЧСЧ є пацієнтами з високою прихильністю до лікування, що суттєво знижує ризик передачі ВІЛ статевим шляхом до їх партнерів. 7 осіб із 67 (10,4%) зазначили, що у них рівень вірусного навантаження більше 1000 копій РНК/мл. Тут може бути дві можливі причини: недавній початок АРТ або низька прихильність до лікування. Разом з тим 57 чоловік серед усіх опитаних (28,5%) не знають взагалі що таке вірусне навантаження. Тому це свідчить про те, що профілактичні програми у Львівській та Донецькій областях України працюють і є досить ефективними, але ще є достатньо можливостей для покращення наявних результатів. При постановці запитань щодо постконтактної профілактики (ПКП) більше чверті опитаних – 54 (27,0%) відзначили, що в них недостатньо інформації на цю тему. Ще 49 (24,5%) осіб вказали, що для них ПКП є доступна, 18 (9,0%) відзначили, що для них ПКП є недоступна. А 79 осіб (39,5%) відзначили, що їх ця тема не стосується і не цікавить. При оцінці якості медичної допомоги в період пандемії COVID-19 122 (61,0%) відзначили, що на їх думку якість медичної допомоги не змінилася. 56 пацієнтів (28,0%) відзначили, що якість медичної допомоги погіршилася. Лише 1 пацієнт (0,5%) вказав, що якість медичної допомоги покращилася.

Також цікавою є отримана інформація щодо інформування пацієнтами ЧСЧ свого оточення про свою сексуальну орієнтацію. Найбільша кількість осіб – 39 (19,5%) відзначили, що про їх сексуальну орієнтацію знає лише їх партнер. 31 (15,5%) серед опитаних повідомили, що про це знають їхні друзі. 14 (7,0%) осіб вказали, що про їх орієнтацію знають батьки і ще 12 (6,0%) – що знають близькі родичі. 17 осіб (8,5%) відзначили, що про їх орієнтацію знають батьки і партнер, батьки, близькі родичі і друзі – 2 осіб (1,0%), батьки і друзі – 4 осіб (2,0%), близькі родичі і друзі – 7 осіб (3,5%), друзі та колеги по роботі – 4 осіб (2,0%), близькі родичі, друзі, колеги по роботі – 2 осіб

(1,0%), колеги по роботі – 1 ЧСЧ (0,5%), друзі, колеги по роботі, сусіди – 2 осіб (1,0%). 60 опитаних (30,0%) вказали інші варіанти. 5 осіб (2,5%) вказали, що ніхто не знає про їх ВІЛ-позитивний статус. Отримана інформація свідчить, що ЧСЧ є досить закритою групою, які неохоче повідомляють інформацію про свою сексуальну орієнтацію. На це є ряд серйозних причин. Адже під час проведення анкетування третина пацієнтів – 64 осіб (32,0%) повідомили, що у них були випадки стигми, дискримінації, боулінгу через їх сексуальну орієнтацію. Тому вони повідомляють цю інформацію лише людям, з якими у них є довірені стосунки і вони не будуть поширювати цю інформацію та повідомляти стороннім особам. Тому психологічний стан ЧСЧ не завжди є стабільний. У багатьох із них в душі є страх несприйняття чи осудження їх їхнім оточенням через їхню сексуальну орієнтацію.

Під час оцінки психологічного стану пацієнтів ЧСЧ з'ясовано, що майже в половині з них – 92 (46,0%) було зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ протягом кількох днів, у 18 (9,0%) такі відчуття є більше половини часу, а у 8 (4,0%) – майже щодня. Разом з тим 82 (41,0%) відзначили, що у них ніколи не було зниження інтересу до життя та відчуття задоволення від виконання справ. Також 75 осіб (37,5%) відзначили, що у них ніколи немає пригніченого настрою. Разом з тим половина пацієнтів – 100 (50,0%) зазначили, що у них по кілька днів буває пригнічений настрій. Разом з тим 21 пацієнт (10,5%) відзначив, що відчуття пригнічення та безнадії буває більшу половину часу, а у 4 осіб (2,0%) – майже щодня. Труднощі із засинанням, поверхневий сон або надмірну сонливість мали 80 осіб (40,0%). У 14 осіб (7,0%) таке відчуття було більше половини часу, а у 9 (4,5%) – майже щодня. В той же час у 97 осіб (48,5%) подібних скарг не було. Відчуття втоми або зниження енергії протягом кількох днів турбувало 110 опитаних ЧСЧ (55,0%). У 21 пацієнтів (10,5%) такі скарги бувають більшу половину часу, а у 8 (4,0%) – майже щодня. В той же час 61 особа (30,5%) відзначила, що у них подібних скарг немає взагалі.

Проблем з апетитом та переїданням не було у 117 (58,5%) осіб. Протягом кількох днів такі скарги були у 70 осіб (35,0%), ще у 9 осіб (4,5%) – більшу половину часу, а у 4 (2,0%) – майже щодня. Дуже насторожує також і той

факт, що 6 осіб (3,0%) протягом більшої половини часу є негативне відчуття до себе (що вони невдахи, «підвели» свою сім'ю і себе), в той же час у 4 осіб (2,0%) таке відчуття є щодня. У 38 пацієнтів (19,0%) таке відчуття виникало протягом кількох днів, але у 152 осіб (76,0%) такого відчуття не було взагалі. Також більшість пацієнтів – 141 (70,5%) ніколи не мали труднощів із концентрацією уваги (наприклад під час читання газети чи перегляду телевізора). В той же час у 51 ЧСЧ (25,5%) таке відчуття було протягом кількох днів. У 6 пацієнтів (3,0%) таке відчуття турбувало більшу половину часу, а у 2 (1,0%) воно було майже щодня. Також у більшості пацієнтів (89,0%) не було сповільнення рухів чи надмірної метушливості. У 18 осіб (9,0%) такі скарги виникали протягом кількох днів. У 3 осіб (1,5%) – більшу половину часу і в 1 (0,5%) – майже щодня. У більшості опитаних ЧСЧ – 184 (92,0%) ніколи не було суїцидальних думок. У 12 осіб (6,0%) такі думки виникали протягом кількох днів, у 1 чоловіка (0,05%) – протягом більшої половини часу і у 3 (1,5%) – майже щодня.

У більшості пацієнтів – 128 (64,0%) ніколи не було роздратованості, хвилювання або відчуття, що вони «на межі», у 59 осіб (29,5%) таке відчуття виникало кілька днів, у 8 (4,0%) воно було в більшу половину часу, а у 5 (2,5%) – майже щодня. Також у більшості пацієнтів – 141 (70,5%) ніколи не було відчуття постійного некерованого хвилювання, у 47 (23,5%) таке відчуття було кілька днів, у 8 (4,0%) – більшу половину часу, а у 4 (2,0%) – майже щодня.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із вивченням ризикованої поведінки чоловіків, що мають секс з чоловіками по відношенню до ВІЛ-інфікування.

Висновки

Отримана при проведенні дослідження інформація вказує на те, що чоловіки, що мають секс з чоловіками є закритою групою для спілкування. Вони мають низький рівень інформованості із проблем ВІЛ/СНІДу і являються цільовою групою-містком поширення ВІЛ-інфекції.

Необхідним є посилення профілактичної роботи та забезпечення їх мотивованого консультування з питань профілактики ВІЛ-інфікування.

Література

1. Епідемія ВІЛ серед уразливих груп в Україні: огляд вторинних даних/ А. Бойко, М. ДіКарло, О. Дорошенко, О. Морозова, Л. Шербурн. – Київ, 2013. – 96 с. – http://respond.org.ua/files/attachments/Secondary%20data%20review_Ukr_21-06-13.pdf.
2. Звіт про результати моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції за 2011-2012 роки / Н.М. Нізова, І.В. Кузін, І.В. Піголенко, В.А. Марциновська, Я. Соболева, Л.В. Бочкова, О. Жигінас. – Київ, 2013. – 128 с.
3. Чоловіки, які мають секс з чоловіками: Портрет зрілої та старшої групи (35+) / М. Касянчук, М. Корнілова, О. Трофименко, М. Варбан; Альянс громадського здоров'я. – Київ, 2021. – 84 с.
4. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження серед чоловіків, що практикують секс із чоловіками, в Україні / Я. Сазонова, Ю. Дукач. – Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я». 2019. – 120 с.

5. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками (національна частина) / М. Касянчук, О. Трофименко, Є. Білоус, Я. Сазонова. – Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 80 с.

References

1. Epidemiya VIL sered urazlyvykh hrup v Ukraini: ohlyad vtorynnykh danykh / A. Boyko, M. DiKarlo, O. Doroshenko, O. Morozova, L. Sherburn. – Kyiv, 2013. – 96 s. – http://respond.org.ua/files/attachments/Secondary%20data%20review_Ukr_21-06-13.pdf.
2. Zvit pro rezul'taty monitorynhu ta otsinky efektyvnosti zakhodiv, spryamovanykh na zapobihannya poshyrennyu epidemiyi VIL-infektsiyi za 2011-2012 roky / N.M. Nizova, I.V. Kuzin, I.V. Pyholenko, V.A. Martsynovs'ka, Y.A. Sobolyeva, L.V. Bochkova, O. Zhyhinas. – Kyiv, 2013. – 128 s.
3. Choloviky, yaki mayut' seks z cholovikamy: Portret zriloyi ta starshoyi hrupy (35+) / M. Kasyanchuk, M. Kornilova, O. Trofymenko, M. Varban. – Al'yans hromads'koho zdorov'ya. – Kyiv, 2021. – 84 s.
4. Zvit za rezul'tatamy biopovedinkovoho doslidzhennya sered cholovikiv, shcho praktykuyut' seks iz cholovikamy, v Ukraini / Y.A. Sazonova, Y.U. Dukach. – Kyiv: MBF «Al'yans hromads'koho zdorov'ya», 2019. – 120 s.
5. Monitorynh povedinky ta poshyrennya VIL-infektsiyi sered cholovikiv, yaki praktykuyut' seks z cholovikamy (natsional'na chastyna) / M. Kasyanchuk, O. Trofymenko, Y.E. Bilous, Y.A. Sazonova. – Kyiv: MBF «Al'yans hromads'koho zdorov'ya», 2017. – 80 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.09.2022 р.

Мета: дослідження та оцінка соціально-психологічного портрету чоловіків, які мають секс з чоловіками.

Матеріали дослідження. Матеріали: результати соціологічного дослідження серед 200 чоловіків, що мають секс з чоловіками. Методи дослідження: соціологічний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний.

Результати. Отримана при проведенні дослідження інформація вказує на те, що чоловіки, що мають секс з чоловіками є закритою групою для спілкування. Вони мають низький рівень інформованості із проблем ВІЛ/СНІДу і являються цільовою групою-містком поширення ВІЛ-інфекції.

Висновки. Необхідним є посилення профілактичної роботи та забезпечення їх мотивованого консультування з питань профілактики ВІЛ-інфікування.

Ключові слова: чоловіки, що мають секс з чоловіками, соціально-психологічна характеристика, соціологічне дослідження, результати.

Aim: study and evaluation of the socio-psychological portrait of men who have sex with male persons.

Materials and methods. Materials: results of a sociological survey among 200 men who have sex with male persons. Research methods: sociological, medico-statistical, of structural-and-logical analysis, bibliosemantic.

Results. The information obtained during the study indicates that men who have sex with male persons are a closed group for communication. They have a low level of awareness of HIV/AIDS issues and are a target group for the spread of HIV infection.

Conclusions. It is necessary to intensify preventive work and ensure their motivated counseling on HIV prevention.

Key words: men who have sex with male persons, socio-psychological characteristics, sociological research, results.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Служинська Мар'яна Богданівна – директор КНП ЛОР «Львівський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики»; 79010 м. Львів, вул. Ю. Руфа, 4.
msluzhynska@gmail.com.

Остап'юк Леся Романівна – кандидат медичних наук, КНП ЛОР «Центр Легеневого здоров'я», лікар акушер-гінеколог; 79008 м. Львів, вул. Лисенка, 45.
lesya_ost@ukr.net.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277063
УДК 614.23:616-005:614.252.2:378.09.009.12

Миронюк І.С., Погоріляк Р.Ю.

Розвиток науки про комунікації в охороні здоров'я України: аналітичний огляд

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

Myronyuk I.S., Pohorilyak R.Yu.

Evolution of communication science in public health of Ukraine: analytical review

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

ivan.mironyuk@gmail.com

Вступ

Одним з важливих наукових напрямів сфери охорони здоров'я, що почав набувати розвитку в Україні на початку 2010-х років є комунікація. Почасти цей процес був ініційований розвитком напрямку комунікацій на рівні Європейського Бюро ВООЗ (зокрема появою таких методичних рекомендацій як [1-4] тощо), почасті – технологічним стрибком, завдяки якому можливості мобільного інтернету (і відповідно – електронного та мобільного здоров'я, соціальних мереж) стали доступними значно більшій кількості населення [5]. В Україні істотним поштовом для наукового опрацювання напрямку став початок системної розбудови системи громадського здоров'я, яке однією зі своїх десяти оперативних функцій мало інформаційно-роз'яснювальну діяльність, комунікацію та соціальну мобілізацію в інтересах здоров'я [6].

Метою пропонованої статті є аналіз наукових публікацій українських вчених за 2010-2022 рр. за тематикою комунікацій в охороні здоров'я.

Матеріали та методи

Проаналізовані електронний каталог Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського, сайти наукових фахових видань за спеціальностями «соціальна медицина» та «громадське здоров'я», інституційні репозитарії закладів вищої освіти, які здійснюють підготовку магістрів за спеціальностями «медицина» або «громадське здоров'я», проведений пошук у наукометричній базі Scopus. Для подальшого аналізу були обрані наукові публікації, що відповідають пошуковому запиту «комунікації / інформаційно-комунікаційні технології / адвокація» та водночас розглядають ці питання у зв'язку з функціонуванням сфери охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення

За тематикою аналізовані публікації можна розділити на:

1. Публікації, що відображають концептуальні підходи до сфери комунікації [6-10];

2. Публікації, що розглядають комунікаційні механізми для подолання окремих проблем системи охорони здоров'я, зокрема у сфері фізичної реабілітації, неінфекційних захворювань, вакцинації тощо [10-15];

3. Публікації, що відображають проблематику підготовки медичних кадрів за напрямом комунікації та його безперервного професійного розвитку [16-20].

У працях [6,9,18,21,22] надається загальне бачення місця і ролі комунікацій у системі громадського здоров'я, визначаються основні проблемні місця та сфери потенційного удосконалення: зокрема, підвищення поінформованості населення про ризики виникнення захворювань, недостатня готовність працівників сфери охорони здоров'я до здійснення комунікації як при безпосередньому спілкуванні з пацієнтом, так і для взаємодії з групами комунікаційного впливу та населенням в цілому. Важливим у розбудові комунікаційного апарату є адекватна управлінська підтримка, що передбачає зокрема контроль якості пропонованих інтервенцій [23], впровадження доказових підходів до їх розробки [24] та посилення спроможності закладів охорони здоров'я у сфері інформаційних технологій, зокрема коли йдеться про забезпеченість комп'ютерним обладнанням [26].

Окремої уваги потребує налагодження внутрішньої комунікації між різними учасниками системи охорони здоров'я [18]. На важливості своєчасного та повного обміну інформацією між членами команд реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я було наголошено у звіті місії ВООЗ за результатами спільного зовнішнього оцінювання [19]. Створення та налагодження ефективної комунікативної політики у галузі є запорукою прихильності всіх груп учасників до процесу реформування, а отже – ефективності впроваджуваних змін [29].

На відміну від країн Європейського Союзу, де більш вивченою є сфера комунікації під час спалахів інфекційних хвороб [3,4,27], в Україні увага дослідників частіше була спрямована на використання інформаційно-комунікаційних технологій на рівні первинної медико-

санітарної допомоги [28-30]; розбудові системи фізичної реабілітації [14,31]; протидії неінфекційним захворюванням та їх детермінантам [12,13,24]. Важливим аспектом у розробці комунікаційних програм визначаються культурні та соціальні чинники [28-30], зокрема фах, освітній рівень, традиції в сім'ї тощо. Врахування цієї групи чинників дозволяє створювати орієнтовані на спільноту інтервенції, що враховують особливості їхньої мотиваційної сфери, властиві тим чи інших груп населення обмеження та ресурси.

Третім напрямом досліджень стала розбудова кадрового потенціалу України: йдеться про удосконалення підготовки студентів медичних спеціальностей [19,20], зокрема і підвищення їхньої обізнаності про ризики для здоров'я [11], розбудову ефективної системи безперервного професійного розвитку [17], а також налагодження системної підготовки фахівців громадського здоров'я [8,32,35]. Важливим завданням залишається ефективне поширення даних наукових розробок та досліджень як серед фахівців-практиків галузі, так і серед широких верств населення [35].

Аналіз згаданих наукових публікацій свідчить, що в Україні формується низка дослідницьких осередків з вивчення напряму комунікацій в охороні здоров'я. Сфери наукових інтересів згаданих колективів не охоплюють всі нагальні для України проблеми, але можуть забезпечити істотний прогрес у подоланні або мінімізації багатьох з них. Зокрема критично важливими на сучасному етапі є налагодження ефективної реабілітаційної допомоги пораненим, мінімізація та сповільнення поширення неінфекційних захворювань та їх детермінант, розбудова

ефективної підготовки кадрів для клінічної ланки та сфери громадського здоров'я, налагодження дієвої внутрішньої міжсекторальної комунікації для швидкого реагування у разі виникнення надзвичайних ситуацій та забезпечення високої ефективності роботи системи у міжкризовий період.

Перспективи подальших досліджень стосуються розробки доказових підходів та оцінки ефективності комунікаційних програм, здійсненні картування території України для забезпечення цільової комунікації на рівні окремих громад.

Висновки

Проаналізовані 33 наукові праці українських вчених опубліковані з 2010 по 2022 рік за напрямом комунікації в охороні здоров'я. Встановлено, що основними напрямками публікацій були 1) праці, що відображають концептуальні підходи до сфери комунікації 2) праці, що розглядають комунікаційні механізми для подолання окремих проблем системи охорони здоров'я, такі як фізична реабілітація, неінфекційні захворювання, вакцинація тощо 3) праці, що відображають проблематику підготовки медичних кадрів.

За результатами здійсненого аналізу можна констатувати, що в Україні формується низка дослідницьких осередків з вивчення напряму комунікацій в охороні здоров'я, які можуть забезпечити істотний прогрес у подоланні або мінімізації критично важливих на сучасному етапі проблем галузі охорони здоров'я.

Література

1. WHO. Part 1: Guidance Document On Characterizing And Communicating Uncertainty In Exposure Assessment. Geneva; 2008.
2. World Health Organization. From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Cologny/Geneva; 2011.
3. World Health Organization. World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide. Geneva; 2008.
4. World Health Organization. World Health Organization. [Online]; 2017. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>.
5. World Health Organization. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Geneva; 2016.
6. Слабкий Г.О., Миронюк В.І., Качала Л.О. Система громадського здоров'я: бачення ВООЗ. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017; р. 24-31.
7. Грузева Т.С., Литвинова Л.О., Гречишкіна Н.В., Донік О.М., Іншакова Г.В. Питання комунікативних компетенцій у підготовці фахівців громадського здоров'я. Медична освіта. 2018;(2).
8. Грузева Т.С., Гречишкіна Н.В., Литвинова Л.О. Громадське здоров'я (public health) як нова спеціальність: сучасні підходи до викладання (на прикладі Дебреценського університету, Угорщина). Україна. Здоров'я нації. 2017; р. 166-172.
9. Знаменська М.А. Медико-соціальне обґрунтування системи комунікацій в охороні здоров'я : автореферат дис.. д-ра мед. наук : 14.02.03 – соціальна медицина Київ: М-во охорони здоров'я України, Нац. мед. акад. післядипл. освіти ім. П. Л. Шупика; 2016.
10. Булавінова К.О., Децик О.З., Ціхонь З.О. Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2018;(3): р. 6-10.
11. Balashov K.V., Slabkiy G.O., Hulchiy O.P., Zakharova N.M., Turianytsia S.M. Relationships Between The Source Of Health Information And The Behavior Of Mothers Of Children Under 5 Years Old: Cross-Sectional Study Analysis. Wiad Lek. 2021;(74(3 cz 2)): р. 630-635.

12. Brych V.V., Dudash H.V., Bilak-Lukyanchuk V.Y., Dub M.M., Hutsol I.Y. Evaluation Results Of The Use Of Modern Internet Sources By The Students Of Vocational Education Institutions For The Formation Of Health Awareness. *Wiadomości Lekarskie*. 2021;: p. 1061-1064.
13. Балашов К.В., Слабкий Г.О., Гульчій О.П., Захарова Н.М. Концептуальна рамка психографічних досліджень у сфері профілактики неінфекційних захворювань. *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*. 2020 Ост.
14. Dub M.M., Brych V.V. Opportunities for using information and communication channels for adiposity prevention among women. *Україна. Здоров'я нації*. 2021;(2(64)): p. 25-8.
15. Шинкарук О., Імас Є., Денисова Л., Костюкевич В. Вплив інформаційно-комунікаційних технологій на фізичне та психічне здоров'я людини. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2018; (2): p. 13-24.
16. Лінніков С.В., Миронюк І.С. Особливості проведення комунікаційних кампаній, спрямованих на вразливі групи населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022;(3 (93)): p. 29-34.
17. Погоріляк Р.Ю. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи підготовки керівних кадрів охорони здоров'я на регіональному рівні : дис.. д-ра мед. наук : 14.02.03 – Соціальна медицина. Київ; 2019.
18. Вороненко Ю.В., Гульчій О.П., Харченко Н.В., Захарова Н.М., Балашов К.В. Доказово побудована комунікація: необхідна передумова управління безперервним професійним розвитком. *Український медичний часопис*. 2020.
19. Знаменська М.А., Слабкий Г.О., Знаменська Т.К. *Комунікації в охороні здоров'я Київ*; 2019.
20. Балашов К., Шевченко Л., Захарова Н., Туряниця С., Пасенко М., Цехмістер Я., et al. Підготовка майбутніх лікарів з комунікацій: від зв'язного мовлення до управління та лідерства в галузі. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022; 1: p. 55-63.
21. Пасієшвілі Л.М., Заздравнов А.А. Комунікаційна компетентність сімейного лікаря – від інтернатури до повсякденної практичної діяльності. *Семейная медицина*. 2019;(3): p. 31-33.
22. Знаменська М.А., Слабкий Г.О. Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я. *ScienceRise*. 2015.
23. Кривенко Є.М., Ситенко О.Р. Роль комунікації та PR-технологій у взаємодії галузі охорони здоров'я і громадськості. *Україна. Здоров'я нації*. 2013;(4): p. 101-105.
24. Лінніков С.В., Миронюк І.С. До питання оцінки ефективності інформаційно-комунікаційних кампаній у системі громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2022;(3 (69)): p. 5-11.
25. Hulchiy O., Slabkiy G., Balashov K. Evidence-based approaches to communication of non-communicable diseases risks in Ukraine: identification of channels. *Україна. Здоров'я нації*. 2020; 2(3).
26. Знаменська М.А., Слабкий Г.О. Інформатизація закладів охорони здоров'я як основа ефективних комунікацій в системі охорони здоров'я. *Медична інформатика та інженерія*. 2015;(2): p. 85-88.
27. Короткий О.В. Вивчення поінформованості лікаря первинної ланки відносно якості надання медичної допомоги, дослідження його комунікацій з іншими об'єктами сфери охорони здоров'я (за даними соціологічного дослідження). *Україна. Здоров'я нації*. 2017;(4(1)): p. 87-94.
28. World Health Organization. Спільне зовнішнє оцінювання ключових спроможностей України у рамках ММСП. Звіт місіїю 29 листопада – 3 грудня 2021 р. Geneva; 2022.
29. Знаменська М.А. Комунікативна політика як ефективний засіб реформування системи охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2014;(1): p. 78-83.
30. World Health Organization. Outbreak Communication: The Goal, Strategies and Controversies: Evidence and Experience (DRAFT). [Online]. Available from: <http://www.psandman.com/articles/OCBD-1.pdf>.
31. Знаменська М.А. Комунікації в практиці сімейного лікаря. *Україна. Здоров'я нації*. 2015;(1): p. 122-125.
32. Дудаш Г.В. Інформативно-комунікативні технології в профілактичній діяльності системи охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2020;(№ 2 (12)).
33. Сміянов В.А., Дрига Н.О. Перспективи впровадження сучасних інформаційно-комунікаційних систем на рівні первинної медико-санітарної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2019;(1): p. 159-166.
34. Брич В.В., Ходаковська Н.Ю. Готовність фахівців із реабілітації до використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій для забезпечення безперервної реабілітаційної допомоги пацієнтам із травмами. *Український медичний часопис*. 2021;(III-IV): p. 142.
35. Гржибовський Я.Л., Миронюк І.С., Любінець О.В. Здоров'я людини та індивідуальні чинники впливу (дослідження за результатами опитування лікарів). *Acta Medica Leopoliensia*. 2019;(XXV. 1): p. 68-75.
36. Smiyanov V.A., Kurganskaya V.O., Smiyanova O.I., Druga N.O. Громадське здоров'я і поведінкова економіка. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019;(2): p. 33-39.
37. Балашов К. Громадське здоров'я та культура: точки дотику. In *Modern science: problems and innovations. Abstracts of the 3rd International scientific and practical conference.*; 2020; Stockholm: SSPG Publish. p. 74-79.
38. Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С., Качала Л.О., Ратаніна О.М. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017; 3: p. 246-254.

39. Вороненко Ю.В., Зозуля І.С., Косаковський А.Л., Гош Р.І., Смаглюк О.Є., Козаченко Н.В. Засоби наукової комунікації академії щодо впровадження інноваційних технологій в практичну охорону здоров'я. Повідомлення 1. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2015;(24(5)): p. 5-13.

40. Кривенко Є.М., Ситенко О.Р. Розвиток інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я України в умовах реформування (огляд літератури). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2013;(3): p. 50-54.

References

1. WHO. Part 1: Guidance Document On Characterizing And Communicating Uncertainty In Exposure Assessment. Geneva; 2008.
2. World Health Organization. From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Cologny/Geneva; 2011.
3. World Health Organization. World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide. Geneva; 2008.
4. World Health Organization. World Health Organization. [Online].; 2017. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>.
5. World Health Organization. Global difusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Geneva; 2016.
6. Slabkyi H.O., Myroniuk V.I., Kachala L.O.. Systema hromadskoho zdorovia: bachennia Vsesvitnoi orhanizatsii okhorony zdorovia. Osnovni operatyvni funktsii hromadskoho zdorovia ta yikh zmist. Ukraina. Zdorovia natsii. 2017: p. 24-31.
7. Hruzieva T.S., Lytvynova L.O., Hrechyskina N.V., Donik O.M., Inshakova H.V. Pytannia komunikatyvnykh kompetentsii u pidhotovtsi fakhivtsiv hromadskoho zdorovia. Medychna osvita. 2018;(2).
8. Hruzieva T.S., Hrechyskina N.V., Lytvynova L.O. Hromadske zdorovia (public health) yak nova spetsialnist: suchasni pidkhody do vykladannia (na prykladi Debretsenkoho universytetu, Uhorshchyna). Ukraina. Zdorovia natsii. 2017: p. 166-172.
9. Znamenska M.A. Medyko-sotsialne obhruntuvannia systemy komunikatsii v okhoroni zdorovia : avtoreferat dys.. d-ra med. nauk : 14.02.03 – sotsialna medytsyna Kyiv: M-vo okhorony zdorovia Ukrainy, Nats. med. akad. pisladypl. osvity im. P. L. Shupyka; 2016.
10. Bulavinova K.O., Detsyk O.Z., Tsikhon Z.O. Rol komunikatsiinykh stratehii u systemi hromadskoho zdorovia Ukrainy. Ukraina. Zdorovia natsii. 2018;(3): p. 6-10.
11. Balashov K.V., Slabkiy G.O., Hulchii O.P., Zakharova N.M., Turianytsia S.M. Relationships Between The Source Of Health Information And The Behavior Of Mothers Of Children Under 5 Years Old: Cross-Sectional Study Analysis. Wiad Lek. 2021;(74(3 cz 2)): p. 630-635.
12. Brych V.V., Dudash H.V., Bilak-Lukyanchuk V.Y., Dub M.M., Hutsol I.Y. Evaluation Results Of The Use Of Modern Internet Sources By The Students Of Vocational Education Institutions For The Formation Of Health Awareness. Wiadomości Lekarskie. 2021;: p. 1061-1064.
13. Balashov K.V., Slabkyi H.O., Hulchii O.P., Zakharova N.M. Kontseptualna ramka psykhhografichnykh doslidzen u sferi profilaktyky neinfektsiinykh zakhvoriuvan. UKR. MED. ChASOPYS. 2020 Oct.
14. Dub M.M., Brych V.V. Opportunities for using information and communication channels for adiposity prevention among women. Ukraina. Zdorovia natsii. 2021;(2(64)): p. 25-8.
15. Shynkaruk O., Imas Ye., Denysova L., Kostiukevych V. Vplyv informatsiino-komunikatsiinykh tekhnolohii na fizychnu ta psykhhichnu zdorovia liudyny. Fizychnu vykhovannia, sport i kultura zdorovia u suchasnomu suspilstvi. 2018;(2): p. 13-24.
16. Linnikov S.V., Myroniuk I.S. Osoblyvosti provedennia komunikatsiinykh kampanii, spriamovanykh na vrazlyvi hrupy naselennia. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2022;(3 (93)): p. 29-34.
17. Pohoriliak R.Iu. Medyko-sotsialne obgruntuvannia optymizovanoi systemy pidhotovky kerivnykh kadriv okhorony zdorovia na rehionalnomu rivni : dys.. d-ra med. nauk : 14.02.03 – Sotsialna medytsyna. Kyiv; 2019.
18. Voronenko Yu.V., Hulchii O.P., Kharchenko N.V., Zakharova N.M., Balashov K.V. Dokazovo pobudovana komunikatsiia: neobkhidna peredumova upravlinnia bezperervnym profesiinym rozvytkom. Ukrainyky medychnyi chasopys. 2020.
19. Znamenska M.A., Slabkyi H.O., Znamenska T.K. Komunikatsii v okhoroni zdorovia Kyiv; 2019.
20. Balashov K., Shevchenko L., Zakharova N., Turianytsia S., Pasenko M., Tsekhmister Ya., et al. Pidhotovka maibutnykh likariv z komunikatsii: vid zviaznoho movlennia do upravlinnia ta liderstva v haluzi. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2022; 1: p. 55-63.
21. Pasiieshvili L.M., Zazdravnov A.A. Komunikatsiina kompetentnist simeinoho likaria – vid internatury do povsiakdennoi praktychnoi diialnosti. Semeinaia medytsyna. 2019;(3): p. 31-33.
22. Znamenska M.A., Slabkyi H.O. Kontseptualna model komunikatsii v okhoroni zdorovia. ScienceRise. 2015.
23. Kryvenko Ye.M., Sytenko O.R. Rol komunikatsii ta PR-tekhnolohii u vzaiemodii haluzi okhorony zdorovia i hromadskosti. Ukraina. Zdorovia natsii. 2013;(4): p. 101-105.

24. Linnikov S.V., Myroniuk I.S. Do pytannia otsinky efektyvnosti informatsiino-komunikatsiinykh kampanii u systemi hromadskoho zdorovia. Ukraina. Zdorovia natsii. 2022;(3 (69)): p. 5-11.
25. Hulchiy O., Slabkiy G., Balashov K. Evidence-based approaches to communication of non-communicable diseases risks in Ukraine: identification of channels. Ukraina. Zdorovia natsii. 2020; 2(3).
26. Znamenska M.A., Slabkiy H.O. Informatyzatsiia zakladiv okhorony zdorovia yak osnova efektyvnykh komunikatsii v systemi okhorony zdorovia. Medychna informatyka ta inzheneriia. 2015;(2): p. 85-88.
27. Korotkyi O.V. Vychennia poinformovanosti likaria pervynnoi lanky vidnosno yakosti nadannia medychnoi dopomohy, doslidzhennia yoho komunikatsii z inshymy ob'ektyamy sfery okhorony zdorovia (za danymy sotsiolohichnoho doslidzhennia). Ukraina. Zdorovia natsii. 2017;(4(1)): p. 87-94.
28. World Health Organization. Spilne zovnishnie otsiniuvannia kluchovykh spromozhnosti Ukrainy u ramkakh MMSP. Zvit misiui 29 lystopada – 3 hrudnia 2021 r. Geneva; 2022.
29. Znamenska M.A. Komunikatyvna polityka yak efektyvnyi zasib reformuvannia systemy okhorony zdorovia. Ukraina. Zdorovia natsii. 2014;(1): p. 78-83.
30. World Health Organization. Outbreak Communication: The Goal, Strategies and Controversies: Evidence and Experience (DRAFT). [Online]. Available from: <http://www.psandman.com/articles/OCBD-1.pdf>.
31. Znamenska M.A. Komunikatsii v praktytsi simeinoho likaria. Ukraina. Zdorovia natsii. 2015;(1): p. 122-125.
32. Dudash H.V. Informatyvno-komunikatyvni tekhnologii v profilaktychnii diialnosti systemy okhorony zdorovia. Ekonomika i pravo okhorony zdorovia. 2020;(№ 2 (12)).
33. Smiiianov V.A., Dryha N.O. Perspektyvy vprovadzhennia suchasnykh informatsiino-komunikatsiinykh system na rivni pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy. Ukraina. Zdorovia natsii. 2019;(1): p. 159-166.
34. Brych V.V., Khodakovska N.Iu. Hotovnist fakhivtsiv iz reabilitatsii do vykorystannia suchasnykh informatsiino-komunikatsiinykh tekhnologii dlia zabezpechennia bezperervnoi reabilitatsiinoi dopomohy patsientam iz travmamy. Ukrainskyi medychnyi chasopys. 2021;(III-IV): p. 142.
35. Hrzhybovskiy Ya.L., Myroniuk I.S., Liubinets O.V. Zdorovia liudyny ta indyvidualni chynnyky vplyvu (doslidzhennia za rezultatyamy opytuvannia likariv). Acta Medica Leopoliensia. 2019;(XXV. 1): p. 68-75.
36. Smiiyanov V.A., Kurganskaya V.O., Smiiyanova O.I., Dryha N.O. Hromadske zdorovia i povedinkova ekonomika. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2019;(2): p. 33-39.
37. Balashov K. Hromadske zdorovia ta kultura: tochky dotyku. In Modern science: problems and innovations. Abstracts of the 3rd International scientific and practical conference.; 2020; Stockholm: SSPG Publish. p. 74-79.
38. Slabkiy H.O., Shafranskiy V.V., Myroniuk I.S., Kachala L.O., Ratanina O.M. Informatsiino-roziasniuvalna diialnist, komunikatsiia ta sotsialna mobilizatsiia v interesakh zdorovia naseleння v ramkakh systemy hromadskoho zdorovia. Ukraina. Zdorovia natsii. 2017; 3: p. 246-254.
39. Voronenko Yu.V., Zozulia I.S., Kosakovskiy A.L., Hosh R.I., Smahliuk O.Ie., Kozachenko N.V. Zasoby naukovoi komunikatsii akademii shchodo vprovadzhennia innovatsiinykh tekhnologii v praktychnu okhoronu zdorovia. Povidomlennia 1. Zbirnyk naukovykh prats spivrobotnykiv NMAPO im. P. L. Shupyka. 2015;(24(5)): p. 5-13.
40. Kryvenko Ye.M., Sytenko O.R. Rozvytok informatsiino-komunikatsiinykh tekhnologii v okhoroni zdorovia Ukrainy v umovakh reformuvannia (ohliad literatury). Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2013;(3): p. 50-54.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.11.2022 р.

Мета: аналіз наукових публікацій українських вчених за 2010-2022 рр. за тематикою комунікацій в охороні здоров'я.

Матеріали та методи. Проаналізовані електронний каталог Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського, сайти наукових фахових видань за спеціальностями «соціальна медицина» та «громадське здоров'я», інституційні репозитарії закладів вищої освіти, які здійснюють підготовку магістрів за спеціальностями «медицина» або «громадське здоров'я», проведений пошук у наукометричній базі Scopus. Для подальшого аналізу були обрані наукові публікації, що відповідають пошуковому запиту «комунікації / інформаційно-комунікаційні технології / адвокація» та водночас розглядають ці питання у зв'язку з функціонуванням сфери охорони здоров'я.

Результати. Проаналізовані 33 наукові праці українських вчених опубліковані з 2010 по 2022 рік за напрямом комунікації в охороні здоров'я. Встановлено, що основними напрямками публікацій були 1) праці, що відображають концептуальні підходи до сфери комунікації 2) праці, що розглядають комунікаційні механізми для подолання окремих проблем системи охорони здоров'я, такі як фізична реабілітація, неінфекційні захворювання, вакцинація тощо 3) праці, що відображають проблематику підготовки медичних кадрів.

Висновки. За результатами здійсненого аналізу можна констатувати, що в Україні формується низка дослідницьких осередків з вивчення напрямку комунікацій в охороні здоров'я, які можуть забезпечити істотний прогрес у подоланні або мінімізації критично важливих на сучасному етапі проблем галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: інформаційно-комунікаційні технології, громадське здоров'я, ефективність, медичні кадри, модифікація поведінки.

Aim: to analyze the scientific publications of Ukrainian scientists for 2010-2022 years on the topic of communications in health care.

Materials and methods: to identify relevant research projects electronic search will be conducted in the web catalog of the Vernadsky National Library of Ukraine, sites of scientific journals in the specialties "Social Medicine" and "Public Health", institutional repositories of higher education institutions that are training masters in the specialties "Medicine" or "Public Health", the Scopus database. Scientific publications were selected for further analysis, which corresponds to the search "Communication / Information and Communication Technologies / Advocacy" and at the same time consider these issues in connection with the functioning of the health care system.

Results. 33 scientific works of Ukrainian scientists have been analyzed and written from 2010 to 2022 in the field of communication in health care. It is established that the main areas of publications were 1) works that reflect conceptual approaches to the sphere of communication 2) works that consider communication mechanisms to overcome certain problems of the health care system, such as physical rehabilitation, non-communicable diseases, vaccination, etc. 3) works reflecting the problems of training of medical personnel.

Conclusions. According to the results of the analysis, it can be stated that in Ukraine are a number of research centers in the field of communications in health care, which can ensure significant progress in overcoming or minimizing critically important issues of health care at the present time.

Key words: information and communication technologies, public health, efficiency, medical personnel, modification of behavior.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Миролюк Іван Святославович – д.мед.н., професор, проректор з наукової роботи, професор кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету.

Погоріляк Рената Юрївна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та суспільних дисциплін Ужгородського національного університету.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277065
УДК 614.2:35.071.5:303.622(477)

Мілашовська В.О., Любінець О.В.

Вивчення думки керівників закладів охорони здоров'я щодо удосконалення системи охорони здоров'я, в т.ч. із впровадженням адміністративно-територіальної реформи в Україні

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра громадського здоров'я, м. Львів, Україна

Milashovska V.O., Lyubinets O.V.

Study of the opinion of the heads of health care institutions regarding the improvement of the health care system, including the implementation of the administrative and territorial reform in Ukraine

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Department of Public Health, Lviv, Ukraine

vmilashovska@gmail.com, pulmo@ukr.net

Вступ

Розвиток українського суспільства привів до необхідності проведення в державі адміністративно-територіальних змін. Реалізація адміністративно-територіальної реформи, здійсненої з 2015 по 2020 рік, привела до надання більших повноважень органам місцевого самоврядування (децентралізації) та зміні адміністративно-територіального поділу. Замість понад 11 тис. місцевих рад було сформовано 1 469 спроможних територіальних громад, а замість 490 районів – 136 нових районів. Проте щоб вважати українську реформу успішно завершеною, потрібно запровадити повноцінну систему моніторингу впливів реформи, яка допоможе спланувати внесення необхідних коректив, оцінити позитивні ефекти та пом'якшити негативні наслідки [1].

В цей же час система охорони здоров'я в Україні перебуває у складному становищі. Найважливішими серед проблем, що постали на сучасному етапі розвитку вітчизняної охорони здоров'я є організаційно-економічні проблеми. Це, насамперед, такі, як: формування оптимального ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я та суспільно необхідної структури медичних кадрів; визначення та пошук можливих і необхідних обсягів фінансування, інновацій та інвестицій; вдосконалення територіальної організації медичних закладів у зв'язку з проведенням адміністративної реформи, коли відбувається зміна території обслуговування населення та є потреба в уніфікації роботи закладу; покращення територіальної доступності медичної допомоги, тобто вдосконалення регіональної політики у сфері охорони здоров'я.

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 [2-4]. Одним з важливих чинників здійснення позитивних змін є підготовка організаторів охорони громадського здоров'я, які розуміють не тільки закономірності внутрігалузових процесів, але й бачать систему охорони здоров'я як елемент загальної державної системи у взаємозв'язку і взаємодії з іншими сферами діяльності держави [5-10].

З метою отримання фахової інформації щодо медико-соціальних процесів часто використовується система логічно-послідовних методологічних, методичних та організаційно-технічних процедур або соціологічне дослідження [11-12].

Мета дослідження: визначення організаторами охорони здоров'я пріоритетів у проведенні структурних реформ у галузі охорони здоров'я, в т.ч. впливу адміністративно-територіальної реформи.

Матеріали та методи

Нами проведено опитування 527 слухачів курсів спеціалізації та тематичного удосконалення, які проходили навчання на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Використано наступні методи дослідження: соціологічного опосередкованого опитування та медичної статистики.

Первинні дані, отримані в ході дослідження, оброблялися з використанням програмного забезпечення «R», що ліцензоване за GNU General Public License.

Результати дослідження та їх обговорення

В процесі створення анкети щодо оцінки керівниками закладів охорони здоров'я та їх заступниками структурних реформ у галузі охорони здоров'я були

включені найбільш важливі питання, які в досить повній мірі охоплюють найважливіші, відповідно до завдань дослідження, компоненти, стосовно реформи. Такими складовими були:

- 1) ключові проблеми системи (10 пунктів анкети);
- 2) проблеми першочергового вирішення (9 пунктів анкети);
- 3) визначення важливості окремих елементів до державного стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я (11 пунктів анкети);
- 4) визначення джерел інформації, що використовуються респондентами у своїй професійній

діяльності, в т. ч. щодо територіальних змін у наданні медичних послуг у процесі адміністративної реформи території (7 пунктів анкети).

У проведеному нами опитуванні у 2021-2022 роках взяли участь 527 респондентів, спеціалістів за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» (табл. 1). Організатори охорони здоров'я за рівнем кваліфікаційної категорії поділялись наступним чином: вищу категорію мали – 175 осіб (33,21%), першу – 19 (3,61%), другу – 12 (2,28%), сертифікат спеціаліста – 321 особа (60,90%). Серед опитаних: 42,5% чоловіків та 57,5% жінок.

Таблиця 1. Дані про респондентів, що прийняли участь в соціологічному дослідженні

	1 група		2 група		3 група		Разом	
	(стаж з ОУОЗ більше 20 років)		(стаж з ОУОЗ 5-20 років)		(стаж з ОУОЗ до 5 років)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всього	94	17,84	154	29,22	279	52,94	527	100
Вік (середній)	61,1		47,7		41,2		46,64	
Середній стаж	29,52		11,15		1,67		9,39	
Стать								
Чоловіча	51	54,26	67	43,51	106	37,99	224	42,50
Жіноча	43	45,74	87	56,49	173	62,01	303	57,50
Кваліфікаційна категорія								
вища	81	86,17	81	52,60	13	4,66	175	33,21
I	1	1,06	14	9,09	4	1,43	19	3,61
II	1	1,06	6	3,90	5	1,79	12	2,28
сертифікат	11	11,71	42	34,41	257	92,12	321	60,90
Посада								
Головний лікар	34	36,17	48	31,17	48	17,20	130	24,67
Заступник головного лікаря	29	30,85	58	37,66	100	35,84	187	35,48
Резерв кадрів	31	32,98	48	31,17	131	46,96	210	39,85

Поділ за стажем роботи в охороні здоров'я за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» слугував формуванню 3 груп респондентів: 1-а група – 94 (17,84%) особи (період роботи організатором охорони здоров'я більше 20 років), 2-а група – 154 (29,22%) особи зі стажем роботи 5-20 років, 3-я група – 279 (52,94%) респонденти зі стажем на керівній посаді до 5 років. Рівень практики та кваліфікації учасників опитування кваліфікуємо як високий, що підтверджує середній стаж роботи опитаних (9,39 років) та наявність у 33% з них вищої кваліфікаційної категорії. 130 (24,67%) учасників опитування займали посади першого керівника закладу, 187 – заступника керівника. 210 респондентів (39,85%) це підготовлений резерв керівних кадрів.

Дві компоненти «ключові проблеми системи охорони здоров'я» та «проблеми, що потребують першочергового вирішення при проведенні реформування» є надзвичайно важливими з точки зору рівня знань організаторів охорони здоров'я, які повинні в

процесі управлінської діяльності вміти виокремити основні проблеми та реалізувати кроки з їх елімінації; досліджувати проблему, інтерпретувати одержані результати, робити висновки; демонструвати практичне застосування методології аналізу досягнення кінцевих цілей державної політики у сфері охорони здоров'я; розробляти стратегічний план діяльності закладу, володіти методикою стратегічного планування; забезпечити систему взаємодії з органами управління місцевої влади, суміжними медичними закладами.

Респонденти всіх груп при оцінюванні проблем у системі охорони здоров'я України (табл. 2) виділили базову, основну проблему – це «недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування», на що вказали 78,56±1,79% (p≤0,005) опитаних. Наступні місця за важливістю – це «недостатність законодавчої та нормативно-правової бази щодо регулювання відносин у системі охорони здоров'я» (46,87±2,17%, p≤0,05) та

«відсутність розуміння на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади щодо місця системи охорони здоров'я у суспільстві» (40,42±2,14%, $p \geq 0,05$).

До ключових проблем 32,26±2,04% ($p \geq 0,05$) респондентів віднесли гальмування запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування. А 18,22±1,68% ($p \geq 0,05$) опитаних ключовою проблемою зазначили наявність корупції на всіх рівнях медичного управління.

До особливостей відповідей в окремих групах необхідно зазначити більш виражену позицію

респондентів 1-ої групи (керівники з великим досвідом роботи) щодо «відсутність розуміння на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади щодо місця системи охорони здоров'я у суспільстві» 46,81±5,15% та щодо «гальмування запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування» 40,43±5,06%. В цей же час респонденти 3-ої групи (молодший за стажем контингент опитаних) у більшій мірі вказав на «наявність корупції на всіх рівнях медичного управління» 21,86±2,47% та «низький рівень фахової підготовки медичних працівників» 15,77±2,18%.

Таблиця 2. Оцінка респондентами ключових проблем системи охорони здоров'я України

Ключові проблеми системи охорони здоров'я в Україні	Разом (527)	1-а група (94)	2-а група (154)	3-я група (279)
Недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування	78,56±1,79	77,66±4,30	79,22±3,27	78,49±2,46
Недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази щодо регулювання відносин у системі охорони здоров'я	46,87±2,17	46,81±5,15	43,51±4,00	48,75±2,99
Відсутність розуміння на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади щодо місця системи охорони здоров'я у суспільстві	40,42±2,14	46,81±5,15	37,66±3,90	39,78±2,93
Гальмування запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування	32,26±2,04	40,43±5,06	31,82±3,75	29,75±2,74
Невідповідність діючої моделі охорони здоров'я вимогам ринкової економіки	29,22±1,98	32,98±4,85	27,27±3,59	29,03±2,72
Низький рівень фахової підготовки медичних працівників	12,71±1,45	7,45±2,71	10,99±2,52	15,77±2,18
Функціонування відомчих систем охорони здоров'я	6,07±1,04	8,51±2,88	7,79±2,16	4,30±1,21
Наявність корупції на всіх рівнях медичного управління	18,22±1,68	8,51±2,88	17,53±3,06	21,86±2,47
Наявність «квазіринку» в державних і комунальних медичних закладах, від чого залишаються у програті як самі медичні заклади, держава, так і громадське здоров'я	13,85±1,50	13,83±3,56	16,23±2,97	12,54±1,98

Оцінка респондентами справ першочергового вирішення при проведенні реформ у системі охорони здоров'я України (табл. 3) позначилась наступним чином від найважливіших: це – підготовка стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави, так і на місцевому рівні, в т. ч. з використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів 63,57±2,10% ($p \leq 0,005$); – встановлення ступеня оплати праці та соціального захисту медичних працівників на середньоєвропейському рівні 55,98±2,16% ($p \leq 0,005$); – підвищення уваги до профілактичного спрямування надання медичної допомоги 35,86±2,09% ($p \leq 0,005$). Серед інші проблем слід відзначити «визначення на рівні держави ВИДУ системи охорони здоров'я в умовах країни з ринковими перетвореннями» 33,21±2,05% ($p \geq 0,05$) та «підвищення рівня доступності та якості медичної допомоги» 32,26±2,04% ($p \geq 0,05$).

При порівнянні за групами – респонденти 1-ї групи найбільшою мірою ніж у інших групах зазначили необхідність «підготовки стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави, так і на місцевому рівні, в т. ч. з використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів» 70,21±4,72% та «визначення на рівні держави ВИДУ системи охорони здоров'я в умовах країни з ринковими перетвореннями» 39,36±5,04%.

Респонденти 2-ої групи у більшій частині ніж у інших групах вказали на «підвищення рівня доступності та якості медичної допомоги» 34,42±3,83% та на «встановлення ступеня оплати праці та соціального захисту медичних працівників на середньоєвропейському рівні» 59,09±3,96%.

Таблиця 3. Оцінка респондентами проблем, що потребують першочергового вирішення при реформуванні галузі охорони здоров'я України

Проблеми першочергового вирішення при реформуванні галузі	Разом (527)	1-а група (94)	2-а група (154)	3-я група (279)
Визначення на рівні держави ВИДУ системи охорони здоров'я в умовах країни з ринковими перетвореннями	33,21±2,05	39,36±5,04	32,47±3,77	31,54±2,78
Підвищення поінформованості медичної громадськості та населення про реформи, що відбуваються у сфері охорони здоров'я	25,81±1,91	28,72±4,67	22,08±3,34	26,88±2,65
Підготовка стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави, так і на місцевому рівні, в т.ч. з використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів	63,57±2,10	70,21±4,72	59,09±3,96	63,80±2,88
Підвищення уваги до профілактичного спрямування надання медичної допомоги	35,86±2,09	36,17±4,96	35,06±3,85	36,20±2,88
Підвищення рівня доступності та якості медичної допомоги	32,26±2,04	30,85±4,76	34,42±3,83	31,54±2,78
Запровадження системи незалежної медичної експертизи	14,42±1,53	13,83±3,56	14,29±2,82	14,70±2,12
Встановлення ступеня оплати праці та соціального захисту медичних працівників на середньоєвропейському рівні	55,98±2,16	55,32±5,13	59,09±3,96	54,48±2,98
Перехід на систему ліцензування та акредитації медичної практики	10,25±1,32	8,51±2,88	10,39±2,46	10,75±1,85

При проведенні дослідження опитаних попросили оцінити «Важливість окремих елементів до державного стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я України» (табл. 4). Із загальної кількості опитаних осіб найвищу підтримку було висловлено щодо «Впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища

життєдіяльності» 94,31±1,01%, «Пріоритетності у забезпеченні здоров'я матері та дитини, статевого, репродуктивного та психічного здоров'я» 92,03±1,18% та «Розробці політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я на найближчу та дальшу перспективу» 88,43±1,39%.

Таблиця 4. Оцінка організаторами охорони здоров'я стратегічних напрямків проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні (%)

Стратегічні напрямки / оцінка	Разом (527)	1-а група (94)	2-а група (154)	3-я група (279)
Подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у напрямку підтримки приватної практики первинної медичної допомоги				
Підтримую	64,71±2,08	57,42±5,10	63,64±3,88	67,74±2,80
Не підтримую	12,33±1,43	9,57±3,03	12,34±2,65	13,26±2,03
Не визначився / лась	14,04±1,51	24,47±4,43	12,99±2,71	11,47±1,91
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	8,92±1,24	8,51±2,88	11,04±2,53	7,53±1,58
Розробка політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я на найближчу та дальшу перспективу				
Підтримую	88,43±1,39	84,04±3,78	90,26±2,39	88,89±1,88
Не підтримую	1,14±0,46	2,13±1,49	1,30±0,91	0,72±0,51
Не визначився / лась	6,26±1,06	9,57±3,03	5,84±1,89	5,38±1,35
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	4,17±0,87	4,26±2,08	2,60±1,28	5,02±1,31
Удосконалення та подальший розвиток структур громадського здоров'я				
Підтримую	85,96±1,51	81,91±3,97	83,12±3,02	88,89±1,88

Стратегічні напрямки / оцінка	Разом (527)	1-а група (94)	2-а група (154)	3-я група (279)
Не підтримую	1,52±0,53	1,06±1,06	1,95±1,11	1,43±0,71
Не визначився /лась	8,16±1,19	11,70±3,32	10,39±2,46	5,73±1,39
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	4,36±0,89	5,32±2,31	4,55±1,68	3,94±1,16
Створення університетських лікарень на базі закладів охорони здоров'я або об'єднання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів				
Підтримую	74,00±1,91	62,77±4,99	77,27±3,38	75,99±2,56
Не підтримую	3,80±0,83	5,32±2,31	5,19±1,79	2,51±0,94
Не визначився /лась	14,99±1,56	22,34±4,30	12,99±2,71	13,62±2,05
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	7,21±1,13	9,57±3,03	4,55±1,68	7,89±1,61
Відновлення роботи санітарно-епідеміологічної служби				
Підтримую	62,43±2,11	61,70±5,01	64,29±3,86	61,65±2,91
Не підтримую	17,84±1,67	26,60±4,56	14,29±2,82	16,85±2,24
Не визначився /лась	14,80±1,55	11,70±3,32	15,58±2,92	15,41±2,16
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	4,93±0,94	0,00	5,84±1,89	6,09±1,43
Внесення змін до законодавства щодо ініціювання та сприяння громадським ініціативам, спрямованим на зменшення впливу критичних факторів ризику для здоров'я				
Підтримую	75,33±1,88	73,40±4,56	75,97±3,44	75,63±2,57
Не підтримую	1,52±0,53	1,06±1,06	1,30±0,91	1,79±0,79
Не визначився /лась	15,75±1,59	18,09±3,97	15,58±2,92	15,05±2,14
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	7,40±1,14	7,45±2,71	7,14±2,07	7,53±1,58
Впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності				
Підтримую	94,31±1,01	96,81±1,81	94,16±1,89	93,55±1,47
Не підтримую	1,71±0,56	1,06±1,06	1,30±0,91	2,15±0,87
Не визначився /лась	1,33±0,50	1,06±1,06	1,95±1,11	1,08±0,62
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	2,66±0,70	1,06±1,06	2,60±1,28	3,23±1,06
Пріоритет у забезпеченні здоров'я матері та дитини, статевого, репродуктивного та психічного здоров'я				
Підтримую	92,03±1,18	91,49±2,88	91,56±2,24	92,47±1,58
Не підтримую	1,33±0,50	1,06±1,06	0,65±0,65	1,79±0,79
Не визначився /лась	4,74±0,93	4,26±2,08	6,49±1,99	3,94±1,16
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	1,90±0,59	3,19±1,81	1,30±0,91	1,79±0,79
Приспівання відомчих закладів охорони здоров'я до єдиного лікарняного простору території				
Підтримую	65,46±2,07	76,60±4,37	66,23±3,81	61,29±2,92
Не підтримую	8,54±1,22	5,32±2,31	7,14±2,07	10,39±1,83
Не визначився /лась	15,94±1,59	11,70±3,32	15,58±2,92	17,56±2,28
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	10,06±1,31	6,38±2,52	11,04±2,53	10,75±1,85
Створення закладів охорони здоров'я медсестринського догляду				
Підтримую	57,69±2,15	60,64±5,04	58,44±3,97	56,27±2,97
Не підтримую	7,02±1,11	7,45±2,71	4,55±1,68	8,24±1,65
Не визначився /лась	22,96±1,83	21,28±4,22	26,62±3,56	21,51±2,46
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	12,33±1,43	10,64±3,18	10,39±2,46	13,98±2,08

Стратегічні напрямки / оцінка	Разом (527)	1-а група (94)	2-а група (154)	3-я група (279)
Переведення окремих закладів охорони здоров'я на роботу в системі соціального забезпечення				
Підтримую	52,18±2,18	54,26±5,14	55,84±4,00	49,46±2,99
Не підтримую	9,87±1,30	10,64±3,18	10,39±2,46	9,32±1,74
Не визначився / лась	24,10±1,86	25,53±4,50	20,78±3,27	25,45±2,61
Не могу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	13,85±1,50	9,57±3,03	12,99±2,71	15,77±2,18

В цей же час з числа всіх респондентів практично одна четверта не змогли визначитися щодо «Переведення окремих закладів охорони здоров'я на роботу в системі соціального забезпечення» (24,10±1,86%, $p \leq 0,005$) та щодо «Створення закладів охорони здоров'я медсестринського догляду» (22,96±1,83%, $p \leq 0,005$), та не змогли оцінити дані пропозиції до стратегічного плану розвитку – у зв'язку з недостатньою інформованістю у 13,85±1,50% ($p \leq 0,05$) та 12,33±1,43% ($p \leq 0,05$), відповідно.

Аналіз оцінки респондентами стратегічних напрямків реформування за групами опитаних показав, що високу підтримку «Удосконаленню та подальшому розвитку структур громадського здоров'я» дали учасники опитування 3-ої групи – 88,89±1,88% та у більшій мірі підтримали «Подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у напрямку підтримки приватної практики первинної медичної допомоги» – 67,74±2,80%. В цей же час організатори охорони здоров'я зі стажем роботи більше 20 років (1-а група) у 76,60±4,37% випадків підтримали «Приєднання відомчих закладів охорони здоров'я до єдиного лікарняного простору території», тоді як у інших групах більш помірковано оцінили цей напрямок реформування. Практично одна четверта опитаних 1-ої групи не підтримали – «Відновлення роботи санітарно-епідеміологічної служби» (26,60±4,56%, $p \leq 0,005$) та не визначились з питань: «Створення університетських лікарень на базі закладів охорони здоров'я або об'єднання

потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів» (22,34±4,30%, $p \geq 0,05$) і «Подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у напрямку підтримки приватної практики первинної медичної допомоги» (24,47±4,43%, $p \leq 0,05$).

В цілому, оцінювання організаторами охорони здоров'я стратегічних напрямків розвитку галузі показав, що у 755 випадках (13,02±0,51%, $p \leq 0,005$) вони не змогли висловити свій погляд на ці напрямки у зв'язку з тим, що ще не встигли визначитися з даного питання, а у 409 випадках (7,06±0,39%, $p \leq 0,005$) у зв'язку з недостатньою поінформованістю. В 6,05±0,31% ($p \leq 0,05$) випадків респонденти були проти тих чи інших напрямків реформування. Суттєвої різниці у групах опитаних не було встановлено.

На думку фахівців з організації і управління охороною здоров'я важливу роль у професійній діяльності відіграє інформаційне забезпечення [13, 14]. Так, опитаними перше місце у користуванні відведено вітчизняним інтернет-ресурсам (сайти Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, інших міністерств та відомств) – 80,65±1,72% ($p \leq 0,05$) (табл. 5). Позитивним необхідно зазначити значний відсоток посилок респондентів (63,95±2,09%, $p \geq 0,05$) на інформацію з наукових публікацій в журналах, матеріалах конференцій, з'їздів, семінарів-тренінгів тощо.

Таблиця 5. Використання організаторами охорони здоров'я джерел інформації (%)

Джерела інформації що використовуються у своїй професійній діяльності	Разом (527)	1-а група (94)	2-а група (154)	3-я група (279)
Інтернет-ресурси вітчизняні (сайти Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, інших міністерств та відомств)	80,65±1,72	88,30±3,32	85,71±2,82	75,27±2,58
Інтернет-ресурси зарубіжні (сайти ВООЗ, Світового Банку, ЮНІСЕФ, ПРООН, міністерств охорони здоров'я інших країн тощо)	58,82±2,14	40,43±5,06	54,55±4,01	67,38±2,81
Наукові публікації в журналах, матеріалах конференцій, з'їздів, семінарів-тренінгів тощо	63,95±2,09	61,70±5,01	62,99±3,89	65,23±2,85
Публікації в центральних та місцевих ЗМІ	19,35±1,72	27,66±4,61	19,48±3,19	16,49±2,22
Прес-релізи, інформаційні матеріали, нормативно-правові документи місцевих органів влади, в т.ч. структур охорони здоров'я виконавчих структур	40,99±2,14	50,00±5,16	40,91±3,96	37,99±2,91

Необхідно відзначити, що організатори охорони здоров'я з великим стажем роботи (1-а група) найбільшу увагу приділяли власне цим джерелам інформації, а фахівці з 3-ої групи – окрім цього значну кількість інформації черпають із зарубіжних інтернет-ресурсів (сайти ВООЗ, Світового Банку, ЮНІСЕФ, ПРООН, міністерств охорони здоров'я інших країн тощо) – 67,38±2,81%.

На запитання про «доступність інформації щодо територіальних змін надання медичної допомоги у процесі адміністративно-територіальної реформи в країні» респонденти відповіли, що вона у 30,36±2,00% ($p \leq 0,001$) є погано доступною, а у 13,47±1,49% ($p \leq 0,001$) – респонденти не змогли відповісти на це запитання. Суттєвої різниці у групах опитаних не було встановлено.

Висновки

Проведене соціологічне дослідження виразило ставлення організаторів охорони здоров'я до реформування галузі охорони здоров'я.

1. Встановлено, що ключовою проблемою галузі охорони здоров'я України на думку організаторів охорони здоров'я є «недостатність фінансових ресурсів для

забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування» (78,56±1,79% респондентів).

2. Опитаними вказано, що першочергового вирішення при реформуванні галузі охорони здоров'я України належать приділити підготовці стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави так і на місцевому рівні (63,57±2,10%).

3. До числа важливих елементів при стратегічному плануванні розвитку системи охорони здоров'я держави респондентами віднесено впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності (94,31±1,01%).

4. Респонденти у значній величині (43,83±2,16%) зазначили на відсутність або ж низьку доступність інформації щодо територіальних змін надання медичної допомоги у процесі адміністративно-територіальної реформи в країні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробленням моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню з врахуванням адміністративно-територіальних змін.

Література

1. Свяневич Павел. Які переваги насправді може створити адміністративно-територіальна реформа. URL: <https://decentralization.gov.ua/admin/articles/13582.html>.
2. Вороненко ЮВ, Кошова СП, Михальчук ВМ, Радиш ЯФ. Здоров'я громадян України – важлива складова національної безпеки та потенціалу суверенітету держави. Україна. Здоров'я нації. 2021;3(65):5–13. DOI:10.24144/2077-6594.3.1.2021.240802.
3. Любінець О, Мілашовська В. Медико-демографічне становище – важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню. Acta Medica Leopoliensia. 2021;27(3-4):108-125. DOI:10.25040/aml2021.3-4.108.
4. Elbanna S., Andrews R., Pollanen R. Strategic Planning and Implementation Success in Public Service Organizations. Public Management Review. 2016;18(7):1017-1042. DOI:10.1080/14719037.2015.1051576.
5. Бахнівський ВС, Шушковська ЮЮ. Міждисциплінарний взаємозв'язок у викладанні організації охорони здоров'я та внутрішньої медицини як компонент реалізації Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні. Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр.: тези доповідей навчально-методичної конференції, 25 березня 2015 року. Вінниця, 2015:11–12.
6. Запорожан ЛП, Кравець НО. Стратегія планування соціальних програм у громадському здоров'ї. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021;1(87):66-69. DOI:10.11603/1681-2786.2021.1.12149.
7. Качмарська МО, Любінець ОВ. Стосовно оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її регіонах. Україна. Здоров'я нації. 2022;1(67):7-16. DOI:10.24144/2077-6594.1.1.2022.254629.
8. Лехан ВМ, Крячкова ЛВ, Заярський МІ, Максименко ОП. Обґрунтування необхідності формування управлінських компетентностей у лікарів на додипломному етапі їх навчання та підвищення ефективності підготовки управлінських кадрів системи охорони здоров'я. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2016;16(2):265–271.
9. Пилипець ЯД, Любінець ОВ, Ходор ОЄ. Раціоналізація кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я. Медицина транспорту України. 2012;3:100–103.
10. Подоляка ВЛ, Слабкий ГО. Післядипломна підготовка організаторів охорони здоров'я до застосування інформаційних технологій в управлінні. Таврический медико-биологический вестник. 2004;5(1):190–193.
11. Комар ВС. Задоволеність пацієнтів як показник якості відновного лікування в санаторно-курортних умовах. Україна. Здоров'я нації. 2016;4(40):176-181.
12. Шагило ВЙ. Результати соціологічного дослідження обізнаності медичної громади в актуальних питаннях щодо парентеральних вірусних гепатитів. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2006; 1:21–25.

13. Лехан ВМ, Крячкова ЛВ, Борвінко ЕВ, Канюка ГС. Шляхи задоволення інформаційних потреб керівників закладів охорони здоров'я. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Організація та управління охороною здоров'я», 18-20 жовтня 2016 року: матеріали конференції. Київ, 2016:47–47.

14. Лінніков СВ, Миронюк ІС. До питання оцінки ефективності інформаційно-комунікаційних кампаній у системі громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2022;3(69):5-11. DOI:10.24144/2077-6594.3.1.2022.266021.

References

1. Svyanevich Pavel. What advantages can administrative and territorial reform actually create. URL: <https://decentralization.gov.ua/admin/articles/13582.html>.

2. Voronenko YV, Koshova SP, Mihalchuk VN, Radysh YF. Citizens' health of Ukraine is an important component of national security and potential of state sovereignty. Ukraine. Nation's Health. 2021;3(65):5–13. DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240802.

3. Lyubinetz O, Milashovska V. Medical and demographic situation is an important factor in the strategic planning of the organization of medical care for the population. Acta Medica Leopoliensia. 2021;27(3-4):108-125. DOI.org/10.25040/aml2021.3-4.108.

4. Elbanna S., Andrews R., Pollanen R. Strategic Planning and Implementation Success in Public Service Organizations. Public Management Review. 2016;18(7):1017-1042. DOI:10.1080/14719037.2015.1051576.

5. Bahnivskiy VS, Shushkovska YuYu. Interdisciplinary relationship in the teaching of the organization of health care and internal medicine as a component of the implementation of the National Strategy for the construction of a new health care system in Ukraine. Problems and prospects of the higher medical school in the development and implementation of the national strategy of building a new health care system in Ukraine for the period 2015-2025: abstracts of the reports of the educational and methodological conference, March 25, 2015. Vinnytsia, 2015:11–12.

6. Zaporozhan L. P., Kravets N. O. Social program planning strategy in public health. Bulletin of social hygiene and health protection organization of Ukraine. 2021;87(1):66-69. DOI 10.11603/1681-2786.2021.1.12149.

7. Kachmarska MO, Lyubinetz OV. Regarding the assessment of the level of public health in Ukraine and its regions. Ukraine. Nation's Health, 2022;1(67):7-16. DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254629.

8. Lekhan VN, Kryachkova LV, Zayarsky NI, Maksymenko OP. Substantiation of the necessity to develop managerial competencies of health care professionals during undergraduate training. Actual Problems of the Modern Medicine: Bulletin of Ukrainian Medical Stomatological Academy. 2016;16(2):265–271.

9. Pylypets YD, Lyubinetz OV, Khodor OE. Rationalization of human resources in the health care system. Medicine of Ukrainian transport. 2012;3:100–103.

10. Podoliaka VL, Slabky GO. Postgraduate training of health care organizers in the use of information technologies in management. Tavrichesky medical and biological journal. 2004;5(1):190–193.

11. Komar VS. Patient satisfaction as an indicator of the quality of restorative treatment in sanatorium-resort conditions. Ukraine. Nation's Health, 2016;4(40):176-181.

12. Shatylo VY. The results of a sociological study of the medical community's awareness of topical issues regarding parenteral viral hepatitis. Bulletin of social hygiene and health care organizations of Ukraine. 2006;1:21–25.

13. Lekhan VM, Kryachkova LV, Borvinko EV, Kanyuka GS. Ways to meet the information needs of managers of health care institutions. Scientific and practical conference with international participation "Organization and management of health care", October 18-20, 2016: conference materials. Kyiv, 2016:47–47.

14. Linnikov SV, Myroniuk IS. To the issue of evaluating the effectiveness of information and communication campaigns in the public health system. Ukraine. Nation's Health. 2022;3(69):5–11. DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266021.

Дата надходження рукопису до редакції: 24.10.2022 р.

Мета роботи: визначення організаторами охорони здоров'я пріоритетів у проведенні структурних реформ у галузі охорони здоров'я, у т. ч. в час адміністративно-територіальної реформи.

Матеріали та методи. Опитано 527 слухачів курсів спеціалізації та тематичного удосконалення, які проходили навчання на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Використано наступні методи дослідження – соціологічного опосередкованого опитування та медичної статистики.

Результати. Респондентами виділено ключові проблеми системи охорони здоров'я України: – недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування (78,56±1,79% опитаних); – недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази щодо регулювання відносин у системі охорони здоров'я (46,87±2,17%); – відсутність розуміння на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади щодо місця системи охорони здоров'я у суспільстві (40,42±2,14%). До заходів першочергового вирішення при проведенні реформування галузі у т. ч. в час адміністративно-територіальних змін ними віднесено: – підготовку

стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави, так і на місцевому рівні, в т. ч. з використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів (63,57±2,10% респондентів); – встановлення ступеня оплати праці та соціального захисту медичних працівників на середньоєвропейському рівні (55,98±2,16%); – підвищення уваги до профілактичного спрямування надання медичної допомоги (35,86±2,09%). До числа важливих елементів при стратегічному плануванні розвитку системи охорони здоров'я держави респондентами віднесено: – впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності (94,31±1,01%); – пріоритетність у забезпеченні здоров'я матері та дитини, статевого, репродуктивного та психічного здоров'я (92,03±1,18%); – розробка політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я на найближчу та дальшу перспективу (88,43±1,39%).

Висновки. Встановлено, що ключовими проблемами галузі охорони здоров'я України, на думку організаторів охорони здоров'я, є недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування». Першочергового вирішення при реформуванні галузі охорони здоров'я України належать приділити підготовці стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави так і на місцевому рівні. Респондентами зазначено відсутність або ж низьку доступність інформації щодо територіальних змін надання медичної допомоги населенню у процесі адміністративно-територіальної реформи в країні (43,83±2,16%).

Ключові слова: соціологічне опитування, галузь охорони здоров'я, адміністративно-територіальна реформа.

Purpose: determination by healthcare organizers of priorities in carrying out structural reforms in the field of healthcare, including during administrative and territorial reform.

Materials and methods. 527 students of specialization and thematic improvement courses who studied at the Public Health Department of the Faculty of Postgraduate Education of Danylo Halytsky Lviv National Medical University were interviewed. The following research methods were used – sociological indirect survey and medical statistics.

Results. Respondents highlighted the key problems of the healthcare system of Ukraine: – insufficient financial resources to ensure the effective operation of the healthcare system from state funding sources (78.56±1.79% of respondents); – imperfection of the legislative and regulatory framework regarding the regulation of relations in the health care system" (46.87±2.17%); – lack of understanding at all levels of legislative and executive power regarding the place of the health care system in society (40.42±2.14%). Among the measures of priority solution when carrying out the reform of the industry, including during administrative and territorial changes, include: – the preparation of strategic plans for the functioning of the health care system, both at the state level and at the local level, including with the use of financial, material, technical and personnel resources (63.57±2.10% of respondents); – establishing the degree of remuneration and social protection of medical workers at the average European level (55.98±2.16%); – increased attention to the preventive direction of providing medical care (35.86±2.09%). Among the important elements in the strategic planning of the development of the health care system of the state, the respondents included: – implementation of strict methods of monitoring the safety of water, food products, and the living environment (94.31±1.01%); – priority in ensuring the health of the mother and child, sexual, reproductive and mental health (92.03±1.18%); – development of policies and strategies in the field of disease prevention, protection, and health promotion for the near and long term (88.43±1.39%).

Conclusions. It was established that the key problems of the health care sector of Ukraine, according to health care organizers, are the lack of financial resources to ensure the effective operation of the health care system from state funding sources. The preparation of strategic plans for the functioning of the healthcare system, both at the state level and at the local level (63.57±2.10%), should be given priority in reforming the healthcare sector of Ukraine. Respondents indicated the absence or low availability of information regarding territorial changes in the provision of medical care to the population in the process of administrative-territorial reform in the country (43.83±2.16%).

Key words: sociological survey, health care industry, administrative and territorial reform.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Мілашовська Вікторія Олегівна – аспірант кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; 79005, м. Львів, вул. Зелена, 12.
+380 (32) 275-95-36, vmilashovska@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-8082-5103.

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 (63) 249-84-72, pulmo@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-5036-6268.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277066
УДК 614:616.31

Мочалов Ю.О., Гелей Н.І.,
Цуперяк С.С., Безкоровайна Л.П.¹, Кулинич М.О.

Окремі аспекти надання стоматологічної медичної допомоги населенню України протягом 2021 року

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

¹Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Mochalov I.O., Helei N.I.,
Tsuperyak S.S., Bezkorovaina L.P.¹, Kulynych M.O.

Certain aspects of dental medical care providing to the population of Ukraine during 2021

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

¹O.O. Bogomolets National Medical University,
Kyiv, Ukraine

yuriy.mochalov@uzhnu.edu.ua

Вступ

Значна кількість проведених епідеміологічних та зрізових досліджень вказують на зростання захворюваності на карієс зубів та захворювання пародонту в дорослого та дитячого населення загалом у світі. Низький рівень стоматологічного здоров'я чинить негативний вплив на загальне здоров'я індивіда, а також може негативно впливати на його комунікаційну активність та соціалізацію, економічну активність. Стоматологічне здоров'я є невіддільним компонентом формування рівня якості життя індивіда. Дослідження якості життя, доступності різних видів необхідної медичної допомоги, та ефективності різних інтервенційних впливів на ці категорії є актуальною проблемою стоматології та громадського здоров'я [1-4]. Тому для збору необхідної інформації можуть бути використані різні джерела – зрізові епідеміологічні дослідження, опитування фахівців, експертна оцінка, вивчення звітів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та страхових організацій, а також – результати самостійної оцінки власного рівня здоров'я населенням та доступності медичної допомоги. Такі методи дозволяють додатково оцінити проблему зі сторони споживача медичних послуг та акцептора медичної допомоги. Варто зазначити, що в Україні таких системних досліджень в стоматології не проводилося. На сьогодні цінність стоматологічного здоров'я є малодослідженою категорією в Україні та світі [5,6]. Переважна більшість публікацій та досліджень стосуються методів лікування та профілактики стоматологічних захворювань, можна судити про нозоцентричний напрям розвитку галузі. Концептуальні моделі стоматологічного здоров'я для дитячого та дорослого населення були розроблені не так давно і продовжують досліджуватися. Уточнення даних щодо звернення за медичною стоматологічною допомогою, які отримуються від населення, є важливим додатковим методом відображення актуальної та оперативної ситуації в

роботі галузі охорони здоров'я та можуть бути використані для прийняття рішень в управлінні та розробці профілактичних та лікувальних програм для населення. Як вже зазначалося в ряді публікацій, поширеність стоматологічних захворювань є нерівномірною в популяції та часто залежить від соціально-економічних факторів, ефективності державної та регіональної політики в галузі охорони здоров'я, екологічних та культурних умов [7-12]. Тому одним із варіантів взаємодії із населенням є застосування методики самостійної оцінки рівня здоров'я та стоматологічного здоров'я зокрема.

Мета дослідження – встановити особливості структури звертання населення України до закладів охорони здоров'я для надання стоматологічної медичної допомоги за даними вибіркового опитування домогосподарств у 2021 році.

Матеріали та методи

Для проведення запланованого дослідження було використано дані статистичного збірника Державної служби статистики України «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2021 року)». Для проведення розрахунків та графічного відображення даних було використано програмний пакет Microsoft Excel 2016. Із відкритих даних збірника було окремо визначено кількість населення, які зверталися по стоматологічну медичну допомогу у віковому розрізі та відносно форми власності ЗОЗ, де така допомога надавалася [13].

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до результатів вибіркового опитування населення України, 50,2% населення вказало, що має добрий стан здоров'я, 39,7% – задовільний, та 10,1 –

поганим. Певні відмінності були визначено в залежності від місця проживання – 51,6% жителів міст вважали свій стан здоров'я хорошим, тоді як серед жителів сіл таких було 47,2%. Задовільним стан свого здоров'я вважали 38,90% жителів міст та 41,4% жителів сільської місцевості. Також поганим свій стан здоров'я більше вважали жителі сіл – 11,4%, проти містян – 9,5%.

Проведений аналіз структури звернень протягом року за медичною допомогою дозволив судити про загальну тенденцію – скорочення частки звернень до поліклініки загалом (за винятком стоматологічної допомоги), загалом у структурі таких звернень зменшилося із 46,7% до 41,6%. Причому таке явище було більш виражено у жителів села – серед жителів міста протягом року обсяг звернень до поліклініки знизився із 47,5% до 43,5%, а в жителів села – із 44,9% до 37,3%. На протизага, спостерігалось збільшення обсягу відвідувань сімейного лікаря в структурі Центрів первинної медико-

санітарної допомоги (ЦПСМД) – загалом із 84,8% до 90,5%. У жителів міст такий показник зріс із 84,2% до 90,1%, а у селян – з 86,3% до 91,3%. Стосовно звернень до лікаря-стоматолога (в ЗОЗ всіх форм власності), то спостерігалось незначне зниження – із 20,8% до 19,3%. Причому, таке зниження спостерігалось у міського населення – із 22,2% до 19,6%, тоді, як у жителів сільської місцевості навпаки, обсяг звернень до лікарів-стоматологів за медичною допомогою зазнав незначного зростання – з 17,6% до 18,7%. Якщо проаналізувати розподіл звернень за формою власності ЗОЗ стоматологічного профілю, то можна виявити, що обсяг звернень до лікарів-стоматологів у «бюджетних» ЗОЗ знизився в загальному із 11,0% до 9,5%, що відбулося за рахунок такого зменшення у жителів міст (з 11,1% до 9,9%). Тоді, як у жителів сіл обсяг звернення до лікарів-стоматологів «бюджетних» ЗОЗ незначно зріс протягом двох років із 8,6% до 8,8% (табл. 1).

Таблиця 1. Аналіз звернення за медичною допомогою первинного та вторинного рівнів та стоматологічною допомогою у населення, 2020-2021 рр.

	Всього		Місто		Село	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Кількість звернень за мед. допомогою, тис.	29396,8	29647,6	20167,5	20475,9	9229,3	9171,7
Поліклініка, окрім стоматолога, %	46,7	41,6	47,5	43,5	44,9	37,3
Сімейний лікар в поліклініці, %	84,8	90,5	84,2	90,1	86,3	91,3
До стоматолога в «бюджетному» ЗОЗ, %	11,0	9,5	11,9	9,3	9,0	9,9
До приватного стоматолога, %	9,8	9,8	10,3	10,3	8,6	8,8
До стоматолога загалом, %	20,8	19,3	22,2	19,6	17,6	18,7
Співвідношення відвідувань стоматолога/сімейного лікаря	1/4	1/5	1/4	2/9	1/5	1/5
Співвідношення відвідувань стоматолога/поліклініка (крім стоматолога)	4/9	1/2	1/2	4/9	2/5	1/2

Таку ситуацію можна пояснити проходженням етапів реформи охорони здоров'я в Україні, що супроводжувалося різким зниженням державного фінансування стоматологічної допомоги та початком дії законодавчих обмежень такої можливості для місцевих бюджетів. Загалом, за два роки співвідношення відвідувань лікаря-стоматолога до відвідувань сімейного лікаря зменшилося з 1:4 до 1:5.

Ретельний аналіз обсягів відвідувань за статтю та віком у 2021 році дозволив виявити ряд фактів. У підгрупі пацієнтів, які належали до дитячого віку загальна кількість пацієнтів, які зверталися по медичну допомогу становила 6641,2 тис., у такому розподілі переважала підгрупа віком 7-13 років. Переважно звернення були до сімейного лікаря, які загалом у пацієнтів дитячого віку становили 89,5% і коливалися в вікових підгрупах від 84,0% у дітей віком до 3 р., до 92,8 у дітей віком 14-15 рр. Звернення до інших спеціалістів поліклінічної допомоги були на третьому місці – загалом 48,2%, і коливалися в підгрупах від 44,9% до 50,9% (табл. 2).

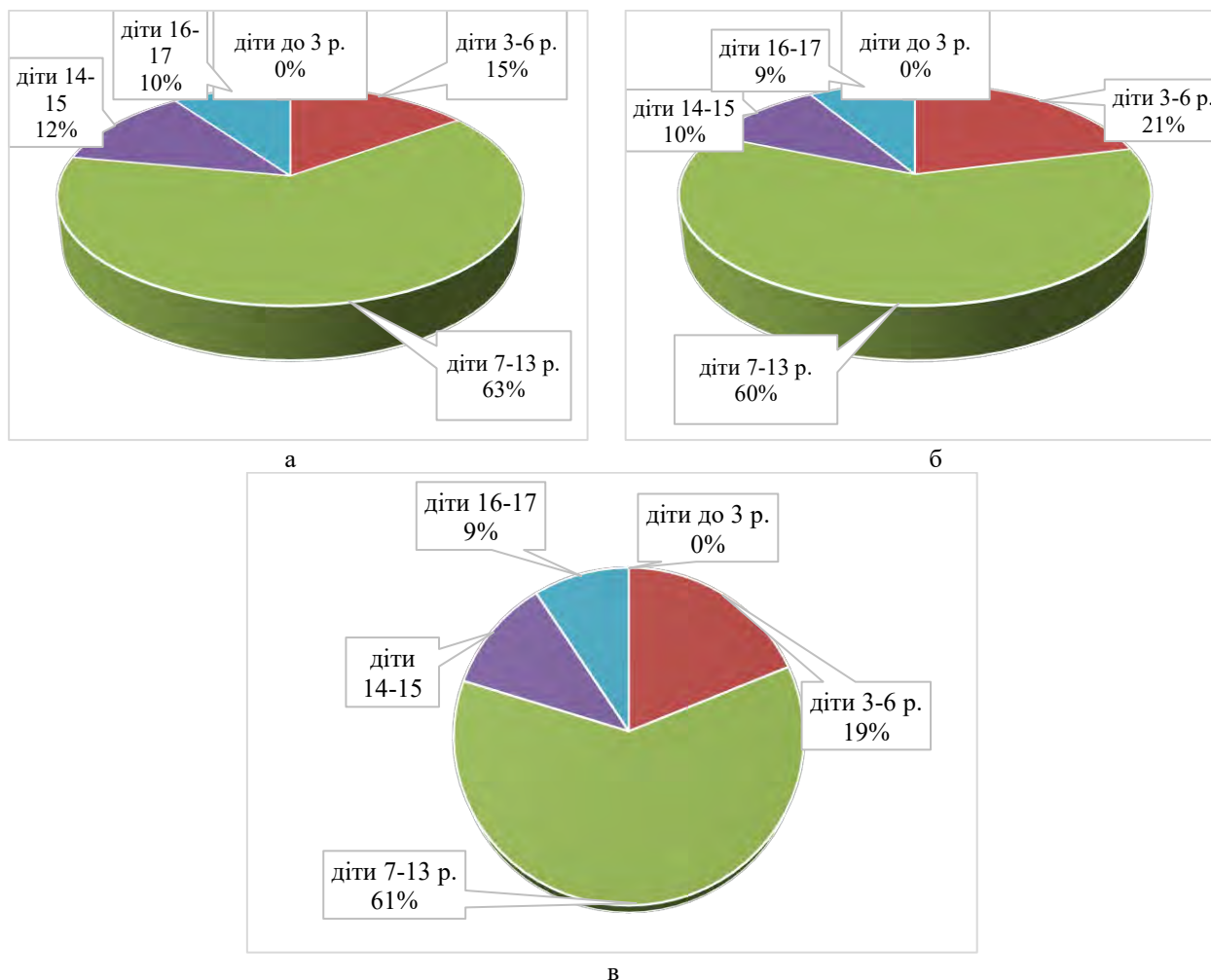
Випадків звернення до лікарів-стоматологів загалом у структурі було 17,6%, показник коливався від 0,0% у

пацієнтів віком до 3 років і до 24,6% у підгрупі 7-13 років. Варто зазначити, що рекомендації щодо здійснення першого візиту дитини до лікаря-стоматолога (для проведення настановних консультацій з приводу догляду за порожниною рота для батьків) одразу після прорізування першого тимчасового зуба – не дотримуються. Як видно в таблиці, пацієнти дитячого віку переважно обслуговуються в «бюджетних» ЗОЗ – 10,6%, проти – 7,0, які зверталися до приватних. Найбільше переважання звернень до «бюджетних» закладів спостерігалось в віковій підгрупі від 3 до 6 років – 10,2% до 4,8%.

Загалом у структурі відвідувань лікаря-стоматолога переважала вікова підгрупа «7-13 років» (61,0%), серед дітей 3-6 років відвідувало лікаря-стоматолога 19,0%, група 14-15 років становила 11,0%, група 16-17 років – 9,0% і наймолодша вікова група (0-3 років) не відвідували лікаря. Аналіз відмінностей у віковій структурі відвідувачів стоматологічних ЗОЗ дитячого віку у закладах різної форми власності дозволив виявити незначні окремі відмінності. Так, у приватних ЗОЗ вікова підгрупа «3-6 років» становила 15,0%, тоді як в ЗОЗ «бюджетної» форми власності (рис. 1) зазначена вікова підгрупа становила 21,0%.

Таблиця 2. Структура звернення за медичною допомогою (сімейний лікар, поліклінічна, стоматологічна) у дитячого населення у 2021 р.

	Діти всього	Діти до 3 р.	Діти 3-6 р.	Діти 7-13 р.	Діти 14-15 р.	Діти 16-17 р.
Кількість звернень за мед. допомогою, тис.	6641,2	797,1	1457,1	2908,4	829,7	648,9
Поліклініка, окрім стоматолога, %	48,2	44,9	45,0	50,9	50,1	45,1
Сімейний лікар в поліклініці, %	89,5	84,0	89,1	89,6	92,8	92,7
До стоматолога в «бюджетному» ЗОЗ, %	10,6	0,0	10,2	14,6	8,7	9,4
До приватного стоматолога, %	7,0	0,0	4,80	10,0	6,9	7,0
До стоматолога всього, %	17,6	0,0	15,0	24,6	15,5	16,4



Тут і далі: а – приватні; б – «бюджетні»; в – загалом

Рис. 1. Вікова структура відвідувачів стоматологічних закладів охорони здоров'я (дітей) в Україні у 2021 р.

Такі дані показують, що батьки дітей віком 3-6 років частіше зверталися до державних та комунальних ЗОЗ за допомогою.

Аналіз звернень за амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою у дорослого населення показав, що найчастіше і чоловіки, і жінки зверталися до сімейного лікаря (поліклініка/ЦПСМД) – близько 91% і у вікових підгрупах 18-29 років, 30-59 років та від 60 років істотної

різниці не були. Також незначно відрізнялася частота звернень до інших фахівців вторинної ланки медичної допомоги (за виключенням стоматології). Але звертання до лікаря-стоматолога відрізнялося за статтю – чоловіки зверталися загалом менше (17,6%), ніж жінки (21,4). Також були відмінності в частоті звернень серед вікових підгруп. Так, вікова підгрупа «18-29 років» відрізнялася неістотно – 23,1% у чоловіків та 26,9% у жінок, незначно

переважали звернення до приватної ланки стоматологічних ЗОЗ. Тоді як в підгрупі «30-59 років» до стоматолога серед чоловіків зверталися 18,5%, а у жінок – 25,9%, також переважали звернення до приватних ЗОЗ. Старша вікова підгрупа (від 60 років) не мала суттєвої різниці у частоті звернення до стоматолога

протягом року, спостерігалось значне переважання звернень до «бюджетних» ЗОЗ – майже вдвічі, що може свідчити про вищу доступність для такого контингенту населення стоматологічної медичної допомоги в таких закладах (табл. 3).

Таблиця 3. Структура звернення за медичною допомогою (сімейний лікар, поліклінічна, стоматологічна) у дорослого населення у 2021 р.

	Чоловіки				Жінки			
	18 р. і старше	18-29 р.	30-59 р.	60 р. і старші	18 р. і старше	18-29 р.	30-59 р.	60 р. і старші
Кількість звернень, тис.	9544,6	1605,4	5432,1	2507,1	13461,8	1658,3	7000,3	4803,2
Поліклініка, окрім стоматолога, %	39,6	43,3	40,0	36,4	39,8	39,6	42,8	35,4
Сімейний лікар в поліклініці, %	90,6	87,3	89,5	95,2	90,9	88,6	89,1	94,3
До стоматолога в «бюджетному» ЗОЗ, %	8,4	10,6	8,0	8,0	9,7	12,2	10,6	7,5
До приватного стоматолога, %	9,20	12,5	10,5	4,4	11,7	14,7	15,3	5,3
До стоматолога всього, %	17,6	23,1	18,5	12,4	21,4	26,9	25,9	12,8
Співвідношення відвідувань стоматолога/ сімейного лікаря	1/5	1/4	1/5	1/8	1/4	1/3	2/7	1/7
Співвідношення відвідувань стоматолога/ поліклініки (крім стоматолога)	4/9	1/2	1/2	1/3	1/2	2/3	3/5	1/3

Якщо проаналізувати співвідношення звернень до лікаря-стоматолога відносно звернень до сімейних лікарів, то у дорослих чоловіків воно становило 1:5, а в жінок – 1:4. Стосовно співвідношення відвідувань лікаря-стоматолога до відвідувань інших спеціалістів амбулаторно-поліклінічної ланки (виключаючи сімейних лікарів), то воно загалом у чоловіків становило 4:9, а в жінок – 1:2. Стосовно вікових підгруп, то таке співвідношення також максимально відрізнялося у «30-59 років».

Подальший аналіз вікової структури відвідування дорослим населення стоматологічних ЗОЗ показав загальне переважання вікової підгрупи «30-59 років» і приблизно однакові показники в підгрупах «18-29 років» та «60 років і старші». Якщо проаналізувати окремо «бюджетні» та приватні ЗОЗ, то в перших спостерігається значна частка (понад чверть) відвідувачів вікової підгрупи «60 років і старші».

Отримані дані можуть свідчити про доцільність роботи «бюджетних» стоматологічних ЗОЗ, оскільки саме

вони є закладами для обслуговування пацієнтів старшого віку, які переважно не належать до економічно активної групи населення, а також дітей віком 3-6 років, що є надзвичайно важливим в ході навчання догляду за порожниною рота, проведення інших заходів профілактики стоматологічних захворювань, що сприяють зміцненню стоматологічного здоров'я.

Перспективи подальших досліджень

Встановлення обсягів, умов та ефективності профілактики та лікування стоматологічних захворювань у населення України є актуальним завданням для системи охорони здоров'я. Збільшення доступності та охоплення населення лікувально-профілактичними заходами можуть виступати фактором змінення стоматологічного здоров'я популяції.

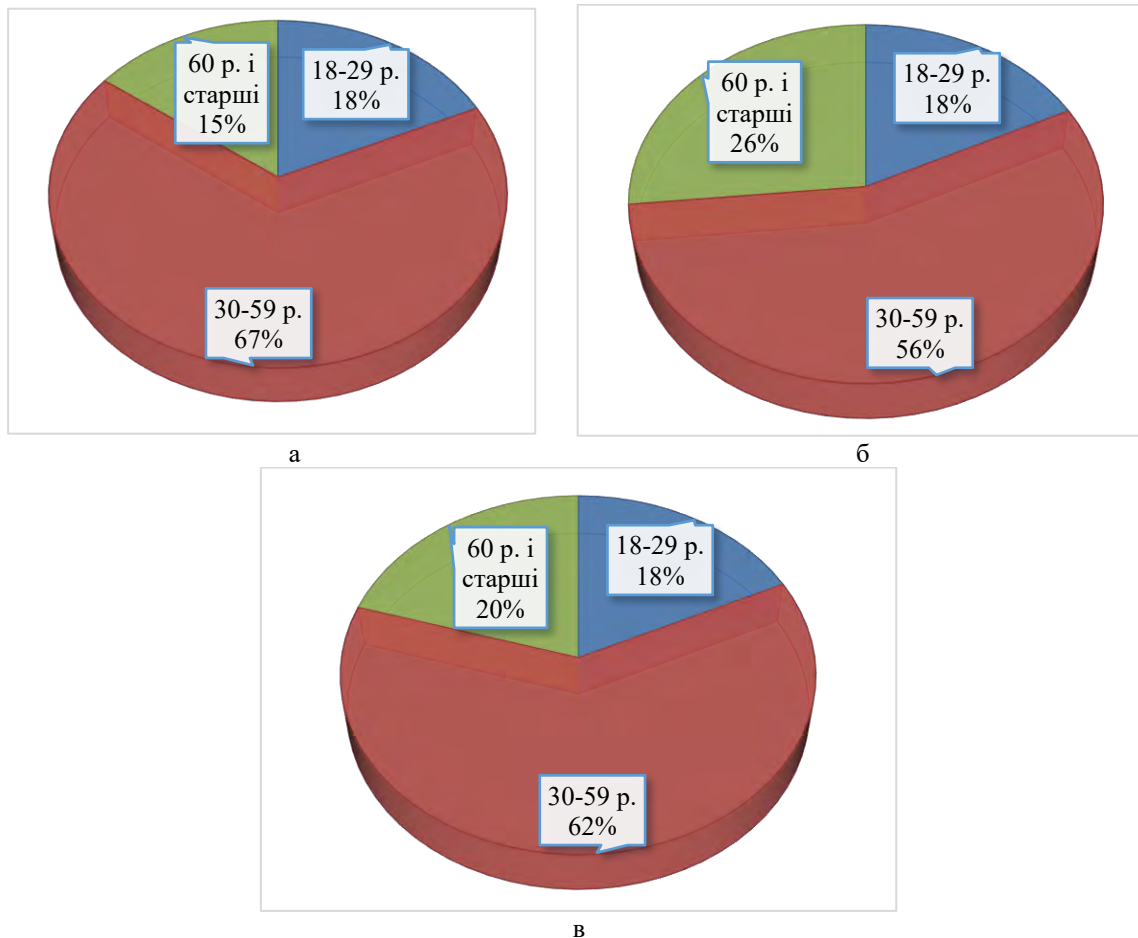


Рис. 2. Вікова структура дорослих відвідувачів стоматологічних закладів охорони здоров'я в Україні у 2021 р.

Висновки

Отже, аналіз даних офіційного статистичного збірника дозволив за даними вибіркового опитування домогосподарств непрямым способом визначити місце звернення за стоматологічною медичною допомогою у населення України за 2021 рік. Переважно населення країни зверталось до сімейного лікаря (поліклінічна ланка) – 90,5%, до інших фахівців поліклінічного рівня – 41,6%. 19,0% населення країни зверталось до лікаря-стоматолога хоча б один раз протягом року. Показано, що пацієнти дитячого віку переважно зверталися до закладів

охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, а дітей віком до 3 років не водили до лікаря взагалі, що є негативною тенденцією щодо формування рівня стоматологічного здоров'я. Вікова структура відвідувачів-дітей в стоматологічних ЗОЗ різної форми власності відрізнялася незначно.

Аналіз особливостей відвідувань лікаря-стоматолога дорослим населенням показав загалом меншу частоту відвідування у пацієнтів чоловічої статі, пацієнти молодого та середнього віку частіше відвідували приватні стоматологічні ЗОЗ, пацієнти віком від 60 років частіше зверталися до «бюджетних» закладів.

Література

1. An R, Li S, Li Q, Luo Y, Wu Z, Liu M, Chen W. Oral Health Behaviors and Oral Health-Related Quality of Life Among Dental Patients in China: A Cross-Sectional Study. Patient Prefer Adherence. 2022;16:3045-3058. doi: 10.2147/PPA.S385386. PMID: 36387048; PMCID: PMC9651070.
2. Novak B, Matajs M, Sangalli AE, Pruts H, Korpasova A, Leptos N, Stanko P, Tinak M, Kosticova M. Evaluation of Mobile and Community Dental Service Use among People Experiencing Homelessness. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(1):845. doi: 10.3390/ijerph20010845. PMID: 36613167; PMCID: PMC9819721.
3. Fiorillo L. Oral Health: The First Step to Well-Being. Medicina (Kaunas). 2019;55(10):676. doi: 10.3390/medicina55100676. PMID: 31591341; PMCID: PMC6843908.

4. Edwards CB, Randall CL, McNeil DW. Development and Validation of the Oral Health Values Scale. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021 Oct;49(5):454-463. doi: 10.1111/cdoe.12621. Epub 2021 Mar 18. PMID: 33734475; PMCID: PMC8518540.
5. Amilani U, Jayasekara P, Perera IR, Carter HE, Senanayake S, Kularatna S. Oral impact on daily performance (OIDP) scale for use in Sri Lankan adolescents: a cross sectional modification and validation study. *BMC Oral Health.* 2020 Jan 21;20(1):16. doi: 10.1186/s12903-020-1006-z. PMID: 31964367; PMCID: PMC6975056.
6. Zini A, Büssing A, Chay C, Badner V, Weinstock-Levin T, Sgan-Cohen HD, Cochardt P, Friedmann A, Ziskind K, Vered Y. Validation of an innovative instrument of Positive Oral Health and Well-Being (POHW). *Qual Life Res.* 2016 Apr;25(4):847-58. doi: 10.1007/s11136-015-1142-0. Epub 2015 Oct 3. PMID: 26433953.
7. Gumà J. What influences individual perception of health? Using machine learning to disentangle self-perceived health. *SSM Popul Health.* 2021 Dec 9;16:100996. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100996. PMID: 34917748; PMCID: PMC8669356.
8. Olsson M, Currow DC, Ekström MP. Exploring the most important factors related to self-perceived health among older men in Sweden: a cross-sectional study using machine learning. *BMJ Open.* 2022 Jun 21;12(6):e061242. doi: 10.1136/bmjopen-2022-061242. PMID: 35728903; PMCID: PMC9214374.
9. Singhal S, Mamdani M, Mitchell A, Tenenbaum H, Quiñonez C. An exploratory pilot study to assess self-perceived changes among social assistance recipients regarding employment prospects after receiving dental treatment. *BMC Oral Health.* 2015 Nov 4;15(1):138. doi: 10.1186/s12903-015-0119-2. PMID: 26538109; PMCID: PMC4632367.
10. Случевська ОО, Павленко ОВ, Мочалов ЮО, Шупяцький ІМ. Окремі аспекти поширеності важких форм генералізованого пародонтиту у населення України. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021; 4: 19–24.
11. Мочалов ЮА, Кеян ДН. Отдельные вопросы финансовой доступности и качества стоматологической медицинской помощи для населения в Украине: Дискуссия. *The scientific heritage.* 2021; 71: 43-47.
12. Мочалов ЮО, Ступницький РМ, Шупяцький ІМ, Моложанов ЮО, Кеян ДМ. Прогностична оцінка доступності стоматологічної допомоги для населення України в умовах реформи охорони здоров'я (дискусія). *Сучасна стоматологія.* 2021; 1(105): 96-101.
13. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2021 року. Статистичний збірник. Київ: Державна служба статистики України. 2022. 143 с.

References

1. An R, Li S, Li Q, Luo Y, Wu Z, Liu M, Chen W. Oral Health Behaviors and Oral Health-Related Quality of Life Among Dental Patients in China: A Cross-Sectional Study. *Patient Prefer Adherence.* 2022;16:3045-3058. doi: 10.2147/PPA.S385386. PMID: 36387048; PMCID: PMC9651070.
2. Novak B, Matajs M, Sangalli AE, Pruts H, Korpasova A, Leptos N, Stanko P, Tinak M, Kosticova M. Evaluation of Mobile and Community Dental Service Use among People Experiencing Homelessness. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(1):845. doi: 10.3390/ijerph20010845. PMID: 36613167; PMCID: PMC9819721.
3. Fiorillo L. Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina (Kaunas).* 2019;55(10):676. doi: 10.3390/medicina55100676. PMID: 31591341; PMCID: PMC6843908.
4. Edwards CB, Randall CL, McNeil DW. Development and Validation of the Oral Health Values Scale. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021 Oct;49(5):454-463. doi: 10.1111/cdoe.12621. Epub 2021 Mar 18. PMID: 33734475; PMCID: PMC8518540.
5. Amilani U, Jayasekara P, Perera IR, Carter HE, Senanayake S, Kularatna S. Oral impact on daily performance (OIDP) scale for use in Sri Lankan adolescents: a cross sectional modification and validation study. *BMC Oral Health.* 2020 Jan 21;20(1):16. doi: 10.1186/s12903-020-1006-z. PMID: 31964367; PMCID: PMC6975056.
6. Zini A, Büssing A, Chay C, Badner V, Weinstock-Levin T, Sgan-Cohen HD, Cochardt P, Friedmann A, Ziskind K, Vered Y. Validation of an innovative instrument of Positive Oral Health and Well-Being (POHW). *Qual Life Res.* 2016 Apr;25(4):847-58. doi: 10.1007/s11136-015-1142-0. Epub 2015 Oct 3. PMID: 26433953.
7. Gumà J. What influences individual perception of health? Using machine learning to disentangle self-perceived health. *SSM Popul Health.* 2021 Dec 9;16:100996. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100996. PMID: 34917748; PMCID: PMC8669356.
8. Olsson M, Currow DC, Ekström MP. Exploring the most important factors related to self-perceived health among older men in Sweden: a cross-sectional study using machine learning. *BMJ Open.* 2022 Jun 21;12(6):e061242. doi: 10.1136/bmjopen-2022-061242. PMID: 35728903; PMCID: PMC9214374.
9. Singhal S, Mamdani M, Mitchell A, Tenenbaum H, Quiñonez C. An exploratory pilot study to assess self-perceived changes among social assistance recipients regarding employment prospects after receiving dental treatment. *BMC Oral Health.* 2015 Nov 4;15(1):138. doi: 10.1186/s12903-015-0119-2. PMID: 26538109; PMCID: PMC4632367.
10. Sluchev's'ka OO, Pavlenko OV, Mochalov YuO, Shupyac'ky'j IM. Okremi aspekty' poshy'renosti vazhky'x form generalizovanogo parodonty'tu u naseleण्या Ukrajyny'. *Visny'k social'noyi gigiyeny' ta organizaciyi oxorony' zdorov'ya Ukrajyny'.* 2021; 4: 19–24.

11. Mochalov YuA, Keyan DN. Otdelnyie voprosy finansovoy dostupnosti i kachestva stomatologicheskoy meditsinskoj pomoschi dlya naseleniya v Ukraine: Diskussiya. The scientific heritage. 2021; 71: 43-47.

12. Mochalov IO, Stupny'cz'ky'j RM, Shupycz'ky'j IM, Molozhanov IO, Keyan DM. Prognosty'chna ocinka dostupnosti stomatologichnoyi dopomogy` dlya naselennya Ukrayiny` v umovax reformy` oxorony` zdorov'ya (dy'skusiya). Suchasna stomatologiya. 2021; 1(105): 96-101.

13. Samoocinka naselennyam stanu zdorov'ya ta rivnya dostupnosti okremy'x vy'div medy'chnoyi dopomogy` u 2021 roci (za dany'my` vy'birkovogo opy'tuvannya domogospodarstv u zhovtni 2021 roku. Staty'sty'chny'j zbirny'k. Ky'yiv: Derzhavna sluzhby` staty'sty'ky` Ukrayiny`. 2022. 143 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.10.2022 р.

Мета: встановити особливості структури звертання населення України до закладів охорони здоров'я для надання стоматологічної медичної допомоги за даними вибіркового опитування домогосподарств у 2021 році.

Матеріал та методи. Використано дані статистичного збірника Державної служби статистики України «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2021 року)».

Результати та висновки. Звернення за до лікаря-стоматолога (в приватних та «бюджетних» закладах) у структурі амбулаторно-поліклінічної допомоги займали третє місце (19,3%), діти та пацієнтів віком від 60 років переважно обслуговувалися в «бюджетних» закладах.

Ключові слова: стоматологія, здоров'я, лікування, діти, дорослі.

Aim of research: to establish the peculiarities of the structure of the appeal of the population of Ukraine to health care institutions for the provision of dental medical care according to the data of a sample survey of households in 2021.

Material and methods. The data of the statistical collection of the State Statistics Service of Ukraine "Self-assessment by the population of the state of health and the level of availability of certain types of medical care in 2021 (according to the data of a sample survey of households in October 2021)" were used.

Results and conclusions. Visits to dentists (to private and "budget" institutions) in the structure of outpatient polyclinic care took the third place (19.3%), children and patients over 60 years of age were mainly served in "budget" institutions.

Key words: dentistry, health, treatment, children, adults.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Мочалов Юрій Олександрович – д.мед.н., доцент, професор кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88015, Україна, м. Ужгород, вул. Університетська, 16-А. +380 (67) 994-37-73, yuriy.mochalov@uzhnu.edu.ua, ResearcherID D-2957-2017; ORCID ID 0000-0002-5654-1725, Scopus Author ID: 57205650982.

Гелей Назарій Іванович – д.ф.н., доцент кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88015, Україна, м. Ужгород, вул. Університетська, 16-А. nazariy.heley@uzhnu.edu.ua., ORCID ID 0000-0002-7437-6874.

Цуперяк Сергій Степанович – лікар-стоматолог, аспірант кафедри стоматології післядипломної освіти, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88015, Україна, м. Ужгород, вул. Університетська, 16-А. ORCID ID 0000-0002-6897-5037.

Безкорвайна Лариса Петрівна – лікар-стоматолог, аспірант, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Інститут післядипломної освіти, кафедра стоматології; 03057, Україна, м. Київ, вул. Зоологічна, 1. +380 (67) 467-72-73, larisabp73@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-8363-3214.

Кулинич Марія Олександрівна – лікар-стоматолог-хірург, аспірантка кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін; ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88015, Україна, м. Ужгород, вул. Університетська, 16-А.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277068
УДК 614.23:616-005:614.252.2:378.09.009.12

Сміянов В.А.¹, Брич В.В.²

Інформаційно-комунікаційні технології в охороні здоров'я: європейський досвід, можливості для України

¹Сумський державний університет, м. Суми, Україна
²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Smiyanov V.A.¹, Brych V.V.²

Information and communication technologies in healthcare: European experience, opportunities for Ukraine

¹Sumy State University, Sumy, Ukraine
²Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

vladlor60@ukr.net, valeria.bruch@uzhnu.edu.ua

Вступ

Електронне здоров'я (EHealth) – порівняно недавня практика в галузі охорони здоров'я (далі – ОЗ), яка підтримується електронними процесами та спілкуванням, починаючи з 1999 року. Використання терміну варіабельне: дехто стверджує, що це широке поняття, що охоплює всі цифрові процеси в галузі ОЗ, інші використовують це в більш вузькому сенсі: як діяльність у галузі ОЗ з використанням інтернету.

Розвиток в Україні системи громадського здоров'я (далі – ГЗ) та дедалі інтенсивніше поширення електронних сервісів потребує застосування системного підходу та вивчення кращих світових практик для забезпечення співмірності та взаємопов'язаності у впровадженні між окремими складовими електронного здоров'я, а також дозволить запобігти виникненню потенційних перешкод.

Мета: на основі вивчення звіту Глобальної ради з електронного здоров'я ВООЗ щодо напрямів впровадження системи електронного здоров'я визначити найбільш перспективні для України сфери впровадження

Матеріали та методи

Вивчений звіт Глобальної ради з електронного здоров'я ВООЗ «Глобальне проникнення е-здоров'я: наближаючи загальне охоплення послугами охорони здоров'я» (World Health Organization, 2016), в якому на основі відповідей 125 країн – членів ВООЗ дана загальна характеристика практик системи охорони здоров'я, що передбачають використання цифрових ресурсів, та ступеня їх впровадження. Здійснена порівняльна характеристика рівня впровадження різних сервісів електронного здоров'я в Україні, Польщі, Литві та Молдові (обрані як сусіди та країни з порівняним темпом історичного розвитку), а також Швеції – як приклад економічно розвинутої країни з одним з найкращих рівнів здоров'я у світі.

Результати дослідження та їх обговорення

У дослідженні «Глобальне проникнення е-здоров'я: наближаючи загальне охоплення послугами охорони здоров'я» (World Health Organization, 2016), зазначається, що поєднання технологій мобільного зв'язку, що стали доступними через різке здешевлення, та соціальних мереж (далі – СМ) робить незначною різницю між країнами з високим і низьким рівнем достатку: країни з високим достатком здійснювали еволюційний перехід до нової технології (дротовий телефонний зв'язок і Dial-up, кабельні мережі, Wi-Fi тощо) тоді як країни з низьким достатком отримали можливість зробити «еволюційний стрибок» і підключилися до мобільного телефонного зв'язку та інтернету, оминувши попередні етапи.

Дослідження проводилося у 125 країнах усіх регіонів ВООЗ за вісьмома секторами, що охопили такі питання: 1) основи електронного здоров'я; 2) нормативна база електронного здоров'я; 3) телемедицина; 4) електронний медичний журнал; 5) цифрові технології навчання у медицині; 6) мобільне здоров'я; 7) соціальні мережі 8) «великі дані». Наведемо короткі порівняльні дані за кожним блоком для п'яти країн.

Розділ 1 «Основи електронного здоров'я» охоплює питання наявності національних політик електронної охорони здоров'я, фінансування та підготовки кадрів для системи, а також багатомовності.

Україна, Польща та Молдова мають затверджені національні політики ОЗ (НПОЗ), електронного здоров'я (НПЕЗ), інформаційної системи здоров'я (НПІСЗ) і не затвердили політику у сфері телемедицини (НПТМ). У Литви відсутня політика інформаційної системи медицини, у Швеції з цих 4 документів є лише національна політика електронного здоров'я. Загалом, 75% країн мають НПОЗ, 66% – НПІСЗ, 58% – НПЕЗ, 22% – НПТМ.

77% систем ЕЗ отримують фінансування з державного бюджету (немає, низький <25%, середній <50%, високий >75% дуже високий >75%) (в тому числі

Польща і Швеція на дуже високому рівні, Литва – на високому, Молдова – на середньому, Україна – на низькому); 63% – отримують донорське чи недержавне фінансування (в тому числі Молдова – на середньому рівні, Україна і Литва – на низькому, Швеція – не отримує); 42% – за рахунок державно-приватного партнерства (в тому числі Швеція і Литва – на низькому рівні, Україна і Молдова – не отримують); 40% – комерційне фінансування (в тому числі Україна, Польща і Молдова – на низькому рівні, Швеція і Литва – не отримують).

Підготовка кадрів оцінювалася за поширеністю викладання «електронного здоров'я» на додипломному (здійснюється у 74% країн) і на післядипломному етапі (здійснюється у 77% країн). В Україні рівень підготовки характеризується як дуже високий на додипломному і середній – на післядипломному етапі, у Польщі – високий і середній, у Литві середній і низький, Молдові – високий і середній, Швеції – дуже високий на обох етапах підготовки.

У 28% країн наявні політики багатомовності в ОЗ (в т.ч., в Україні, Польщі, Молдові). У Швеції така політика відсутня. 48% країн надають державну підтримку багатомовним інтернет-сайтам (в т.ч. Польща, Литва, Молдова, Швеція). Україна не надає.

У розділі 2 «Нормативна база електронного здоров'я» були розглянуті 13 сфер електронного здоров'я, що можуть потребувати законодавчого регулювання.

Найпоширенішими є законодавчі акти, що: 1) захищають конфіденційність особистих даних осіб (наявний у 78% країн, в т.ч. усіх 5-ти, що порівнюються); 2) регулюють цивільну реєстрацію та статистичні дані (наявний у 76% країн, в т.ч. Польщі, Литві, Молдові); 3) керують національними системами ідентифікації (наявний у 65% країн, в т.ч. Литві та Молдові); 4) захищають конфіденційність даних про здоров'я людей, що зберігаються в електронному форматі в електронному медичному журналі – ЕМЖ (наявний у 54% країн, в т.ч. усіх 5-ти, що порівнюються). Найменш поширеними є законодавчі акти, що 1) дозволяють особам вимагати видалення даних про їхнє здоров'я з електронного медичного журналу (наявний у 18% країн, в т.ч. Литві, Молдові та Швеції); 2) регулюють використання цифрових даних між спеціалістами охорони здоров'я в інших країнах за допомогою ЕМЖ (наявний у 22% країн, в т.ч. Литві); 3) дозволяють особам вказувати, які медичні дані з їхнього ЕМЖ можуть бути надані медичним працівникам за їхнім вибором (наявний у 28% країн, в т.ч. Литві, Швеції); 4) Загалом з 13-ти сфер, в Україні вже контролюються відповідним законодавством дві, у Польщі – п'ять, у Молдові – шість, у Швеції – вісім, у Литві – 12.

Якщо порівняти Україну з трьома країнами, що займають проміжні позиції, то побачимо, що 1) серед сфер, що не контролюються в Україні, жодна не присутня у Польщі, Молдові та Швеції водночас; 2) серед законів, що виглядають критично важливими для функціонування ЕМЖ, є закон, що дозволяє особам вимагати виправлення власних даних про здоров'я, що знаходяться в ЕМЖ, якщо

відомо, що вони є неточними (наявний у Молдові та Швеції). Таке законодавство має 32% опитаних країн.

Впровадження телемедичних технологій розглядалося у розділі 3 за п'ятьма напрямками: телерадіологія, теледерматологія, телепатологія, телепсихіатрія і віддалений моніторинг пацієнта. Проекти оцінювали за двома параметрами: рівнем впровадження (локальний – окремі центри надання базової медичної допомоги, проміжний – районні та обласні державні чи приватні клініки, національний – заклади ОЗ національного рівня, регіональний – заклади ОЗ країн, що належать до одного географічного регіону, міжнародний – заклади ОЗ країн, що належать до різних географічних регіонів) та його типом (неформальний – використання інформаційних технологій за відсутності нормативного регулювання, пілотний – тестування та оцінка проекту, впроваджений – чинний проект, що розрахований мін. на 2 роки і планується до продовження).

Порівнювані країни задекларували, що мають впроваджені проекти національного і вищих рівнів у таких галузях: 1) телерадіологія (національний проект у Литві, проекти на міжнародному, регіональному та національному рівні у Швеції); 2) теледерматологія (національний проект у Литві); 3) телепатологія (національний проект у Молдові). Україна задекларувала участь у пілотному проекті регіонального рівня з телепатології. У Польщі є впроваджений проект проміжного рівня з телерадіології.

Розділ 4 «Електронний медичний журнал (ЕМЖ)». На національному рівні ЕМЖ є у 53% країн, в т.ч. Литві та Молдові. При цьому у Литві використання системи регулюється законодавчо, а в Молдові – не регулюється. Аналізуючи цей показник необхідно враховувати, що звіт був складений на основі даних, що надавалися країнами, та передбачав відповідь «так» за будь-якого ступеня впровадження ЕМЖ. Напр., у Східному Тиморі ЕМЖ впроваджений лише для високоспеціалізованої медичної допомоги, а рівень впровадження (навіть враховуючи зазначене обмеження) оцінюється як низький. У Литві акцент так само зроблений на третинній медичній допомозі: рівень впровадження ЕМЖ тут оцінюється як високий, а у первинній та вторинній ланках – як низький. У Молдові ситуація протилежна: високий рівень впровадження у первинній ланці, низький – у вторинній та третинній.

Також у звіті йдеться про наявність додаткових електронних систем, таких як лабораторна інформаційна система (мають 35% країн), інформаційна система патології (18%), ІС фармакології (33%), система архівації та передачі зображень (26%), автоматична система сповіщення про вакцинацію. Перші чотири системи є у Литві, лабораторна ІС також є у Молдові. Допоміжні функції: медичні білінгвові системи (58%, відсутні у Молдові), ІС управління ланцюгами постачання (58%, відсутні у Польщі), людські ресурси для ІС ОЗ (69%, відсутні у Польщі).

У розділі 5 «Цифрові технології навчання у медицині» йдеться про те, що на додипломному рівні підготовка студентів до роботи з електронним здоров'ям

має такі показники залежно від обраного напрямку підготовки: медицина (58%), стоматологія (39%), громадське здоров'я (50%), сестринська справа і акушерство (47%), фармація (38%), біомедичні / науки про життя (42%). Україна і Молдова зазначили, що не готують до роботи з EHealth студентів напрямку «Стоматологія» та «Сестринська справа і акушерство».

На післядипломному рівні (що оцінювався за аналогічними напрямами) Україна зазначила, що не готує до роботи з EHealth фахівців з сестринської справи і акушерства, Молдова – зі стоматології, сестринської справи і акушерства, фармації.

Загалом серед опитаних на післядипломному рівні фахівців з питань цифрових технологій навчають 58% країн за спеціальністю «Медицина», 47% – «Громадське здоров'я», 46% – «Сестринська справа і акушерство», 34% – біомедичні / науки про життя, 31% – фармація, 30% – «Стоматологія».

Розділ 6 «Мобільне здоров'я» містив інформацію про мобільні сервіси, що забезпечують доступ до медичних послуг, доступ до та збір медичної інформації.

На національному і вищих рівнях впроваджені проекти з безкоштовного виклику невідкладної допомоги (в Україні, Литві, Молдові, Швеції), робота медичних кол-центрів (у Литві, Молдові, Швеції), сервіс нагадування про візит до лікаря (у Польщі, Литві, Швеції), мобільна телемедицина (у Швеції), управління з невідкладної допомоги і катастроф (в Україні, Литві, Молдові, Швеції). Водночас сервіс підтримки дотриманню приписів лікування не впроваджений у жодній з країн.

Щодо доступу до медичної інформації налагоджені проекти мобілізації громад (в Молдові, Швеції), доступу до інформації, інструментів і даних (в Україні, Литві, Швеції), запис пацієнтів на прийом (в Литві, Молдові, Швеції), мобільного навчання (в Литві, Швеції), системи підтримки прийняття рішень (в Литві, Швеції).

Використання соціальних мереж з метою досягнення результатів для здоров'я стало предметом розгляду в розділі 7. 18% країн мають Національну політику використання соціальних медіа державними організаціями (в т.ч., Молдова), 5% – політику використання СМ в ОЗ (жодна з порівнюваних країн). ЗОЗ використовують СМ для оприлюднення новин про здоров'я в межах кампаній із просування ЗСЖ (78%, в т.ч. Польща, Литва, Молдова, Швеція), допомоги в керуванні візитами до лікаря (24%, в т.ч. Литва), пошуку відгуків (56%, в т.ч. Польща, Литва, Молдова, Швеція), розміщення оголошень загальної медичної тематики (72%, в т.ч. Польща, Литва, Молдова, Швеція) та щодо невідкладної медичної допомоги (59%, в т.ч. Литва, Молдова). Формально у цьому блоці Україна не надала жодної позитивної відповіді, втім очевидно, що на рівні окремих клінік в Україні налагоджені як відстеження зворотнього зв'язку від клієнтів, так і розміщення оголошень про питання здоров'я.

Окрім особи та спільноти користуються СМ, в т.ч. для вивчення медичних питань (79%, в т.ч. всі порівнювані країни), допомога у прийнятті рішення, яким саме медичним сервісом скористатися (56%, в т.ч.

Польща, Литва, Швеція), надання відгуків щодо медичного обладнання і працівників (62%, в т.ч. Литва, Молдова, Швеція), запуск кампаній з охорони здоров'я на рівні суспільства (62%, в т.ч. Польща, Литва, Молдова, Швеція), участі у громадських форумах із охорони здоров'я (59%, в т.ч. Польща, Литва, Швеція).

Імовірно, що за напрямом використання соціальних мереж ситуація змінюється найбільш динамічно як у світі в цілому (Internet Stats and Facebook Usage in Europe. 2021 Mid-Year Statistics, 2021) (Syrkiewicz-Świtła , 2019) (Whitaker, Stevelink, & Fear, 2017), так і в Україні, де принаймні на рівні центральних органів виконавчої влади використання соціальних мереж у роботі стало звичним явищем.

Розділ 8 «Великі дані». 17% країн зазначили, що мають політику керування використанням великих даних в секторі охорони здоров'я (в т.ч. Литва), 8% – політику керування використанням великих даних приватними компаніями (в т.ч. Литва). Детальніше розглянемо два підходи, які можуть стати критичними для стрибка у розвитку системи комунікацій в ГЗ у наступному десятилітті: роботу з великими даними та соціальні мережі.

Філософія роботи з великими даними та її інструменти дозволяють по-новому поглянути на взаємозв'язки, що існують у сфері комунікацій в охороні здоров'я. Підхід «видобування даних» (data mining) передбачає виявлення нових, несподіваних зв'язків у великих масивах даних, і може спиратися на попередні дослідницькі гіпотези або скеровуватися самими даними.

Методи аналізу «великих даних» значно відрізняються від традиційного статистичного аналізу для менших вибірок. Часто великі дані дозволяють нівелювати окремі коливання і розкривають глибокі приховані закономірності та знання. Для опрацювання даних може використовуватися широкий спектр дослідницьких підходів, в т.ч. байєсівські моделі, прогнозне моделювання, обчислювальний просторовий аналіз, теорію графів, комбінаторний аналіз та моделювання (Juarez, et al., 2014).

В останні роки Україна зробила кілька серйозних кроків у напрямку інформатизації системи охорони здоров'я. Впровадження електронних сертифікатів про вакцинацію від COVID-19, цифровізація системи запису до сімейного лікаря є прикладами успішного впровадження у нашій країні механізмів електронного здоров'я.

Водночас, сферами що потребують подальшого проактивного розвитку є створення засад функціонування системи як єдиного механізму (йдеться, зокрема, про створення законодавчої бази, фінансування та підготовку кадрів на рівні магістратури та безперервного професійного розвитку). Зокрема, йдеться не лише про здобуття лікарями технічних компетенцій для роботи з комп'ютерним забезпеченням, але ширше розуміння ними важливості інформаційних технологій у професійній діяльності, а також можливостей для здійснення профілактичної роботи та презентації професійних досягнень, які вони відкривають.

Висновки

Згідно з підходом, запропонованим Глобальною радою з електронного здоров'я ВООЗ питання електронного здоров'я не обмежуються лише комп'ютерним чи програмним забезпеченням, а охоплює також такі сфери як формування національної політики у сфері електронного здоров'я, її фінансування, створення законодавчої бази, питання підготовки медичних кадрів,

комунікацію за допомогою соціальних мереж та дослідницьку діяльність за напрямом роботи з «великими даними».

Сферами, що потребують першочергової уваги в Україні є створення законодавчої бази, формування адекватних підходів до фінансування та налагодження системної підготовки кадрів за напрямом електронного здоров'я на рівні магістратури та безперервного професійного розвитку.

References

1. Internet stats and facebook usage in europe. 2021 mid-year statistics. (2021). <https://www.internetworldstats.com/europa2.htm#ua>.
2. Juarez, P., Matthews-Juarez, P., Hood, D., Im, W., Levine, R., Kilbourne, B., и др. (12 2014 г.). The Public Health Exposome: A Population-Based, Exposure Science Approach to Health Disparities Research. *Int J Environ Res Public Health*.(11(12)).
3. Syrkiewicz-Świtłała, M. (2019). Development opportunities for the use of social media marketing in health promotion. Hokkaido : Hokkaido University.
4. Whitaker, C., Stevelink, S., & Fear, N. (2017). The Use of Facebook in Recruiting Participants for Health Research Purposes: A Systematic Review. *J Med Internet Res*(19(8)).
5. World Health Organization. (2016). Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth. Geneva.
6. World Health Organization. (2016). Global difusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Geneva.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.10.2022 р.

Поширення в Україні електронних сервісів потребує застосування системного підходу та вивчення кращих світових практик для забезпечення співмірності та взаємопов'язаності у впровадженні між окремими складовими електронного здоров'я.

Мета. На основі вивчення звіту Глобальної ради з електронного здоров'я ВООЗ щодо напрямів впровадження системи електронного здоров'я визначити найбільш перспективні для України сфери впровадження.

Матеріали та методи. Вивчений звіт Глобальної ради з електронного здоров'я ВООЗ, в якому дана загальна характеристика практик системи охорони здоров'я, що передбачають використання цифрових ресурсів, та ступеня їх впровадження. Здійснена порівняльна характеристика рівня впровадження різних сервісів електронного здоров'я в Україні, Польщі, Литві, Молдові та Швеції.

Результати. Проведений аналіз готовності країн до впровадження сервісів електронного здоров'я за такими напрямками як: 1) національна політика та фінансування електронного здоров'я; 2) нормативна база електронного здоров'я; 3) телемедицина; 4) електронний медичний журнал; 5) цифрові технології навчання у медицині; 6) мобільне здоров'я; 7) соціальні мережі 8) «великі дані».

Висновки. Сферами, що потребують першочергової уваги в Україні є створення законодавчої бази, формування адекватних підходів до фінансування та налагодження системної підготовки кадрів за напрямом електронного здоров'я на рівні магістратури та безперервного професійного розвитку.

Ключові слова: комунікація, інформаційно-комунікаційні технології, інтернет, електронне здоров'я, медична освіта.

The spread of digital services in Ukraine requires the use of a systematic approach and the study of the best world practices to ensure the proportionality and interconnection in the implementation between individual components of electronic health.

Aim. Based on the study of the World Health Organization Global Observatory for eHealth's report on the areas of implementation of the electronic health system, determine the most promising areas of implementation for Ukraine.

Materials and methods. The WHO Global Observatory for eHealth's report has been studied, which gives a general characteristic of healthcare practices that involve the use of digital resources and the degree of their implementation. The level of implementation of various electronic health services in Ukraine, Poland, Lithuania, Moldova, and Sweden has been compared.

Results. The analysis of the readiness of countries to implement electronic health services in such areas as 1) national policy and electronic health financing; 2) electronic health legislation; 3) telemedicine; 4) electronic medical journal; 5) digital learning technologies in medicine; 6) mobile health; 7) social networks 8) "Big data".

Conclusions. Spheres of priority attention in Ukraine are the creation of a legislative framework, the formation of adequate approaches to financing, and the establishment of systematic training in the field of electronic health at the level of master programs and continuous professional development.

Key words: communication, information and communication technologies, Internet, e-health, medical.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Сміянов Владислав Анатолійович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я, Сумський державний університет; м. Суми, Україна.

vladlor60@ukr.net.

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 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277073
УДК 314:(330+355.1).001.36(477)«1991/2021»

Рудень В.В.

Істотні особливості у чисельності населення за 30-ть років незалежності – як основному базису людського ресурсу для економіки та Збройних сіл України

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра громадського здоров'я, м. Львів, Україна

Ruden' V.V.

Significant features in the number of the population for 30 years of independence as the main basis of human resources for the economy and the Armed Forces of Ukraine

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Department of Public Health, Lviv, Ukraine

vruden@ukr.net

Вступ

Щоби усвідомити суть окресленої в заголовку наукової теми дослідження, слухним є, у світлі сторінок Святого Писання [1] та концепції креаціонізму «молодої Землі» [2-4], поміркувати над творіння Господом Богом людини за «...образом та подобою Божою» ...«чоловіком і жінкою» (Бут 1, 1-27) з духовним та фізичним тілом [5] та подумки епохіально перемандрувати через еволюційні процеси, котрі напряду торкнулися самої людини, змісту її здоров'я та тривалості життя, до сьогодення.

Звідси, аксіомою на сьогодні у розвитку суспільно-політичного та соціально-економічного життя будь-якої країни планети Земля є те, що рушійна сила суспільства безпосередньо пов'язана з діяльністю як конкретних особистостей, так і діяльністю соціальних груп, народних мас, поколінь та етносоціальних спільностей людей, що її населяють, базисом і головним ресурсом чого і являється людина [6,7].

Властиво, чисельність населення, його віково-статевий склад, стан здоров'я, духовний та інтелектуальний розвиток та тривалість життя, у будь-якому суспільстві, формують як його економіку, так і добробут, що, в першу чергу, дозволяє генерувати основи та принципи національної безпеки і оборони в країні.

У цьому контексті, незалежна Україна перед світовою спільнотою також заявила про соціально значущу роль людини в суспільно-економічному розвитку країни, про що свідчить зміст статті три Конституції України (1996) [8].

Проте, надважливим у цьому в державі був і лишається процес відтворення населення як у просторі, так і часі, що забезпечує безперервне відновлення і зміну людських поколінь та характеризується, у власному змісті, архіактуальністю у подальшому її соціально-економічному розвитку, в контексті стану його здоров'я,

трудового, економічного та оборонного ресурсу і має розглядатися в суспільно-політичному житті як один з пріоритетних національних інтересів [9]. Власне, окреслене вище і робить дане дослідження своєчасним та злободенним у власному змісті.

Мета дослідження – встановлення істотних особливостей у чисельності населення за 30-ть років незалежності – як основного базису людського ресурсу для економіки та Збройних сіл України.

Матеріали та методи

Виконано епідеміологічне, одномоментне, суцільне, проспективне наукове дослідження з використання біостатистичних даних бази Державного комітету статистики України за часовий період 1991-2021 роки [10], де зведення їх та опрацювання здійснювалося автором у електронних таблицях пакету Microsoft Office Excel (2021). Використано ретроспективний, біостатистичний, математичний, абстрактний та графічний методи дослідження, а також методи вкопювання, дедуктивного освідомлення, структурно-логічного аналізу з врахуванням принципів системності.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз наслідків у стані кількості населення в Україні за 30-ть років її незалежності у контексті статі, території проживання та вікової структури [11] вважаємо за необхідне розпочати з характеристики побудованої динамічної амплітуди його біостатистичних відомостей (рис. 1), чим, власне, і переконливо засвідчується, як підйомом (1991-1993), так і похилий (1993-2014) і, навіть, різкий спад загального чисельного виразу людності в 2014-2021 роках.

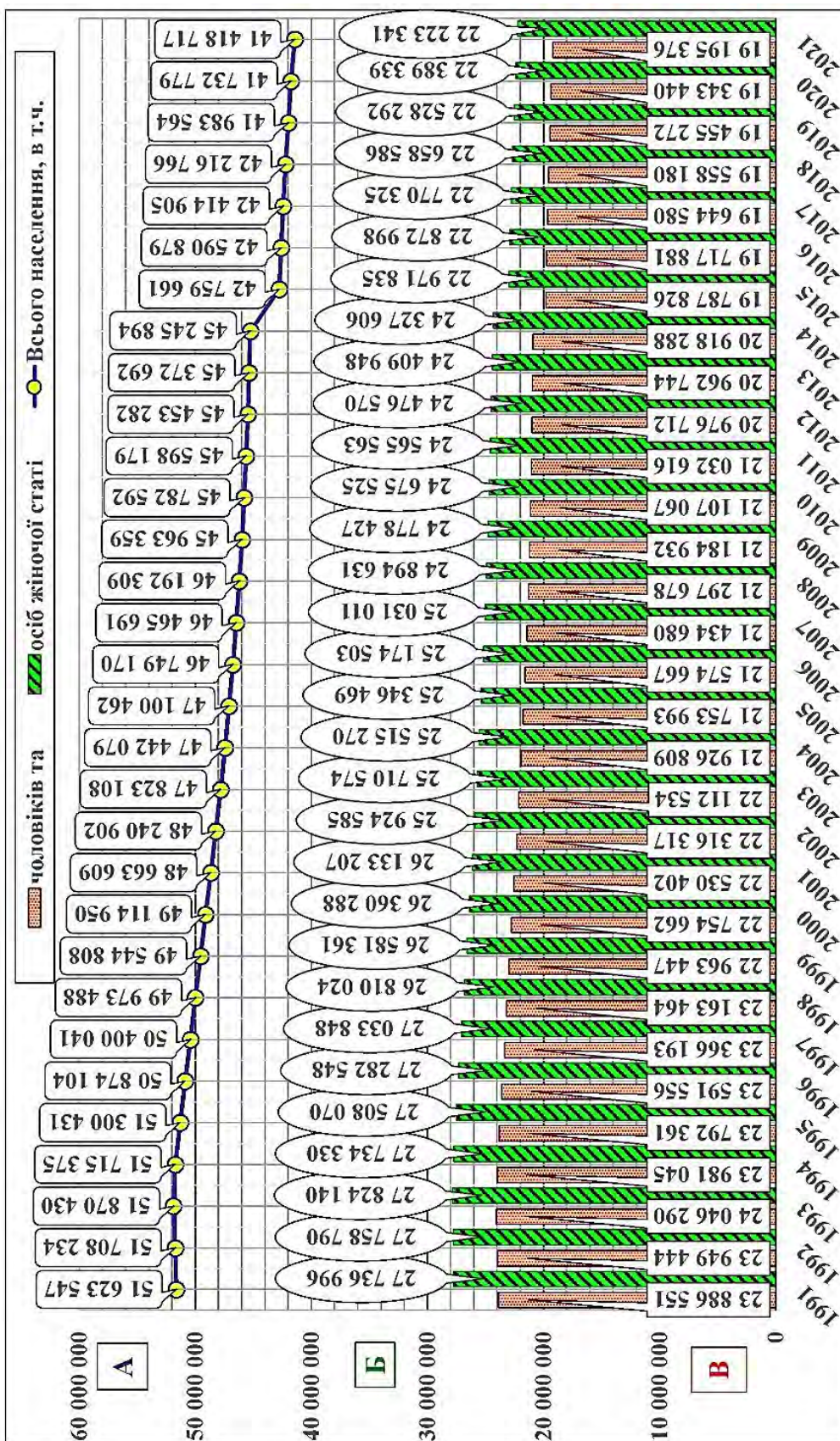


Рис. 1. Біостатистичні дані (на 1 січня; абс. дані) про кількість населення, зокрема чоловіків та жінок в Україні у 1991-2021 роках

У контексті окресленого, наслідки вичерпного глобального аналізу повного, одновимірного, базисно-ланцюгового, абсолютного, рівновіддаленого, стаціонарного, простого, інтервального, моментного динамічного ряду, яким є біостатистичні дані про загальну чисельність населення в Україні в 1991-2021 роках (рис. 1А), дозволяють декретувати такі наукові свідчення, коли:

1) в період 1991-1993 роки чисельний вираз людності в державі мав тенденцію до зростання, про що свідчить величина абсолютного приросту ($A_{пр}$), на $n=246\ 883$ осіб, що коефіцієнтом темпу приросту ($T_{пр}$) в ланцюговому 1993 році примноження на $P=+0,5\%$, що становило $n=51\ 870\ 430$ чоловік, і за вислідом показника темпу росту (T_p) був на $P=+100,5\%$ більшим, чим у базисному 1991 році ($n=51\ 623\ 547$). Доречно у цьому констатувати і факт медіального щорічного збільшення числа населення в Україні за аналізований період на $M=82\ 294\pm 287$ осіб;

2) отримані біостатистичні показники досліджуваного часовий періоду 1993-2014 рр. окреслюють та підтверджують наявність першого періоду у зменшенні кількості населення в Україні, а саме: величина абсолютного убутку ($A_{уб}$) маніфестує про його скорочення на $n=-6\ 624\ 536$ осіб, або за коефіцієнтом темпу убутку ($T_{уб}$) – на $P=-12,8\%$, а у відповідності до результатів показника темпу зменшення ($T_{зм}$) чисельність людей в країні в 2014 році становила $P=87,2\%$ ($n=45\ 245\ 894$) у порівнянні з базовим 1993 роком ($n=51\ 870\ 430$) при медіальному щорічному його зменшенні на $M=315\ 454\pm 562$ випадків;

3) період 2014-2021 роки доречно означити в суспільному житті України як другий етап у скороченні чисельності людності, де, згідно показника $A_{уб}$ число людей в Україні зменшилося на $n=-3\ 827\ 177$ персон, а за коефіцієнтом $T_{уб}$ – на $P=-8,5\%$ та становило у 2021 році, у відповідності до даних $T_{зм}$ $P=91,5\%$ ($n=41\ 418\ 717$) у порівнянні з $n=45\ 245\ 894$ особами у 2014 році, при середньому щорічному кроці скорочення $M=478\ 39\pm 692$ чоловіки.

Така ситуація у стані скорочення чисельності населення в Україні на другому етапі пояснюється, у першу чергу, захопленням та тимчасовою окупацією у лютому-березні 2014 року Криму Росією [12] та локальною російською збройною агресією проти України з квітня 2014 року на сході держави, що охопила частини Донецької та Луганської областей [13], через що, ці тимчасово окуповані території стали непідконтрольні уряду країни [14].

Усе це умотивовано потверджує, що загалом в Україні у чисельності населення останні десятки років (1993-2021) домінує процес його кількісного зменшення, що підтверджується результатом показника $A_{уб}$ на $n=-10\ 451\ 713$ осіб.

Засвідчують встановлену ділему і отримані величини як коефіцієнту темпу убутку ($T_{уб}$), котрим констатується применшення жителів країни на $P=-20,1\%$, так і показника темпу зменшення ($T_{зм}$), згідно якого кількість людності в ланцюговому 2021 році становила $P=79,9\%$ ($n=41\ 418\ 717$) у зіставленні з відомостями базового 1993 року ($n=51\ 870\ 430$). При цьому, доцільно

вказати і на той науковий факт, коли в Україні чисельність мешканців у досліджуваному часовому періоді (1993-2021) щороку медіально покровоково зменшувалася на $M=-360\ 404\pm 600$ осіб.

Наступний етап композиції даного дослідження дозволив глибинно розкрити зміст загальної кількості аналізованого населення у контексті статевої структури. При цьому, встановлено, що в загальній чисельності людності країни в 1991-2021 роках доля осіб жіночої статі являла $M=53,7\pm 0,7\%$ (рис. 1Б), тоді як частка чоловіків становила $M=46,3\pm 0,6\%$ (рис. 1В). При цьому, показник співвідношення ($P_{сп}$) поміж числом жінок та чоловіків потверджує пропорцію, коли на одного чоловіка припадало в Україні 1,2 особи жіночої статті.

Вичерпний розгляд наслідків сформованого динамічного ряду чисельності осіб жіночої статі (рис. 1Б) переконливо засвідчує про чисельне збільшення жінок в Україні протягом перших трьох років незалежності (1991-1993), за результатом показника $T_{пр}$ на $P=0,3\%$, або $n=87\ 144$ осіб, при найбільшій кількості осіб жіночої статі державі в 1993 році – $n=27\ 824\ 140$.

Розбір біостатистичних даних утвореного динамічного ланцюга (рис. 1В) стосовно кількості осіб чоловічої статі за досліджуваний період в Україні достеменно підтверджує також зростання числа чоловіків лише в 1991-1992 роках $n=+62\ 893$ осіб або, за результатами коефіцієнту $T_{пр}$, – на $P=0,3\%$, коли максимальне число чоловіків було лише в 1992 році ($n=23\ 949\ 444$).

Проте, більш масштабним природнім фактом в досліджуваний проміжок часу в Україні як серед чоловіків (1992-2021), так і жінок (1993-2021) стало зменшення їх чисельності, де чисельність осіб жіночої статі за показником $A_{уб}$ загалом скоротилася на $n=-5\ 600\ 799$ осіб, а чоловіків – на $n=-4\ 754\ 068$ випадків. Процес зменшення за досліджувані роки в країні кількості жінок ($P=-19,9\%$) та осіб чоловічої статі ($P=-19,6\%$) засвідчується величиною коефіцієнту $T_{уб}$, тоді як наслідки показника $T_{зм}$ аналізованих динамічних рядів (рис. 1Б, рис. 1В) демонструють, що число жінок в 2021 році в Україні становила $P=79,9\%$ ($n=22\ 223\ 341$) в зіставленні з $n=27\ 824\ 140$ особами жіночої статі у 1993 році та $T_{зм}$ – $P=80,1\%$ серед чоловіків в 2021 році ($n=19\ 195\ 376$), проти $n=23\ 949\ 444$ чоловіків у 1992 році.

Важливим у цьому контексті говорити і про те, що в середньому чисельність чоловіків у 1992-2021 роках скорочувалася щорічно на $M=-153\ 357\pm 392$ осіб, тоді як медіанний крок поміж осіб жіночої статі в 1993-2021 роках щорічно зменшувався на $M=-180\ 671\pm 425$ жінок.

Отримані наслідки біостатистичних даних стосовно другої композиції дослідження переконливо засвідчує про наявну диспропорцію у статевій структурі населення України.

Отримані результати негативних змін в динаміці загальної чисельності населення та його статевої структури за часовий період 1991-2021 роки провокують нас у даній науковій роботі на подальше дослідження можливих особливостей як у стані розміщення людності за типом поселення (міські та сільські) на адміністративній території України, так і у віковій її структурі.

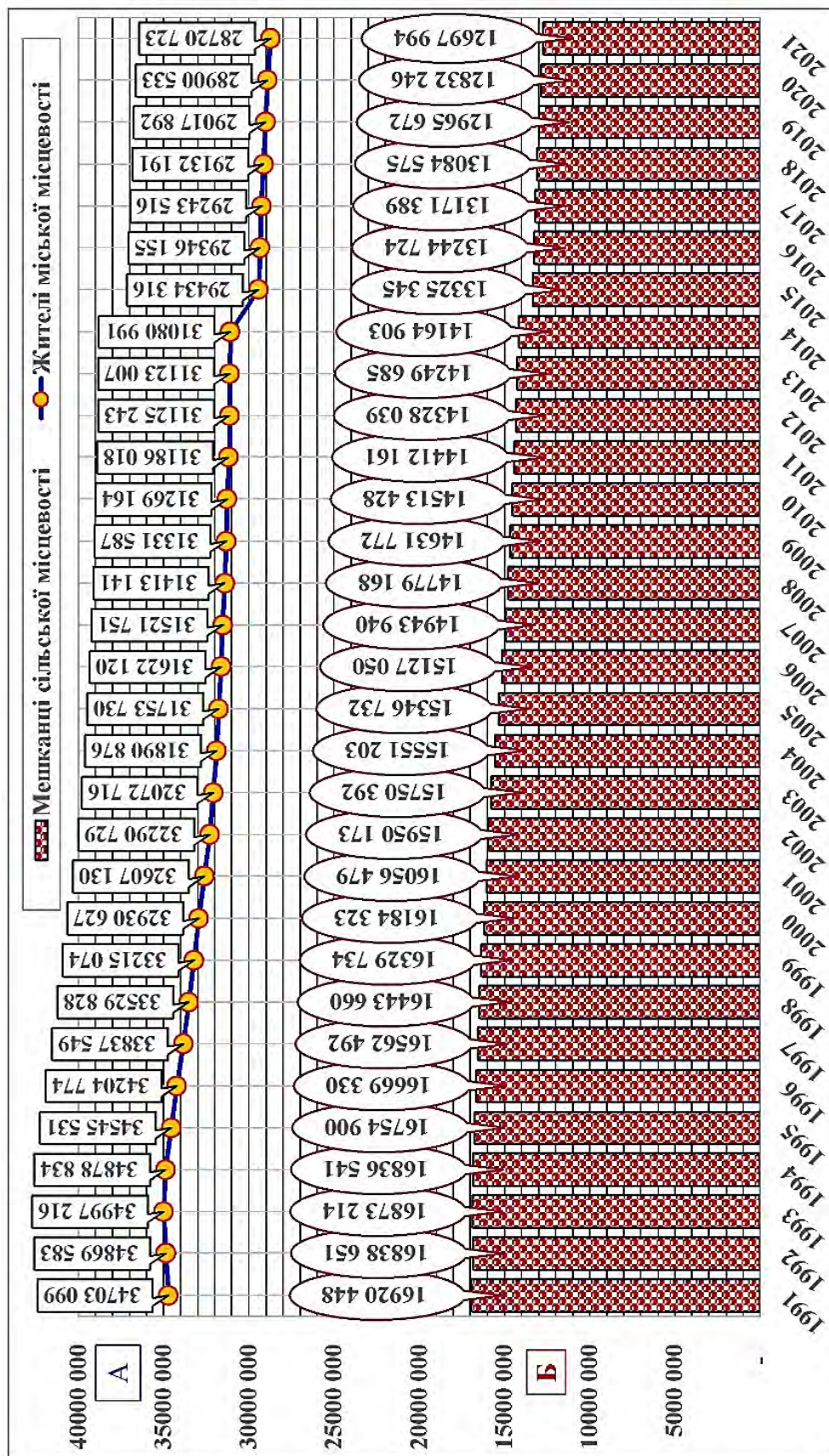


Рис. 2. Біостатистичні дані (на 1 січня; абс. дані) про чисельність міського та сільського населення в Україні у 1991-2021 роках

У цьому контексті встановлено (рис. 2А), що міські жителі на початок базового 1991 року становили в Україні $n=34\,703\,099$ осіб, або $P=67,2\%$ від загальної чисельності населення ($n=51\,623\,547$), тоді як $n=16\,920\,448$ людей мешкало в сільських поселеннях, що являло собою $P=32,8\%$, при $P_{сп}$, коли на одного сільського жителя в Україні припадало 2,1 мешканця міст. А втім, вже у крайньому ланцюговому 2021 році частка жителів міст у спільній кількості людей держави ($n=41\,418\,717$) була рівна $P=69,3\%$ ($n=28\,720\,723$), тоді як доля сільських мешканців складала $P=30,7\%$ або $n=12\,697\,994$ осіб, а величина $P_{сп}$ засвідчила цифровий вираз – на одну людину з села припадало 2,3 людини, котрі мешкали у місті.

У цілому, в загальній кількості населення України за період 1991-2021 роки, частка мешканців міст становила $M=67,9\pm 2,7\%$ чоловік, тоді як доля жителів сільської місцевості складала $M=32,1\pm 1,8\%$ осіб у співвідношенні 2,1:1.

Аналіз наведених даних представленого цілісного динамічного ряду чисельності жителів міст України за досліджуваний часовий період (див. дані рис. 2А), у черговий раз, констатує про тенденцію до зростання чисельності мешканців міст України в перші три роки незалежності (1991-1993), на що переконливо вказують дані як показника $A_{пр}$ – на $n=+294\,117$ міщан, так і коефіцієнта $T_{пр}$ – $P=+0,8\%$, при чисельності жителів міст в ланцюговому 1993 році $n=34\,997\,216$ осіб, що, за свідчення $T_{р}$, було $P=+100,8\%$ більшим, чим у базовому 1991 році ($n=34\,703\,099$ осіб).

Однак, досліджуючи період з 1993 року по 2021 рік (рис. 2А) констатуємо науковий факт достеменного зменшення кількості міських жителів, що і відображає величина $A_{уб}$ на $n=-6\,276\,493$ осіб та підтверджують дані $T_{уб}$ – на $P=-17,9\%$, при $T_{зм}$ чисельності мешканців міст в Україні $P=82,1\%$ ($n=28\,720\,723$ осіб) у кінцевому підсумку в 2021 році та щорічному середньому поступу зниження на $M=-202\,468\pm 450$ міщан.

Здобуті результати розгляду числового ланцюга (рис. 2Б) кількості жителів, котрі мешкають на сільських територіях країни, стверджують про суцільне медіальне зниження числа сільських жителів в досліджуваний період на $M=-136\,208\pm 369$ випадків щорічно, тоді як величина $A_{уб}$ достеменно підтверджує загальне скорочення селян в 1991-2021 роках в Україні на $n=-4\,222\,454$ особи або за даними показника $T_{уб}$ – на $P=-25,0\%$, що в послідовному заключному ряді даних, які представляють 2021 рік, досліджуване явище складає за коефіцієнтом $T_{зм}$ – $P=75,0\%$ ($n=12\,697\,994$) відносно відомостей базового 1991 року ($n=16\,920\,448$).

Проте, чи не найбільш інформативним у стані чисельності населення, в параметрах людського ресурсу для економіки та Збройних сил України, являється його вікова характеристика.

У такому разі, доцільно відзначити (див. дані рис. 3), що в базисному 1991 році серед населення України ($n=51\,623\,547$) частка дітей та юнаків (0-17 років) становили $P=25,6\%$ ($n=13\,225\,729$); молодих і дорослих (18-59 років) – $P=55,7\%$ ($n=28\,766\,753$), а доля людей похилого віку (60 років і старше) [15] складала $P=18,7\%$

($n=9\,631\,065$), тоді як у заключному ланцюговому 2021 році, поміж $n=41\,418\,717$ мешканців країни, людей віком 0-17 років було $P=18,0\%$ ($n=7\,459\,677$); 18-59 років – $P=57,6\%$ ($n=23\,837\,416$) та 60 років і старше – $P=24,4\%$ ($n=10\,121\,624$).

Цим визначено, що кількість населення в країні за часовий період 1991-2021 роки у віці 0-17 років (рис. 3), при щорічному поетапному його зменшенні на $n=-186\,002\pm 431$ особу, в загальному скоротилася, за даними $A_{уб}$, на $n=-5\,766\,052$ чоловіка або згідно $T_{уб}$ – на $P=-43,6\%$ і у 2021 році понизилася відповідно до коефіцієнту $T_{зм}$ до $P=56,4\%$, що становило $n=7\,459\,677$ осіб даної вікової категорії.

І ще. 3 метою повної характеристики представленого динамічного числового ряду кількості населення України у віці 0-17 років (рис. 3), доцільно відзначити, що його амплітуда демонструє повний спад відслідкованого явища, за винятком 2014 року, коли біостатистичні дані були більшими відносно числового виразу попереднього 2013 року ($n=799\,0391$) за $A_{пр}$ на $n=19\,475$ осіб даної вікової категорії або на $P=0,2\%$ і становили $n=80\,09\,866$ осіб, після чого наступило чергове зниження чисельності населення у віці 0-17 років, що було визначальним в часовий період до 2021 року.

Подальший розбір сформованого систематизованого кількісного ряду населення України за простежуваний період у контексті вікової категорії людності 18-59 років (рис. 3) візуально демонструє його спадистий, проте хвилеподібний характер досліджуваного факту, з двома незначними підйомами в 2004 та 2008 роках.

А потверджують дане наукове судження отримані результати показників динамічного ряду. Так, у відповідності до величини $A_{уб}$, за 30-ть років незалежності, число людей у віці 18-59 років у країні зменшилося на $n=-4\,929\,337$ осіб, або за даними $T_{уб}$ на $P=-17,1\%$, при середньому покрововому щорічному зниженні на $M=-159\,011\pm 399$ одиниць та становило, згідно $T_{зм}$, $P=82,9\%$ ($n=23\,837\,416$) у порівнянні з $n=28\,766\,753$ чоловіками даної вікової категорії в базовому 1991 році.

Перше візуальне усвідомлення утвореного числового ряду чисельності населення у віці 60 років і старше (див. дані рис. 3), на відміну від інших наведених кількісних характеристик основного динамічного ланцюга (рис. 1 А), засвідчує незначне хвилеподібне (незначний підйом в 1995 році – $n=9\,456\,357$; 2002 році – $n=10\,322\,982$ та 2014 році – $n=9\,753\,292$) медіальне зростання його даних на $M=15\,824\pm 126$ осіб щорічно, що в цілому, за досліджувані 1991-2021 роки, чисельність даної вікової когорти населення збільшилася ($A_{пр}$) на $n=490\,559$ осіб чи ($T_{пр}$) – на $P=5,1\%$ та в зіставленні з основним 1991 роком ($n=9\,631\,065$) являла в ланцюговому 2021 році $n=10\,121\,624$ людей або за величиною $T_{зб}$ – $P=105,1\%$.

Проте, чи не найважливішою особливістю у віковій структурі населення України є встановлений «віковий перехрест у 2002 році», де когорта людей похилого віку (60 років і старше) за чисельністю стала домінувати над кількістю дітей (вікова група 0-17 років), на що вказують дані рис. 3.

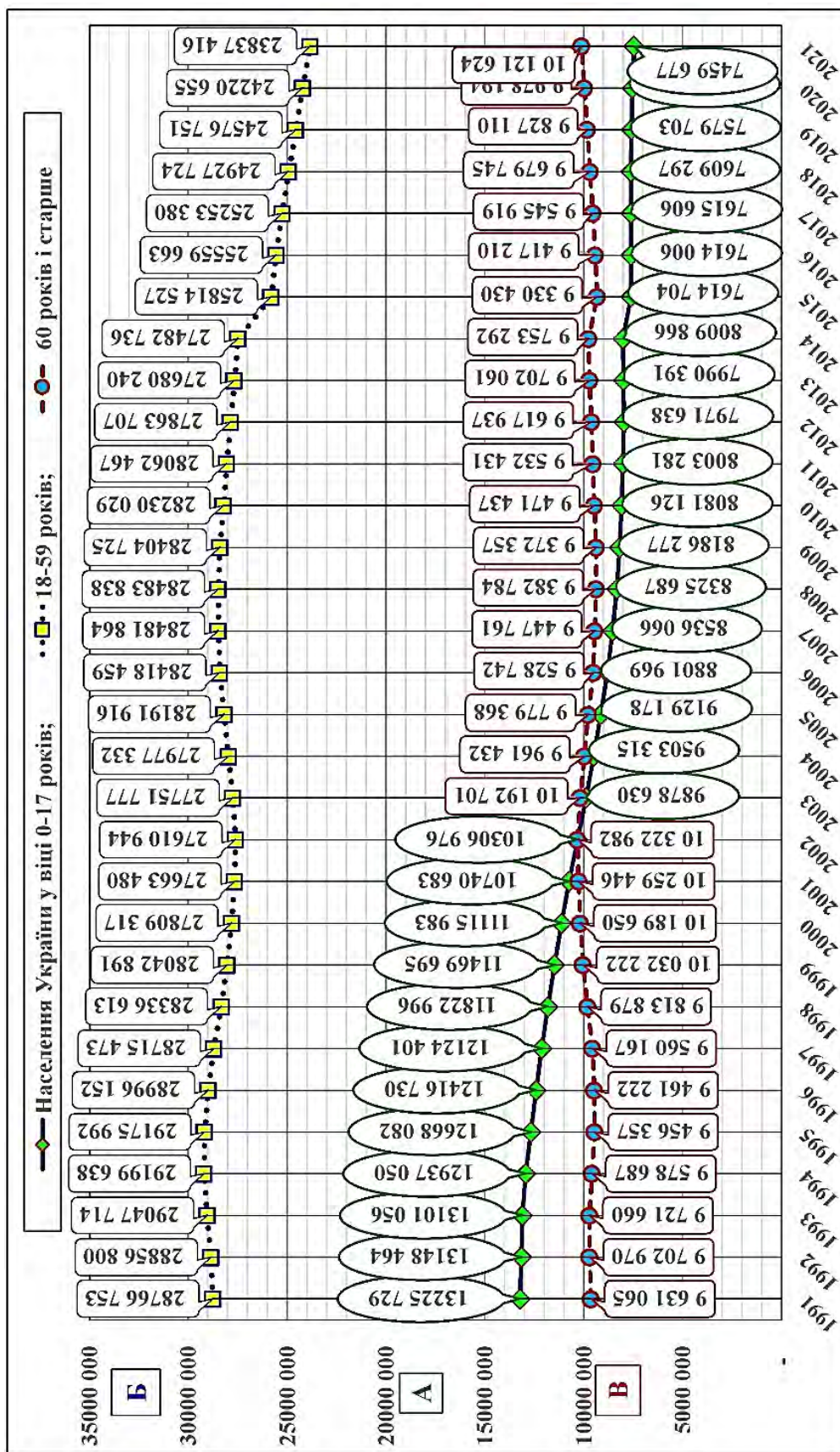


Рис. 3. Вікова взаємозумовленість (на 1 січня; абс. дані) посеред населення України в 1991-2021 роках

І вже в 2021 році населення вікової групи 60 років і старше за даними A_{np} на $n=2\ 661\ 947$ або $T_{np} P=26,3\%$ осіб було більше ($n=10\ 121\ 624$), чим людей у віці 0-17 років ($n=7\ 459\ 677$), що засвідчує, в цілому, регресивний тип населення в незалежній Україні.

Однак, більш детальну статистичну інформація щодо науково встановлених особливостей у чисельності населення України отримана при аналізі його вікової

структури у розрізі наявної кількості осіб чоловічої та жіночої статі в державі.

Логічне візуальне сприйняття та усвідомлення репрезентованих даних щодо окреслених в даному дослідженні трьох вікових груп населення серед досліджуваної чисельності жінок (рис. 4) та чоловіків (рис. 5) в Україні у період 1991-2021 роки, достеменно засвідчує значний спад людності у віковій групі 0-17 років як серед осіб чоловічої, так і жіночої статі.

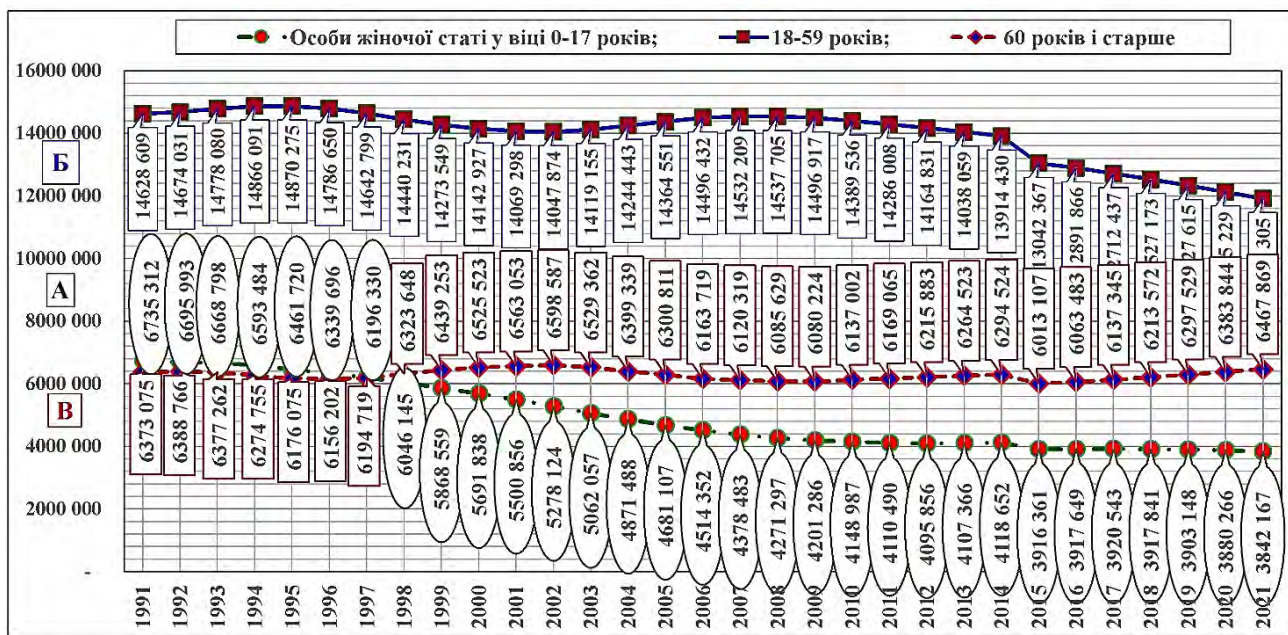


Рис. 4. Вікова взаємозалежність (на 1 січня; абс. дані) серед осіб жіночої статі в Україні у 1991-2021 роках

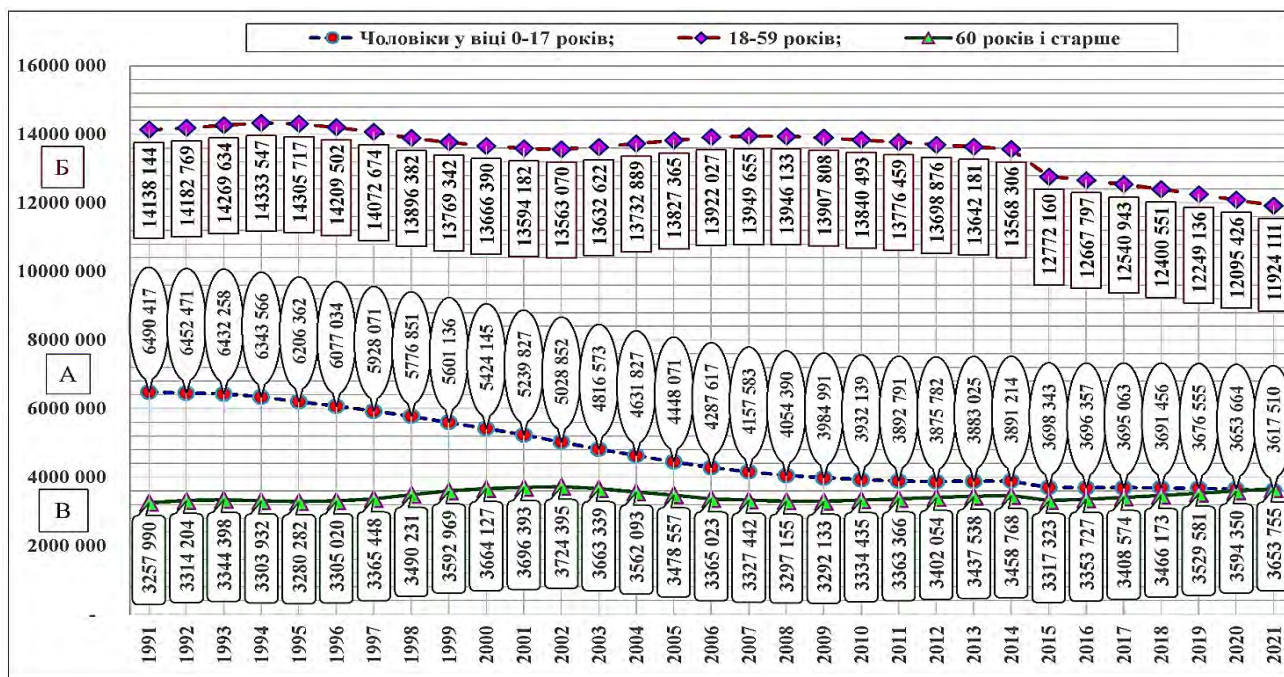


Рис. 5. Вікова структура (на 1 січня; абс. дані) населення чоловічої статі в Україні у 1991-2021 роках

Дане науковий погляд підтверджується розрахунками відомостей показника A_{y6} , котрий свідчить про зменшення в заключному році 2021 році на $n=-2\ 893\ 145$ осіб або, за показаннями T_{y6} , – на $P=43,0\%$ серед простежуваної когорти дітей та підлітків жіночої статі (рис. 4А), що, інакше кажучи, становило $n=3\ 842\ 167$ ($P=57,0\%$) від аналогічних даних базового 1991 року ($n=6\ 735\ 312$), при поступовому середньорічному скороченні чисельності осіб у віці 0-17 років на $M=-93\ 327\pm 305$ випадків.

Аналогічну тенденцію, тільки з іншим числовим виразом отриманих величин, відтворюють показники динамічного ряду кількості населення у віці 0-17 років чоловічої статі в період 1991-2021 роки (рис. 5А), про що свідчить, протягом кожного року, медіальне зменшення дітей і юнаків на $M=-93\ 327\pm 305$ випадків, що в кінцевому випадку призвело до його скорочення за A_{y6} на $n=-2\ 872\ 907$ одиниць, при величині T_{y6} рівному $P=55,7\%$ та становило в ланцюговому 2021 році за даними T_{3m} $57,0\%$ ($n=3\ 617\ 510$) в зіставленні з основним 1991 роком, де дана величина сягала значення в $n=6\ 490\ 417$ осіб чоловічої статі даної вікової групи.

Вікові характеристики чисельності людності у віці 18-59 років як серед жінок (рис. 4Б), тау і чоловіків (рис. 5Б) в загальному демонструють однотипний спад їх кількості в період за 30-ть років незалежності в Україні, проте різний за цифровою значимістю.

Так, число молодих і дорослих (18-59 років) осіб жіночої статі (рис. 4Б) скоротилося за аналізований період за A_{y6} на $n=-2\ 715\ 304$ випадків або на $P=-18,6\%$ і становило $P=81,4\%$, що являло в 2021 році $n=11\ 913\ 305$ жінок, тоді як у базовому 1991 році дане досліджуване явище мало числовий вираз $n=14\ 628\ 609$ людей даної вікової категорії. А втім, кількість чоловіків у віці 18-59 років, за проміжок часу що вивчався (рис. 5Б), знизилася на $P=-15,7\%$ або $n=-2\ 214\ 033$ випадків та в ланцюговому 2021 році становила $P=84,3\%$ ($n=11\ 924\ 111$) осіб в зіставленні з аналогічними даними 1991 року ($n=14\ 138\ 144$).

І наостанок у віковому аналізі динамічних рядів населення в контексті статі, доречним є відзначити, що чисельність осіб похилого (60 років і старше) як поміж жінок, так і чоловіків окреслюють, за роки незалежності в Україні, незначну тенденцію до їх збільшення (див. дані рис. 4В та рис. 5В).

Зокрема, кількість осіб жіночої статі у віці 60 років і старше (рис. 4В) за опрацьовані 1991-2021 роки щорічно в середньому зростала у числовому виразі на $M=3\ 058\pm 55$ осіб, що в цілому збільшилося, згідно величини $A_{пр}$ на $n=94\ 794$ або $P=1,5\%$ і становило в 2021 році $n=6\ 467\ 869$ осіб похилого віку із числа жінок, а за показником $T_{зр}$ ця величина становила $P=101,5\%$ від базового рівня даного числового ряду ($n=6\ 373\ 075$).

Важливим у цьому є говорити і про те, що досліджувана вікова чисельність осіб похилого віку жіночої статі в 1997 році (див. дані рис. 4В і рис. 4А)

утворила віковий перехрест з кількістю людей у віці 0-17 років, що реально засвідчує про процес як зростання чисельності вікової групи 60 років і старше (рис. 4В), так і зменшення кількості в Україні дітей та підлітків (0-17 років) та дає підстави науково стверджувати про початок регресивного типу серед жіночого населення.

Достеменний напрям до збільшення чисельності осіб чоловічої статі похилого віку в країні засвідчують результати здобутих показників відслідкованого динамічного ряду (рис. 5В). Зокрема, дані $A_{пр}$ за аналізований період свідчать про збільшення чисельності чоловіків у віковій когорті 60 років і більше на $n=395\ 765$ осіб, або, за відомостями $P_{пр}$, – на $P=12,1\%$, при щорічному медіальному зростанні на $M=2\ 767\pm 113$ людей, що, в кінцевому підсумку, становило, відповідно коефіцієнта $T_{зр}$, становило $P=112,1\%$ ($n=3\ 653\ 755$ індивідів) в уподібненні з кількісними даними 1991 року ($n=3\ 257\ 990$).

До особливостей аналізованого динамічного ряду числа осіб похилого віку чоловічої статі (рис. 5В) доречно віднести виявлений і науково потверджений графічний віковий перехрест в 2021 році з чисельністю дітей та юнаків даної статевий когорти (рис. 5А), що вказує на початок регресивного типу населення чоловічої статі в Україні.

Перспективи подальших досліджень передбачають вивчення причин депопуляції населення України.

Висновки

1. Виходячи з наслідків окресленої реальної біостатистичної ситуації щодо наявної чисельності населення в Україні, в контексті статевої, територіально та вікової структури, за 30-ть років незалежності, доречно констатувати науковий факт значного наростання регресивного типу населення, темпу його депопуляції та старіння, що засвідчує про катастрофічну демографічну ситуацію в державі з прямим негативним впливом на наявну потребу в людському ресурсі для економіки та Збройних Сил України.

2. Не дивлячись на складну суспільно-економічну ситуацію в країні (економічний спад, соціальна нестабільність, корумпованість суспільства, війна,...) незалежна держава Україна зобов'язана на законодавчому рівні терміново зробити (чого не робилося 30-ть років незалежності!) у суспільстві запит на здорову людину (у цьому не повинно бути ніякої і ні в чому економії!), з новою парадигмою у здоров'ї – навчити кожну людину берегти та дбати, про дане Господом Богом, власне здоров'я, а медицині – не стільки лікувати хвороби, скільки попереджати їх появу та розвиток у людини / громади. Це є для держави Україна завданням на вчора, проте результати її – через десятиліття / в нових поколіннях.

Література

1. Святе письмо. Дивен Світ [Інтернет]. Доступно на: <https://dyvensvit.org/bible/>
2. Креационізм «молодої Землі». Концепції походження життя на Землі. Вікіпедія – NiNa.Az [Інтернет]. 26 серп. 2021. Доступно на: // https://www.wiki-data.uk-ua.nina.az/Уявлення_про_виникнення_життя_на_Землі.html
3. Баранник МВ, Голобуцький ПВ. Креационізм. Енциклопедія історії України: у 10 т. Інститут історії України НАН України. Київ: Наукова думка; 2009. Т. 5: Кон – Кю. с. 310 – 560.
4. Numbers R, Coleman W. Creationism. Microsoft Encarta Online Encyclopedia [Internet]. [Archived 2009 Oct. 22, in Wayback Machine]; 2007. Available from: http://encarta.msn.com/text_761580511-0/Creationism.html
5. Гомілко О. Тіло (тілесність). Філософський енциклопедичний словник. Київ: Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України: Абрис; 2002. с. 638. – 742 с.
6. Форми суспільного розвитку. Рушійні сили розвитку суспільства. Освіта в Україні. Філософія [Інтернет]. 18 груд. 2010. Доступно на: // <https://osvita.ua/vnz/reports/philosophy/13224/>
7. Барулин ВС. Соціальна філософія: Підручник [Інтернет]. Вид. 3-е. М.: ФАИР-ПРЕСС; 2002. 560 с. Доступно на: // <http://ibib.ltd.ua/sotsialnaya-filosofiya-uchebnik-barulin.html>
8. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. (документ 254к/96-ВР, чинний, поточна редакція від 01.01.2020, підстава – 27-ІХ) [Інтернет]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
9. Закон України «Про національну безпеку України» (документ 2469-VIII, чинний, поточна редакція від 15.06.2022, підстава – 1882-ІХ) [Інтернет]. 2018. Доступно на: // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19#Text>
10. Населення України. Чисельність і склад населення. Державна служба статистики України. Інститут демографії та соціальних досліджень імені МВ. Птухи НАН України [Інтернет]. Доступно на: http://db.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp – 9А.
11. Кузик СП, редактор. Економічна і соціальна географія країн світу. Навчальний посібник. Л.: Світ; 2002. 672 с.
12. Задорожній ОВ. Анексія Криму – міжнародний злочин: монографія. Укр. асоц. міжнар. права. Ін-т міжнар. відносин Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Каф. міжнар. права. Київ: К.І.С; 2015. 572 с.
13. Василенко ВА. Російсько-українська війна 2014 року: причини, перебіг та політико-правові оцінки. Український тиждень [Інтернет]. 2014. № 42. с. 28-42. Доступно на: https://i.tyzhden.ua/content/photoalbum/2014/10_2014/17/26-42.pdf
14. Закон України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України» № 1207-VII [Інтернет], 15 квітн. 2014 (документ 1207-VII, чинний, поточна редакція від 01.01.2023, підстава – 2834-ІХ) Доступно на: // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1207-18#Text>
15. Визначення віку, з якого особа може вважатися особою похилого віку: огляд міжнародного досвіду та національні практики [Інтернет]. Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Доступно на: // <https://www.prostir.ua/wp-content/uploads/2018/12/Огляд-міжнародного-досвіду.pdf>

References

1. Sviate pysmo [The Holy Scripture]. Dyven Svit [Internet]. Available from: <https://dyvensvit.org/bible/> [in Ukrainian].
2. Kreatsionizm «molodoi Zemli». Kontseptsii pokhodzhennia zhyttia na Zemli ["Young Earth" creationism. Concepts of the origin of life on Earth]. Wikipedia – NiNa.Az [Internet]. 2021 Aug. 26. Available from: // https://www.wiki-data.uk-ua.nina.az/Уявлення_про_виникнення_життя_на_Землі.html [in Ukrainian].
3. Barannyk MV, Holobutskyi PV. Kreatsionizm [Creationism]. Entsiklopediia istorii Ukrainy: u 10 t. Instytut istorii Ukrainy NAN Ukrainy. Kyiv: Naukova dumka; 2009. T. 5: Kon – Kiu. s. 310 – 560 [in Ukrainian].
4. Numbers R, Coleman W. Creationism. Microsoft Encarta Online Encyclopedia [Internet]. [Archived 2009 Oct. 22, in Wayback Machine]; 2007. Available from: http://encarta.msn.com/text_761580511-0/Creationism.html
5. Homilko O. Tilo (tilesnist) [Body (physicality)]. Filosofskiy entsyklopedychnyi slovnyk. Kyiv: Instytut filosofii imeni Hryhoriia Skovorody NAN Ukrainy: Abrys; 2002. s. 638. – 742 [in Ukrainian].
6. Formy suspilnoho rozvytku. Rushiini syly rozvytku suspilstva [Forms of social development. Driving forces of social development]. Osvita v Ukraini. Filosofiia [Internet]. 2010 Dec. 18. Available from: // <https://osvita.ua/vnz/reports/philosophy/13224/> [in Ukrainian].
7. Barulyn VS. Sotsialna filosofiia: Pidruchnyk [Social philosophy: Textbook] [Internet]. Vyd. 3-e. M.: FAYR-PRESS; 2002. 560 s. Available from: // <http://ibib.ltd.ua/sotsialnaya-filosofiya-uchebnik-barulin.html> [in Ukrainian].
8. Konstytutsiia Ukrainy, pryiniata na piatii sesii Verkhovnoi Rady Ukrainy 28 chervnia 1996 r. [The Constitution of Ukraine, adopted at the fifth session of the Verkhovna Rada of Ukraine on June 28, 1996] (dokument 254k/96-VR, chynnyi, potochna redaktsiia vid 01.01.2020, pidstava – 27-IX) [Internet]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> [in Ukrainian].

9. Закон України «Pro natsionalnu bezpeku Ukrainy» [Law of Ukraine "On National Security of Ukraine"] (dokument 2469-VIII, chynnyi, potochna redaktsiia vid 15.06.2022, pidstava – 1882-IX) [Internet]. 2018. Available from: // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19#Text> [in Ukrainian].
10. Naselennia Ukrainy. Chyselnist i sklad naselennia [Population of Ukraine. Number and composition of the population]. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. Instytut demografii ta sotsialnykh doslidzhen imeni MV. Ptukhy NAN Ukrainy [Internet]. Available from: http://db.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp [in Ukrainian].
11. Kuzyk SP, redaktor. Ekonomichna i sotsialna heohrafiia krain svitu [Economic and social geography of the countries of the world]. Navchalnyi posibnyk. L.: Svit; 2002. 672 s. [in Ukrainian].
12. Zadorozhnii OV. Aneksiia Krymu – mizhnarodnyi zlochyn: monohrafiia [The annexation of Crimea is an international crime: a monograph]. Ukr. asots. mizhnar. prava. In-t mizhnar. vidnosyn Kyiv. nats. un-tu im. Tarasa Shevchenka. Kaf. mizhnar. prava. Kyiv: K.I.S; 2015. 572 s. [in Ukrainian].
13. Vasylenko VA. Rosiisko-ukrainska viina 2014 roku: prychny, perebih ta polityko-pravovi otsinky [Russian-Ukrainian war of 2014: causes, course and political and legal assessments]. Ukrainskyi tyzhden [Internet]. 2014. № 42. s. 28-42. Available from: https://i.tyzhden.ua/content/photoalbum/2014/10_2014/17/26-42.pdf [in Ukrainian].
14. Zakon Ukrainy «Pro zabezpechennia prav i svobod hromadian ta pravovyi rezhym na tymchasovo okupovaniu terytorii Ukrainy» № 1207-VII [Law of Ukraine "On ensuring the rights and freedoms of citizens and the legal regime in the temporarily occupied territory of Ukraine" No. 1207-VII] [Internet]., 15 kvitn. 2014 (dokument 1207-VII, chynnyi, potochna redaktsiia vid 01.01.2023, pidstava – 2834-IX) Available from: // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1207-18#Text> [in Ukrainian].
15. Vyznachennia viku, z yakoho osoba mozhe vvazhatysia osoboio pokhyloho viku: ohliad mizhnarodnoho dosvidu ta natsionalni praktyky [Determining the age at which a person can be considered an elderly person: a review of international experience and national practices] [Internet]. Ahentstvo SSHA z mizhnarodnoho rozvytku (USAID). Available from: // <https://www.prostir.ua/wp-content/uploads/2018/12/Oglyad-mizhnarodnoho-dosvidu.pdf> [in Ukrainian].

Дата надходження рукопису до редакції: 02.11.2022 р.

Мета дослідження – встановлення істотних особливостей у чисельності населення за 30-ть років незалежності – як основного базису людського ресурсу для економіки та Збройних сил України.

Матеріали та методи. Виконано епідеміологічне, одномоментне, суцільне, проспективне наукове дослідження з використання біостатистичних даних бази Державного комітету статистики України за період 1991-2021 роки, з використанням комп'ютерного пакету Microsoft Office Excel (2021) при застосовуванні низки наукових медико-біостатистичних методів з врахуванням принципів системності.

Результати. Вірогідно встановлені та науково обґрунтовані як кількісне зменшення населення країни за аналізовані роки на $n=10451713$ осіб ($P=20,1\%$), так і наявні диспропорції у його статевій (жінки $M=53,7\pm 0,7\%$; чоловіки $M=46,3\pm 0,6\%$ у взаємозв'язку 1,2:1), територіальній (міські $M=67,9\pm 2,7\%$ та сільські $M=32,1\pm 1,8\%$ жителі у співвідношенні 2,1:1) та віковій (0-17 років $M=20,6\pm 0,5\%$; 18-59 років $M=58,6\pm 0,8\%$ та 60 років і старше $M=20,7\pm 0,5\%$) структурах, що напрями засвічує регресивний тип населення, стан депопуляції та старіння людності незалежної України.

Висновки. Результати свідчать про катастрофічну демографічну ситуацію в державі в контексті значного щорічного наростання регресивного типу населення, темпу депопуляції та процесу старіння серед населення України, що характеризується прямим негативним впливом на наявну потребу в людському ресурсі для економіки та Збройних Сил України.

Ключові слова: незалежна Україна, кількість населення, стать, вік, місце проживання, економіка, Збройні сили, регресивний тип, депопуляція, старіння.

The purpose of the study is to establish significant features in the number of the population for 30 years of independence as the main basis of human resources for the economy and the Armed Forces of Ukraine.

Materials and methods. An epidemiological, single-moment, continuous, prospective scientific study was carried out using the biostatistical data of the database of the State Statistics Committee of Ukraine for the period 1991-2021, using the Microsoft Office Excel (2021) computer package when applying several scientific medical and biostatistical methods, taking into account the principles of systematicity.

Results. The quantitative decrease of the population of the country over the analyzed years by $n=10451713$ people ($P=20.1\%$), and existing disproportions in its gender (women $M=53.7\pm 0.7\%$; men $M=46.3\pm 0.6\%$ in a ratio of 1.2:1), territorial (urban $M=67.9\pm 2.7\%$ and rural $M=32.1\pm 1.8\%$ residents in the ratio of 2.1:1) and age (0-17 years $M=20.6\pm 0.5\%$; 18-59 years $M=58.6\pm 0.8\%$ and 60 years and older $M=20.7\pm 0.5\%$) structures were reliably established and scientifically substantiated, which directly show the regressive type of population, state of depopulation and the aging process of the population of independent Ukraine.

Conclusions. The results indicate a catastrophic demographic situation in the country in the context of a significant annual increase of the regressive type of population, in the rate of depopulation and the aging process among the population of Ukraine, which is characterized by a direct negative impact on the existing need for human resources for the economy and the Armed Forces of Ukraine.

Key words: independent Ukraine, the number of population, gender, age, place of residence, economy, Armed forces, regressive type, depopulation, aging.

Відомості про автора

Рудень Василь Володимирович – Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, професор кафедри громадського здоров'я, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69.

+380 (32) 275-95-36, vruden@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-6971-4891.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277074
УДК 615.46/.47:006.72:004.42.031.4

Слабкий Г.О.¹, Картавцев Р.Л.²

Концептуальні підходи до створення комп'ютерної програми «Система on-line доступу до класифікатора медичних виробів»

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

²Державне українське об'єднання «Політехмед»,
м. Київ, Україна

Slabkiy H.O.¹, Kartavtsev R.L.²

Conceptual approaches to the creation of a computer program "System of on-line access to the classifier of medical devices"

¹Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

²State Ukrainian Association "Polytechmed", Kyiv, Ukraine

g.slabkiy@ukr.net, office@politekhmed.ua

Вступ

В Україні в 2019 році затверджено «Класифікатор медичних виробів» (НК 024:2022 – нова редакція), який розроблено з метою уніфікації технічної, економічної інформації, ідентифікації медичних виробів у відповідності до загально визначених міжнародних дескрипторів [1]. НК 024:2022 являє собою систематизований перелік найменованих об'єктів, кожному з яких присвоєно унікальний код. При цьому об'єктами класифікації, є медичні вироби, на які поширюється дія Технічного регламенту щодо медичних виробів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753 [2], Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики in vitro, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 754 [3], Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 755 [4].

У вступі до класифікатора вказано його сферу застосування. Вона полягає в наступному:

1) НК 024:2022 призначений для застосування органами державної влади, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, виробниками медичних виробів, іншими підприємствами, установами та організаціями;

2) НК 024:20202, зокрема, може використовуватись в процесі публічних закупівель для опису в договорах (контрактах) предмета публічних закупівель, забезпечення прозорості процедур закупівель медичних виробів за бюджетні кошти, створення ефективного конкурентного середовища у сфері публічних закупівель, сприяння виходу на світовий ринок медичних виробів вітчизняного виробництва.

Мета: розробити та представити концептуальні підходи до створення комп'ютерної програми «Система on-line доступу до класифікатора медичних виробів».

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження став «Класифікатор медичних виробів» (НК 024:2022 – нова редакція). В ході дослідження використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Необхідність створення комп'ютерної програми «Система on-line доступу до класифікатора медичних виробів» (КП). викликана потребою забезпечити безперервний (on-line) доступ користувачів Класифікатором – представників закладів охорони здоров'я, установ, організацій та підприємств до інформації Класифікатора.

При цьому створення КП повинно ґрунтуватися на вимогах законодавчих та нормативно-правових документів в сфері інформатизації, та на національному класифікаторі НК 024:2019 «Класифікатор медичних виробів» (Класифікатор) та на даній концепції.

Метою створення КП є:

- формування інформації Класифікатора в електронному виді;
- автоматизація доступу користувачів до інформації Класифікатора в електронному виді;
- управління доступом користувачів до інформації Класифікатора в електронному виді;
- оновлення, модернізація, зберігання інформації Класифікатора в електронному виді;
- формування статистики щодо інформації Класифікатора в електронному виді та користувачів ПЗ.

Нами запропонована наступна характеристика об'єкту автоматизації:

1. КП повинно бути веб-орієнтованим, централізованим, базуватись на програмному забезпечення типу CMS (Content Management System) – системи управління контентом, що являє собою набір програмних скриптів для створення, редагування та

управління інформацією в КП, із забезпеченням доступу користувачів до інформації та прикладних задач через веб-інтерфейс;

2. Для практичного використання КП необхідно створення та забезпечення безперебійного функціонування спеціального веб-сайту на базі головного сайту Державного українського об'єднання «Політехмед»;

3. КП повинна базуватися на трирівневій архітектурі: рівень бази даних; рівень програмних застосунків; рівень користувацьких інтерфейсів.

Створення КП передбачає його використання під час:

- формування та редагування інформації Класифікатора в електронному виді через адміністратора програми – відповідального співробітника Державного українського об'єднання «Політехмед» методом занесення даних, відносно медичних виробів за допомогою веб-орієнтованого комп'ютерного інтерфейсу до бази даних КП;

- отримання користувачами КП – закладами охорони здоров'я, установами, організаціями та підприємствами інформації, щодо тих чи інших медичних виробів, які внесені до Класифікатора.

Основними вимогами до створення КП є те, що обсяг послуг щодо створення КП повинен бути достатнім для того, щоб розроблена в результаті КП забезпечувала виконання необхідних функцій та відповідала даній концепції, а проектно-технічна документація містила загальні принципи, технічні вимоги та завдання, які вимагатимуть розробки таких функціональних можливостей в КП.

Проектні рішення з інформаційного забезпечення КП повинні передбачати максимальне використання уніфікованих форм вхідних та вихідних документів та локальних, загальносистемних та загальнодержавних класифікаторів.

КП має бути комплексною і складатися із: прикладного програмного забезпечення та системного програмного забезпечення.

При цьому створена КП та проектно-технічна документація повинні виходити з того, що:

- КП необхідно будувати на програмному забезпеченні CMS-системи сучасного рівня з використанням сучасних інформаційних технологій та інструментальних засобів, що враховують світові тенденції у галузі електронного оброблення даних;

- у складі КП мають бути виділені основні функціональні підсистеми, характерні для такої роботи, а архітектура Системи повинна забезпечувати можливість її модернізації та масштабування без суттєвої зміни принципів побудови та базових системно-технічних рішень;

- керування структурою КП та інформацією повинно здійснюватися засобами CMS-системи;

- для створення КП необхідно застосовувати реляційну систему керування базами даних (далі – СКБД);

- СКБД повинна мати можливість масштабування, оптимізації та паралельної обробки запиту на кількох процесорах, резервного копіювання та автоматичного відновлення після збою, мати

багаторівневу систему захисту та систему діагностики цілісності безпеки діяльності і окремих таблиць;

- веб-сторінки мають бути розраховані на розподільну здатність екрану 1024x768 і вище з використанням масштабованого дизайну;

- усе системне програмне забезпечення, яке застосовується при створенні КП, у т.ч. операційна система, повинні мати підтримку від виробника (програмної спільноти) протягом щонайменше 2-х років з моменту завершення створення та впровадження;

- при створенні КП необхідно врахувати вимоги національного законодавства з інформаційної безпеки.

Нами запропоновані наступні загальні вимоги до технологій оброблення даних та функцій КП. При створенні КП рекомендовано керуватись наступними чинниками і вимогами. КП має містити наступні програмні підсистеми (функції): програмну підсистему керування користувачами; програмну підсистему імпорту даних Класифікатора; програмну підсистему експорт даних Класифікатора; функцію журналювання подій роботи з Класифікатором; програмну підсистему тарифікації, взаємодії із платіжними системами та білінгу; програмну підсистему налаштувань.

При цьому програмна підсистема керування користувачами повинна відповідати за аутентифікацію користувачів та розмежування їх доступу до функцій КП. Адміністрування користувачів КП повинно здійснюватися адміністратором КП (далі – Адміністратор) з відповідним доступом до функцій адміністрування користувачами. Адміністратор повинен мати можливість керувати доступом користувачів до відповідних функцій за допомогою налаштувань доступу відповідної ролі користувачів.

Аутентифікація Адміністраторів або користувачів повинна здійснюватися за допомогою локальної бази даних, яка повинна використовувати адресу електронної пошти та пароль.

Програмна підсистема імпорту даних Класифікатора повинна відповідати за реалізацію імпорту даних в КП. Вказане повинно бути реалізовано способом завантаження файлу з даними Класифікатора у форматах: .csv або .xlsx. У формі завантаження необхідно передбачити можливість вибору файл із файлового каталогу, його перевірку на відповідність встановленим форматам. Програмна підсистема імпорту даних повинна обробляти всі строки файлу та створювати оновлені записи в базі даних, які будуть використовуватися для пошуку інформації.

Програмна підсистема експорту даних Класифікатора повинна забезпечити експорт даних з КП способом формування файлу в форматі .xlsx.

Функція журналювання подій роботи з Класифікатором повинна відповідати за створення електронного журналу, до якого заносяться дії користувачів, а саме: створення або редагування записів Класифікатора, експорт або імпорт даних Класифікатора.

Програмна підсистема тарифікації, взаємодії із платіжними системами та білінгу необхідна для керування доступом до пошукових механізмів Класифікатора. Ця програмна підсистема повинна підтримувати функцію поповнення персонального віртуального рахунку

користувача за допомогою зовнішніх платіжних систем. Платіжні системи необхідно інтегрувати з механізмами Класифікатора, а поповнення рахунку повинно відбуватися в автоматичному режимі.

Для Адміністратора КП та фахівців Державного українського об'єднання «Політехмед», які будуть мати відповідний доступ до функцій білінгу повноваження мають бути визначені відповідним наказом по об'єднанню.

Програмна підсистема налаштувань повинна керувати параметрами КП, а саме: тарифними планами, забезпечувати доступ до Класифікатора, тощо.

Для виконання відповідних функцій КП повинно містити наступні сервіси: сервіс користувачів; сервіс ролей користувачів; сервіс аутентифікації; сервіс логування подій; сервіс керування доступом; сервіс вивантаження Класифікатора; сервіс завантаження Класифікатора; сервіс керування записами Класифікатора; сервіс конвертування в PDF; сервіс взаємодії з платіжними системами; сервіс білінгу; сервіс налаштувань.

При розробці КП та проектно-технічної документації необхідно взяти до уваги такі організаційні та технологічні ризики:

- прогнозовано велика кількість користувачів (установ, організацій та підприємств, що зацікавлені в отриманні інформації, щодо тих чи інших медичних виробів, які внесені в Класифікатор);

- необхідність забезпечення достовірної ідентифікації користувачів (установ, організацій та підприємств) для доступу к КП через мережу Інтернет та захисту Інтернет-з'єднання від шкідливого зовнішнього втручання.

При створенні КП необхідно передбачити можливість майбутньої її інтеграції з загальнодержавними системами та ресурсами, зокрема з єдиним державним веб-порталом відкритих даних data.gov.ua, з інтегрованою системою електронної ідентифікації, з єдиним веб-порталом електронного урядування gov.ua, за умови збереження конфіденційності даних.

При розробці КП необхідно передбачити та забезпечити умови збереження та захисту інформації, що обробляється в КП.

Основні принципи та вимоги до захисту інформації в КП повинні бути враховані в процесі її створення. При цьому оброблення даних Класифікатора повинно здійснюватися в умовах, які забезпечують захист від несанкціонованого та неконтрольованого ознайомлення, модифікації, знищення, копіювання, поширення інформації. А отже в КП має здійснюватися контроль за цілісністю програмного забезпечення, яке використовується для оброблення інформації, запобігання несанкціонованій його модифікації та ліквідації наслідків такої модифікації. В КП повинна здійснюватися обов'язкова реєстрація результатів ідентифікації/

автентифікації користувачів, результатів виконання користувачем операцій з обробки інформації, спроб несанкціонованих дій з інформацією, система надання та позбавлення користувачів права доступу до інформації та її обробки, результатів перевірки цілісності засобів захисту інформації.

Рекомендовано наступні основні етапи створення КП:

- створення технічних вимог (технічного завдання) на КП;
- постачання ліцензійного програмного забезпечення;
- створення прототипу КП;
- розробка документації на КП у складі:
 - інструкції з інсталяції;
 - інструкції користувача (Адміністратора);
- навчання персоналу Державного українського об'єднання «Політехмед» роботи з КП;
- випробування КП;
- передача КП Державному українському об'єднанню «Політехмед»;
- створення спеціального веб-сайту та запуск програми.

Здавання-приймання КП повинно здійснюватися поетапно на підставі відповідних актів здачі-приймання послуг, згідно з договором з компанією-підрядником. Екземпляр КП повинен бути проінстальований компанією-підрядником на серверному забезпеченні, яке надається Державним українським об'єднанням «Політехмед».

При цьому звертаємо увагу, що в процесі формування КП мають бути створені наступні документи: технічні вимоги (технічне завдання) на КП; – інструкція користувача (Адміністратора) КП; інструкція з інсталяції КП; – ліцензійний сертифікат на право користування CMS-системою.

Уся документація, окрім ліцензійного сертифікату на право користування CMS-системою, який надається Замовнику в одному екземплярі, має бути надана українською мовою у 2 примірниках на паперових носіях.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із вивченням ефективності використання Класифікатора медичних виробів в системі охорони здоров'я України.

Висновки

Розроблено та представлено концептуальні підходи до створення комп'ютерної програми «Система on-line доступу до класифікатора медичних виробів», які базуються на сучасній законодавчій базі.

Створення комп'ютерної програми «Система on-line доступу до класифікатора медичних виробів» забезпечить ефективне практичне використання класифікатора.

Література

1. Про затвердження національного класифікатора НК 24:2019 «Класифікатор медичних виробів». Наказ Мінекономрозвитку України від 05.02.2019 №159. Режим доступу: <https://www.dls.gov.ua/print-article/?pa=17537>. Назва з екрану.

2. Технічний регламент щодо медичних виробів. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/753-2013-%D0%BF#Text>. Назва з екрану.
3. Технічний регламент щодо медичних виробів для діагностики in vitro. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 754. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/246787748>. Назва з екрану.
4. Технічний регламент щодо активних медичних виробів, які імплантують. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 755. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-%D0%BF#Text>. Назва з екрану.

References

1. Pro zatverdzhennya natsional'noho klasyfikatora NK 24:2019 «Klasyfikator medychnykh vyrobiv». Nakaz Minekonomrozyvtku Ukrayiny vid 05.02.2019 №159. Rezhym dostupu: <https://www.dls.gov.ua/print-article/?pa=17537>. Nazva z ekranu.
2. Tekhnichnyy rehlament shchodo medychnykh vyrobiv. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrayiny vid 02.10.2013 № 753. Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/753-2013-%D0%BF#Text>. Nazva z ekranu.
3. Tekhnichnyy rehlament shchodo medychnykh vyrobiv dlya diahnostryky in vitro. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrayiny vid 02.10.2013 № 754. Rezhym dostupu: <https://www.kmu.gov.ua/npas/246787748>. Nazva z ekranu.
4. Tekhnichnyy rehlament shchodo aktyvnykh medychnykh vyrobiv, yaki implantuyut'. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrayiny vid 02.10.2013 № 755. Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-%D0%BF#Text>. Nazva z ekranu.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.09.2022 р.

Мета: розробити та представити концептуальні підходи до створення комп'ютерної програми «Система on-line доступу до класифікатора медичних виробів».

Матеріали і методи: матеріалами дослідження став «Класифікатор медичних виробів» (НК 024:2022 – нова редакція). В ході дослідження використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Розроблено та представлено концептуальні підходи до створення комп'ютерної програми «Система on-line доступу до класифікатора медичних виробів», які базуються на сучасній законодавчій базі.

Висновки. створення комп'ютерної програми «Система on-line доступу до класифікатора медичних виробів» забезпечить ефективне практичне використання класифікатора.

Ключові слова: медичні вироби, класифікатор, сфера застосування, комп'ютерна програма, концептуальні підходи.

Goal: to develop and present conceptual approaches to the creation of a computer program "System of on-line access to the classifier of medical devices".

Materials and methods: the "Classifier of Medical Devices" (NK 024:2022 – new edition) was used as the materials of the study. Biblisesemantic method and the method of structural-and-logical analysis were applied in the course of study.

Results. Conceptual approaches to the creation of a computer program "System of on-line access to the classifier of medical devices" which are based on a modern legislative framework, have been developed and presented.

Conclusions. Creation of a computer program "System of on-line access to the classifier of medical devices" will ensure effective practical use of the classifier.

Key words: medical devices, classifier, sphere of application, computer program, conceptual approaches.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна 27.
g.slabkiy@ukr.net.

Картавцев Ростислав Леонідович – кандидат медичних наук, генеральний директор Державного українського об'єднання «Політехмед»; 04107, Україна, м. Київ, вул. Нагірна, 25-27, 7.
office@politekhmed.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277075
УДК 616.21:314.1“366”(1-32)

Сміянов В.А., Ємець Т.В.

**Концептуальні підходи
до забезпечення населення
з хворобами вуха, горла та носа
медичною допомогою
на регіональному рівні
в повоєнний період**

Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Smiyanov V.A., Yemets T.V.

**Conceptual approaches
to providing the population
with diseases of the ear, throat and nose
with medical care at the regional level
in the post-war period**

Sumy State University, Sumy, Ukraine

vladlor60@ukr.net, tanja-s2008@ukr.net

Вступ

Хвороби вуха, горла та носа негативно впливають на загальний стан здоров'я населення та складають значну частку в структурі захворюваності та поширеності хвороб серед населення України [1,2]. При цьому необхідно відмітити, що на здоров'я населення країни негативно вплинула війна проти російської агресії [3,4].

На цьому фоні продовжує проводитися реформа системи охорони здоров'я країни із формуванням госпітальних округів з використанням новим для країни методичних підходів до формування мережі закладів охорони здоров'я та визначення їх функцій [5].

Мета: розробити концептуальні підходи до забезпечення населення з хворобами вуха, горла та носа на регіональному рівні в повоєнний період.

Матеріали та методи

Матеріали дослідження: законодавча база, дані наукової літератури, результати попередніх особистих досліджень. Матеріали дослідження: структурно-логічного аналізу. Базою дослідження стала Сумська область, яка знаходиться в зоні активних бойових дій.

Результати дослідження та їх обговорення

Розробка концептуальних підходів до забезпечення населення з хворобами вуха, горла та носа на регіональному рівні в повоєнний період медичною допомогою базувалася на рішенні наступних задач:

- населення регіону з хворобами вуха, горла та носа, незалежно від місця проживання та економічного статусу, повинно отримувати доступну та якісну медичну допомогу;

- медична допомога в державних та комунальних закладах охорони здоров'я має бути для хворих безоплатною;

- рівень медичної допомоги має відповідати стану хворої людини;

- населення повинно мотивовано відповідального відноситися до збереження та зміцнення особистого здоров'я;

- мережа закладів охорони здоров'я та їх ресурсів має розвиватися з урахуванням медико-демографічної та економічної ситуації в країні із забезпечення ефективного використання економічних, кадрових та матеріально-технічних ресурсів;

- забезпечення населення з хворобами вуха, горла та носа доступною та якісною медичною допомогою повинно відповідати стратегії розвитку охорони здоров'я в країні на сучасному етапі її розвитку.

Концептуальні підходи ґрунтуються на сучасних засадах реформування системи охорони здоров'я з впровадженням програми державних гарантій медичної допомоги при зміні функціонально-організаційних підходів до формування мережі та структури закладів охорони здоров'я в рамках формування госпітальних округів та створення для України лікарень нового типу з підвищенням рівня відповідальності медичних працівників за надання медичної допомоги у відповідності до галузевих стандартів.

Таким чином, основною метою розробки концептуальних підходів до оптимізації системи медичної допомоги населенню на регіональному рівні яке має хвороби вуха, горла та носа визначено забезпечення населення з визначеною патологією доступною, якісною комплексною медичною допомогою при ефективному та раціональному використанні наявних ресурсів (рис.).

Принципово новим є між секторальний підхід до рішення поставлених завдань з включенням в єдину систему: системи громадського здоров'я, системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини, системи спеціалізованої медичної допомоги з активним залученням до рішення даної задачі створених територіальних громад.

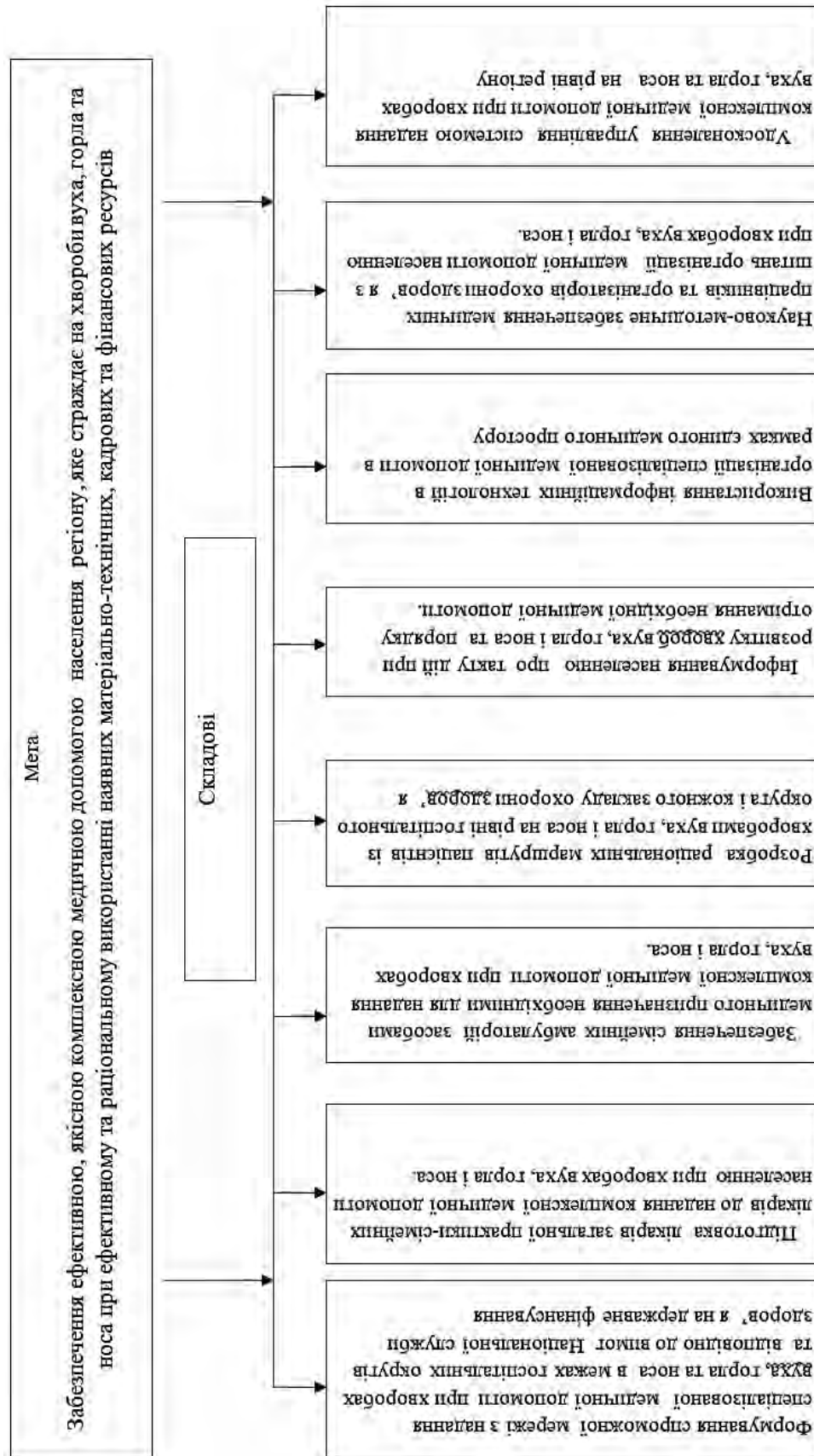


Рис. Концептуальні підходи до удосконалення організації медичної допомоги населенню на рівні регіону із хворобами вуха, горла та носа

Важливим напрямком забезпечення ефективної діяльності служби є:

- використання інформаційних технологій в організації спеціалізованої медичної допомоги в рамках єдиного медичного простору на території госпітального округу, що дозволить оптимізувати процеси статистичного обліку діяльності отоларингологічної служби, оперативно вирішувати проблеми та планувати її розвиток;

- удосконалення управління системою надання комплексної медичної допомоги при хворобах вуха, горла та носа на рівні регіону з розробкою регіональної науково-організаційної системи з визначенням суб'єкту та об'єкту управління, їх функцій та оперативних і стратегічних методів управління.

З метою практичного впровадження запропонованих концептуальних підходів до удосконалення організації медичної допомоги населенню на рівні регіону із хворобами вуха, горла та носа необхідно провести наступні організаційні заходи.

1. Проводити інформаційно-комунікативну роботу серед населення регіону з залученням ЗМІ та інтернет-мережі зі створенням спеціального сайту щодо хвороб вуха, горла та носа та їх профілактики.

2. Розробити та затвердити раціональні клінічні маршрути пацієнтів, що проживають в різних районах регіону в залежності від місця та способу звернення за медичною допомогою, а також стану пацієнта.

3. Проводити активну комунікативну роботу по формуванню у населення мотивованого відповідального ставлення до особистого здоров'я.

4. Забезпечити підготовку лікарів загальної практики-сімейних лікарів із формування у них теоретичних компетенцій та практичних навичок з надання медичної допомоги населенню при хворобах вуха, горла та носа.

5. Забезпечити сімейні амбулаторії засобами медичного призначення, які необхідні для надання в тому числі ургентної медичної допомоги при хворобах вуха, горла та носа.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із обґрунтуванням регіональної системи медичної допомоги населенню при хворобах вуха, горла та носа.

Висновки

Концептуальні підходи до забезпечення населення з хворобами вуха, горла та носа на регіональному рівні в повоєнний період базуються на законодавчій базі України з подальшого проведення реформи охорони здоров'я та потребах населення в медичній допомозі з формуванням у населення мотивовано відповідального ставлення особистого здоров'я. Розробка системи медичної допомоги при хворобах вуха, горла та носа на регіональному рівні, яка базується на запропонованих концептуальних підходах дозволить забезпечити населення доступною та якісною медичною допомогою.

Література

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.
2. Характеристика стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. 2015 рік. Київська область / Г. О. Слабкий, О. Ф. Глушаниця, П. М. Лисенко, В. Г. Слабкий ; ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 51 с.
3. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Щербінська О.С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. Репродуктивне здоров'я жінки. №8 (63)/2022. – С. 26-31.
4. Mironyuk Ivan, Slabkiy Hennadiy, Bilak-Lukianchuk Victoria, Lopit Victor. The impact of the war with Russia on the medical and demographic situation in Ukraine (Вплив війни з рф на медико-демографічну ситуацію в Україні). Zbornik z IX. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Humanitárna pomoc pre Ukrajinu a intervencie (skúsenosti) profesionálnych a dobrovoľníckych tímov s utečencami z Ukrajiny, Michalovce 11 November 2022. P.186-194.
5. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги. Закон України від 1 липня 2022 року, № 2347-ІХ. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>. – Назва з екрану.

References

1. Shchorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naseleण्या, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu ta rezul'taty diyal'nosti systemy okhorony zdorov'ya Ukrayiny. 2016 rik / MOZ Ukrayiny, DU «UISD MOZ Ukrayiny». – Kyiv, 2017. – 516 s.
2. Kharakterystyka stanu zdorov'ya naseleण्या ta systemy okhorony zdorov'ya. 2015 rik. Kyivs'ka oblast' / H. O. Slabkiy, O. F. Hlushanytsya, P. M. Lysenko, V. H. Slabkiy ; DU «UISD MOZ Ukrayiny». – Kyiv, 2016. – 51 s.
3. Myronyuk I.S., Slabkiy H.O., Shcherbins'ka O.S., Bilak-Luk'yanchuk V.Y. Naslidky viyny z rosiys'koyu federatsiyeyu dlya hromads'koho zdorov'ya Ukrayiny. Reproduktyvne zdorov'ya zhinky. №8 (63)/2022 – S. 26-31.
4. Mironyuk Ivan, Slabkiy Hennadiy, Bilak-Lukianchuk Victoria, Lopit Victor. The impact of the war with Russia on the medical and demographic situation in Ukraine (Vplyv viyny z rf na medyko-demohrafichnu sytuatsiyu v Ukrayini). Zbornik

z IX. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Humanitárna pomoc pre Ukrajinu a intervencie (skúsenosti) profesionálnych a dobrovoľníckych tímov s utečencami z Ukrajiny, Michalovce 11 November 2022. P.186-194.

5. Pro vnesennya zmin do deyakykh zakonodavchykh aktiv Ukrayiny shchodo udoskonalennya nadannya medychnoyi dopomohy. Zakon Ukrayiny vid 1 lypnya 2022 roku, № 2347-IX. [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>. – Nazva z ekranu.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.11.2022 р.

Мета: розробити концептуальні підходи до забезпечення населення з хворобами вуха, горла та носа на регіональному рівні в повоєнний період.

Матеріали та методи. Матеріали дослідження: законодавча база, дані наукової літератури, результати попередніх особистих досліджень. Матеріали дослідження: структурно-логічного аналізу. Базою дослідження стала Сумська область, яка знаходиться в зоні активних бойових дій.

Результати. Концептуальні підходи до забезпечення населення з хворобами вуха, горла та носа на регіональному рівні в повоєнний період базуються на законодавчій базі України з подальшого проведення реформи охорони здоров'я та потребах населення в медичній допомозі з формуванням у населення мотивовано відповідального ставлення особистого здоров'я;

Висновки. Розробка системи медичної допомоги при хворобах вуха, горла та носа на регіональному рівні, яка базується на запропонованих концептуальних підходах дозволить забезпечити населення доступною та якісною медичною допомогою.

Ключові слова: хвороби вуха, горла та носа, медична допомога, забезпечення, повоєнний період, концептуальні підходи.

Aim: to develop conceptual approaches to providing the population with diseases of the ear, throat and nose at the regional level in the post-war period.

Materials and methods. Research materials: legislative framework, data of scientific literature, results of previous personal research. Method of structural-and-logical analysis was applied in the course of research. Sumy region, which is located in the zone of active hostilities was the base of the study.

Results. Conceptual approaches to providing the population with diseases of the ear, throat and nose at the regional level in the post-war period are based on the legislative framework of Ukraine for the further implementation of health care reform and the needs of the population in medical care with the formation of a motivated responsible attitude to personal health among the population.

Conclusions. The development of a system of medical care for diseases of the ear, throat and nose at the regional level, which is based on the proposed conceptual approaches, will provide the population with affordable and high-quality medical care.

Key words: diseases of the ear, throat and nose, medical care, provision, post-war period, conceptual approaches.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Сміянов Владислав Анатолійович – д.мед.н., професор, Сумський державний університет, завідувач кафедри громадського здоров'я.
vlador60@ukr.net.

Смець Тетяна Василівна – Сумський державний університет, аспірант.
tanja-s2008@ukr.net.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277077
УДК 614.21:314.14:001.82(477.87)

Білак-Лук'янчук В.Й., Шкірта М.І.

Аналіз госпітальної захворюваності дорослого населення в Закарпатській області

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

Bilak-Lukyanchuk V.J., Shkirta M.I.

Analysis of hospital morbidity of the adult population in Transcarpathian region

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

bilak.vika@gmail.com, mihailo.shkirta@uzhnu.edu.ua

Вступ

Захворюваність госпіталізованих хворих – це облік осіб, що лікувалися в стаціонарі протягом року. Відомості про госпіталізовану захворюваність дозволяють судити про своєчасність госпіталізації, тривалості і результати лікування, збігу або розходженні діагнозів, обсязі наданої медичної допомоги та інше. Дані про госпітальну захворюваність враховуються при плануванні ліжкового фонду, визначенні потреби в різних видах стаціонарної допомоги. Одиницею спостереження при вивченні госпітальної захворюваності є кожен випадок госпіталізації. Загальний рівень госпіталізації становить близько 150 випадків на 1000 осіб. У структурі госпіталізованих хворих основну частку становлять хворі з захворюваннями органів кровообігу, травлення, хронічними захворюваннями органів дихання, хворі з травмами [1-4].

Мета: дослідити та провести аналіз показників госпітальної захворюваності дорослого населення та її

структури в Закарпатській області в довоєнний період та за перший рік війни проти російської агресії.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження виступили дані галузевої статистичної звітності по Закарпатській області: форма 20 «Склад хворих в стаціонарі, строки та результати лікування» за період 2019-2022 роки. Методи дослідження: бібліосемантичний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Було вивчено та зведено показники щодо складу хворих із числа дорослого населення Закарпатської області, які проходили стаціонарне лікування за період з 2019 по 2022 роки. Отримані результати наведено в таблиці. Вивчення проводилося як за класами хвороб відповідно до МКХ-10 так і за окремими найбільш значущими нозологіями.

Таблиця. Склад хворих в стаціонарах Закарпатської області, 2019-2022 рр.

Найменування класів та окремих хвороб. Шифр за МКХ-10	2019		2020		2021		2022	
	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло
Усього (A00-T98)	176731	3271	121039	3765	138682	5541	155973	4151
у тому числі: Деякі інфекційні та паразитарні хвороби (A00-B99)	4775	221	3370	494	2076	143	2166	132
з них: кишкові інфекції (A00-A09)	589	2	264	1	320	1	692	2
туберкульоз органів дихання (A15.0-9, A16.0-9, A19.0-част.І A19.8-част.І)	1567	151	955	112	697	86	684	70
вірусний гепатит (B15-B19)	534	13	188	6	170	9	310	7
Новоутворення (C00-D48)	16167	502	12698	429	14800	504	17544	685

Найменування класів та окремих хвороб. Шифр за МКХ-10	2019		2020		2021		2022	
	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло
з них: злоякісні новоутворення (C00-C97)	13321	451	10920	406	12661	483	15067	635
у тому числі злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених з ними тканин (C81-C96)	1132	37	789	40	945	40	1158	46
Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму (D50-D89)	596	8	335	5	552	9	737	4
з них: анемії (D50-D64)	421	2	235	2	363	2	541	2
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин (E00-E90)	6372	66	3570	91	3969	95	5060	105
з них: дифузний зоб II-III стадії (E01.0, E04.0)	39		12		11		3	
цукровий діабет (E10-E14)	5742	58	3137	77	3530	90	4585	93
Розлади психіки та поведінки (F00-F99)	8161	122	6355	77	6632	35	5761	26
Хвороби нервової системи (G00-G99)	5472	66	3622	53	5530	60	8822	58
з них: запальні хвороби центральної нервової системи (G00, G03, G04, G06, G08, G09)	690	20	311	15	259	9	239	16
розсіяний склероз (G35)	283		183		263		342	
Хвороби ока та його придаткового апарату (H00-H59)	3795		939		545	1	1466	
Хвороби вуха та соскового відростку (H60-H95)	725		318		290		429	1
Хвороби системи кровообігу (I00-I99)	38161	1463	21858	1326	23671	1535	29158	1677
хронічні ревматичні хвороби серця (I05-I09)	293	8	127	3	153	7	155	9
гіпертонічна хвороба (без згадування про ішемічну хворобу серця та судинні ураження мозку) (I10-I13)	3282		1636		2031		3202	
ішемічна хвороба серця (I20-I25)	21132	581	11368	474	11574	544	12854	634
у тому числі: стенокардія (I20)	9718		5300		6337	7	7386	
гострий інфаркт міокарду (I21-I22)	1189	143	1005	138	928	147	1035	184
цереброваскулярні хвороби (I60-I69)	7797	590	5271	586	5025	679	6016	729
у тому числі: внутрішньочерепний крововилив (I60-I62)	357	200	333	193	519	184	559	207
інфаркт головного мозку (I63)	2424	296	2248	284	2564	418	2912	396
Хвороби органів дихання (J00-J99)	18086	144	17963	583	22345	1617	13192	409

Найменування класів та окремих хвороб. Шифр за МКХ-10	2019		2020		2021		2022	
	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло
з них: пневмонії (J12-J16, J18)	3442	72	10264	484	15124	1223	4407	278
бронхіт хронічний обструктивний (J44.8.2)	4494	40	1434	25	1813	27	1962	28
бронхіальна астма (J45-J46)	4024	1	1178	1	1742	4	1723	4
Хвороби органів травлення (K00-K93)	18011	449	11643	476	12345	541	15995	522
з них хвороби ротової порожнини, залоз та щелеп (K04-K14)	308		165	1	211	1	294	
гастро-езофагеальний рефлюкс (K21)	159		72		70		78	
виразка шлунку та 12-палої кишки (K25-K27)	1543	3	945	9	918	6	1332	11
у тому числі проривна виразка шлунку та 12-палої кишки (K25.1,2,5,6 K26.1,2,5,6)	140	1	139	3	133	1	153	5
гастрит та дуоденіт (K29)	1637		889	1	783	2	1068	2
у тому числі гострий геморагічний та інші гострі гастрити (K29.0.1)	142		113		60	2	136	
диспепсії (K30)	199		99		175		259	
гострий апендицит (K35)	650		656		721		664	
грижа (K40-K46)	1999		1196	1	1681	1	1854	2
у тому числі защемлена грижа (з непрохідністю, гангrenoю) (K40.0,1,3,4 K41.0,1,3,4 K42.0,1-K46.0,1)	157		272	1	266		330	1
неспецифічний виразковий коліт (K51)	169	2	101	4	130		219	2
цироз печінки (K70.3, K71.7, K74.3-6)	1679	259	1034	311	1336	289	1888	290
хронічний гепатит K73, K75.2.3	1179	8	579	5	510	7	603	5
жовчно-кам'яна хвороба, холецистит, холангіт (K80, K81, K82.2, K83.0)	2721	1	1765		1935	4	2223	4
у тому числі гострий холецистит (K80.0, K81.0, K82.2)	441		657		929	1	820	
хвороби підшлункової залози (K85-K86)	2363	60	1603	41	1832	60	2408	70
у тому числі гострий панкреатит (K85)	573	41	431	32	609	44	805	53
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини (L00-L99)	2805	12	1651	14	1862	9	2041	18
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (M00-M99)	11352	21	4998	24	6425	12	9152	17
з них:ревматоїдний артрит та інші запальні артропатії (M05-M06, M08, M10-M13)	1335	4	473	9	687	5	1049	9

Найменування класів та окремих хвороб. Шифр за МКХ-10	2019		2020		2021		2022	
	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло	Виписано хворих	Померло
артрози (M15-M19)	1097	1	734	1	1047		1945	1
анкілозуючий спондиліт (M45)	282		99		112		224	
інші дорсопатії, спондилопатії (M40-M43, M46-M48, M53-M54)	3819	2	1826	2	1492	1	2075	
остеомієліт (M86)	118		58	1	72	1	95	
Хвороби сечостатевої системи (N00-N99)	8369	30	4708	42	5693	37	7854	38
хронічний гломерулонефрит (N03)	88	2	25	1	18		14	
інфекції нирок (N10-N12)	1020	5	556	14	669	4	787	9
у тому числі хронічний пієлонефрит (N11)	508	5	314	12	329	3	263	5
камні нирок і сечоводу (N20)	1609	2	901	3	1122	1	1398	4
Вагітність, пологи та післяпологовий період (O00-O99)	20505	4	18197	3	17452	7	17979	4
Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення (Q00-Q99)	894	10	427	6	448	5	601	5
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках (R00-R99)	497	3	400	2	664	7	1221	6
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (S00-T98)	11988	150	7987	140	8654	153	12921	120
з них: переломи кісток черепа, хребта, кісток тулуба, переломи в декількох ділянках тіла (S02, S12, S22, S32, T02, T08)	683	31	578	46	604	30	928	24
внутрішньочерепні травми (S06)	1217	46	999	39	882	52	1307	35
травми інших внутрішніх органів, грудної, черевної порожнини і таза (S26, S27, S36, S37)	284	10	213	7	209	3	331	4
термічні та хімічні опіки (T20-T32)	358	7	158	11	199	9	201	8
отруєння ліками та біологічними речовинами (T36-T50)	158	1	55		50		39	

Аналіз наведених в таблиці результатів дослідження вказує на наступне.

В цілому кількість виписаних із стаціонарів області дорослих в 2022 році у зрівнянні з 2019 роком скоротилася на 11,75% і склала 155973 пацієнтів. При цьому кількість померлих в стаціонарах збільшилася на 26,90% і склала 4151 пацієнтів, що вказує на більш тяжкий стан пацієнтів під час поступлення на стаціонарне лікування. Далі нами були проаналізовані статистичні дані щодо динаміки структури госпіталізованих пацієнтів.

Так, за класами хвороб найбільшу частку склали пацієнти із хворобами за класом «Хвороби системи кровообігу». В 2022 році їх кількість склала 29158, або 18,7% в загальній структурі госпіталізованих. При цьому їх кількість скоротилася за період дослідження на 23,6%, а кількість померлих в стаціонарі зросла на 14,2% і склала 1677 пацієнтів. За даним класом хвороб найбільшу частку склали пацієнти із:

- ішемічною хворобою серця: 12854 (44,1%) пацієнтів;

- цереброваскулярними хворобами: 6016 (20,6%) пацієнтів;

- гострим інфарктом міокарду: 1035 (3,5%) пацієнтів.

Друге місце в структурі госпітальної захворюваності посідають хвороби за класом «Новоутворення» із кількістю 17544 пацієнтів в тому числі 15067 (85,9%) пацієнтів із злоякісними новоутвореннями. При цьому необхідно відмітити, що за роки дослідження кількість госпіталізованих із новоутвореннями збільшилася на 8,5%, а кількість померлих в стаціонарі збільшилася на 36,5% і склала 685 пацієнтів в тому числі 635 (92,7%) пацієнтів із злоякісними новоутвореннями.

Третє місце в структурі госпітальної захворюваності посідають хвороби за класом «Хвороби органів травлення». Їх кількість зменшилася на 11,2% і склала 15995 пацієнтів. При цьому кількість померлих в стаціонарі внаслідок хвороб даного класу збільшилася на 16,3% і склала 522.

За даним класом хвороб найбільшу частку склали пацієнти із:

- хворобами підшлункової залози: 2408 (15,1%) пацієнтів;

- жовчно-кам'яною хворобою, холециститом, холангітом: 2223 (13,9%) пацієнтів;

- цирозом печінки: 1888 (11,8%) пацієнтів;

- грижами: 1854 (11,6%) пацієнтів;

- виразкою шлунку та 12-палої кишки: 1332 (8,3%) пацієнтів.

Четверте місце в структурі госпітальної захворюваності посідають хвороби за класом «Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин». Їх кількість збільшилася на 7,8% і склала 12921. При цьому летальність пацієнтів за даним класом хвороб за роки дослідження зменшилася на 20,0% і склала 120 пацієнтів.

За даним класом хвороб найбільшу частку склали пацієнти із:

- внутрішньочерепними травмами: 1307 (10,1%) пацієнтів;

- переломами кісток черепа, хребта, кісток тулуба, переломи в декількох ділянках тіла 928 (7,2%) пацієнтів;

- травмами інших внутрішніх органів, грудної, черевної порожнини і таза: 331 (2,6%) пацієнтів;

- термічними та хімічними опіками: 201 (1,57%) пацієнтів.

Необхідно зазначити, що значну частку (11,5%) серед госпіталізованих складають жінки за класом «Вагітність, пологи та післяпологовий період». Їх кількість у зрівнянні з 2019 роком скоротилася на 12,3% і склала 17979.

Перспективи подальший досліджень пов'язані із вивченням впливу війни проти російської агресії на віддалену потребу населення Закарпатської області в стаціонарному лікуванні.

Висновки

За період дослідження кількість пацієнтів, виписаних із стаціонарів області, скоротилася на 11,75% і склала 155973 пацієнтів. Кількість померлих в стаціонарах збільшилася на 26,90% і склала 4151 пацієнтів, що вказує на більш тяжкий стан пацієнтів під час поступлення на стаціонарне лікування.

Аналіз структури пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування вказує на недостатній рівень надання медичної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги та амбулаторної ланки спеціалізованої медичної допомоги та первинної, вторинної та третинної профілактики, а також безвідповідального ставлення дорослого населення до особистого здоров'я.

Література

1. Дикий Б.М., Нікіфорова Т.О. Епідеміологія (навчальний посібник для підготовки до практичних занять). – Івано-Франківськ: Видавництво Івано-Франківського державного медичного університету, 2006. – 196 с.
2. Здоров'я населення: статистичні та економічні методи його вивчення (навчальний посібник керуючого типу, видання третє) / Лобас В.М., Гарина М., Мостіпака Л., Слабкий Г.О. та ін. ЦМК МОЗ України. Донецьк, 2004. – 222 с.
3. Оцінка стану здоров'я різних груп населення України та заходи щодо його поліпшення. Слабкий Г.О., Медведовська Н.В., Кульчицька Т.К. та інші// Збірник наукових праць Українського інституту громадського здоров'я. Випуск 1. Київ. 2007 – С. 266-280.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2017. – 516 с.

References

1. Dykyu B.M., Nikiforova T.O. Epidemiolohiya (navchal'nyy posibnyk dlya pidhotovky do praktychnykh zanyat'). – Ivano-Frankivs'k: Vydavnytstvo Ivano-Frankivs'koho derzhavnogo medychnoho universytetu, 2006. – 196 s.
2. Zdorov'ya naseleण्या: statystychni ta ekonomichni metody yoho vyvchennya (navchal'nyy posibnyk keruyuchoho typu, vydannya tretye) / Lobas V.M., Haryna M., Mostipaka L., Slabkyu H.O. ta in. TSMK MOZ Ukrayiny. Donets'k, 2004. – 222 s.

3. Otsinka stanu zdorov'ya riznykh hrup naselennya Ukrayiny ta zakhody shchodo yoho polipshennya. Slabkiy H.O., Medvedovs'ka N.V., Kul'chyts'ka T.K. ta inshi // Zbirnyk naukovykh prats' Ukrayins'koho instytutu hromads'koho zdorov'ya. Vypusk 1. Kyiv. 2007 – S. 266-280.

4. Shchorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naselennya, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu ta rezul'taty diyal'nosti systemy okhorony zdorov'ya Ukrayiny. 2016 rik / MOZ Ukrayiny, DU «UISD MOZ Ukrayiny». – Kyiv : MVTС «Medinform», 2017. – 516 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.10.2022 р.

Мета: дослідити та провести аналіз показників госпітальної захворюваності дорослого населення та її структури в Закарпатській області в довоєнний період та за перший рік війни проти російської агресії.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження виступили дані галузевої статистичної звітності по Закарпатській області: форма 20 «Склад хворих в стаціонарі, строки та результати лікування» за період 2019-2022 роки. Методи дослідження: бібліосемантичний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати. За період дослідження кількість пацієнтів виписаних із стаціонарів області скоротилася на 11,75% і склала 155973 пацієнтів. Кількість померлих в стаціонарах збільшилася на 26,90% і склала 4151 пацієнтів, що вказує на більш тяжкий стан пацієнтів під час поступлення на стаціонарне лікування.

Висновки. Аналіз структури пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування, вказує на недостатній рівень надання медичної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги та амбулаторної ланки спеціалізованої медичної допомоги та первинної, вторинної та третинної профілактики, а також безвідповідального ставлення дорослого населення до особистого здоров'я.

Ключові слова: склад хворих в стаціонарі, Закарпатська область, 2019-2022 роки.

Aim: to study and analyze the indicators of hospital morbidity and its structure in the Transcarpathian region in the pre-war period and during the first year of the war against Russian aggression.

Materials and methods. The data of sectoral statistical reporting in the Transcarpathian region: form 20 "Contingent of patients in the hospital, terms and results of treatment" for the period 2019-2022 were used as the materials of the study. Research methods: bibliosemantic, medico-statistical, of structural-and-logical analysis.

Results. During the study period, the number of patients discharged from hospitals in the region decreased by 11,75% and amounted to 155973 patients. The number of deaths in hospitals increased by 26,90% and amounted to 4151 patients, which indicates a more serious condition of patients during admission to inpatient treatment.

Conclusions. Analysis of the structure of patients undergoing inpatient treatment indicates an insufficient level of medical care at the level of primary health care and outpatient specialized care and also primary, secondary and tertiary prevention, as well as irresponsible attitude of the adult population to personal health.

Key words: contingent of patients in the hospital, Transcarpathian region, years 2019-2022.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Білак-Лук'янчук Вікторія Йосипівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна 27.
bilak.vika@gmail.com.

Шкірта Михайло Іванович – старший викладач кафедри фізичного виховання Ужгородського національного університету; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна 29.
mihailo.shkirta@uzhnu.edu.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277078
УДК 316.728:616-057.87

Жданова О.В.

Вплив війни та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентів: за даними соціологічного дослідженняДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Zhdanova O.V.

The impact of war and distance learning on the health of students: according to a sociological studyUzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

zhdanova5775@gmail.com

Вступ

Збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді є складною та багатогранною проблемою. Стан здоров'я студентів як інтелектуального, так і трудового потенціалу є актуальною проблемою будь-якої країни [1]. Дослідженням даного питання займаються науковці в більшості країн світу [2]. Зростання вимог до рівня підготовки спеціалістів у вищих навчальних закладах спричиняє перенавантаження студентів та погіршення їхнього здоров'я, що призводить до фізичного та ментального перенавантаження та виснаження адаптивних резервів нервової, ендокринної та імунної систем і збільшує ризики розвитку захворювань [3,4]. В доступних джерелах інформації вказується на те, що за період навчання здоров'я студентів погіршується [5]. При цьому на стан здоров'я студентів негативно впливають такі фактори як нераціональне харчування, часті стреси, матеріально-побутові умови проживання та навчання, які не відповідають нормативам, гіподинамія, тютюнокуріння, зловживання алкоголем, неконтрольоване приймання ліків тощо [6,7].

Характерною особливістю останнього часу є пандемія та війна проти російської агресії. На їх фоні змінилися умови підготовки спеціалістів у вищій школі із впровадженням дистанційної форми навчання. Проведений нами аналіз публікацій щодо впливу війни проти російської агресії на стан здоров'я населення України показав на погіршення стану здоров'я населення в цілому [8], зниження рівня відношення до особистого здоров'я [9] та здоров'язберігаючої поведінки [10].

Мета: дослідити вплив війни та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентів.

Матеріали та методи

Матеріали: результати соціологічного опитування 407 студентів. Дослідження проводилося за спеціально розробленою анкетною. Досліджувався вплив на здоров'я студентів дистанційної форми навчання, яка була запроваджена в зв'язку з пандемією COVID-19, а потім і в зв'язку із війною проти російської агресії. Методи: бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний,

структурно-логічного аналізу. В ході дослідження збережено конфіденційність даних про респондентів.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження було встановлено рівень відношення студентів до особистого здоров'я в різні періоди дослідження. Отримані результати наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл. 2 результатів дослідження вказує на те, що в ранзі особистих цінностей на першому місці всі періоди дослідження є матеріальне благополуччя. В рейтинговій оцінці особистих цінностей інші місця займають цінності в залежності від періоду дослідження:

- в звичайних умовах наступні місця займають рівень оволодіння професією, перспективи по закінченню навчання, створення майбутньої сім'ї;
- в період дистанційної форми навчання наступні місця займають перспективи по закінченню створення перспективи по закінченню навчання та створення майбутньої сім'ї, а також рівень оволодіння професією;
- з початком війни особисті цінності міняються і провідними становляться особиста безпека та безпека рідних, а також перспективи по закінченню навчання.

Особисте здоров'я, як пріоритет в рейтингу особистих цінностей в звичайних умовах займає ґ місце, в період дистанційної форми навчання ґ місце, а з початком війни знову на ґ місці.

Цікавими є результати дослідження щодо оцінки респондентами соціально-психологічної оцінки відповідального ставлення до особистого здоров'я. Вони вказують на те, що більшість студентів мають недостатнє розуміння важливості значення та необхідних механізмів формування відповідального ставлення до особистого здоров'я, рівень якого із часом та складністю ситуації в країні підвищується.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу способу життя студентів в зазначених умовах навчання. До анкети були внесені питання, якими визначаються такі характеристики життя студентів, які негативно впливають на стан здоров'я. Отримані результати наведено в табл. 2.

Таблиця 1. Результати дослідження ціннісних оцінок студентами особистого здоров'я в системі інших особистих цінностей

Особиста цінність	В звичайних умовах		В період дистанційної форми навчання		З початком війни	
	бали	ранг	бали	ранг	бали	ранг
Особисте здоров'я	6,7	У	7,4	Ш	6,5	У
Матеріальний добробут	7,9	I	8,1	I	8,4	I
Особиста безпека	2,8	УІ	2,9	У	7,9	ІІ
Безпека рідних	2,7	УІІ	2,9	У	7,5	ІІІ
Рівень оволодіння професією	7,8	ІІ	6,9	ІУ	5,8	УІІ
Формування майбутньої сім'ї	7,4	ІУ	7,9	ІІ	6,4	УІ
Перспективи по закінченню навчання	7,7	ІІІ	7,9	ІІ	7,3	ІУ
Соціально-психологічна оцінка відповідального ставлення до особистого здоров'я						
Здоров'я – це власні життєві ресурси	361	88,7	385	94,6	349	85,7
Відповідальне ставлення до особистого здоров'я – це прояв сили волі	211	51,8	239	58,7	257	63,1
Здатність управляти своєю поведінкою	179	43,9	227	55,8	241	59,2
Здатність управляти своєю діяльністю по збереженню та зміцненню особистого здоров'я	259	63,6	301	73,9	315	77,4
Це розширення обсягу персональних знань	164	40,3	159	39,1	151	37,1
Це прояв сили волі	209	51,4	284	69,8	304	74,7
Це соціальна цінність	317	77,9	297	72,9	274	67,3
Свідома необхідність здорового способу життя	314	77,1	319	78,4	386	94,8

Таблиця 2. Характеристика способу життя, %

Особиста цінність	В звичайних умовах		В період дистанційної форми навчання		З початком війни	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тютюнопаління	211	51,8	296	72,7	302	74,2
Вживання алкоголю	121	29,7	184	45,2	215	52,8
Зловживання алкоголю	32	7,9	47	11,5	69	16,9
Нераціональне харчування	197	48,8	249	61,2	311	76,4
Низький рівень фізичної активності	72	17,7	294	72,2	353	86,7
Більше 6 годин на добу перебування за персональним комп'ютером	76	18,7	372	91,4	384	94,3
Перебування в постійному психоемоційному навантаженні	34	8,4	169	41,5	328	80,6
Страх за особисте життя	-	-	198	48,6	302	74,2

Особиста цінність	В звичайних умовах		В період дистанційної форми навчання		З початком війни	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Страх за життя рідних	-	-	211	51,8	384	94,3
Байдуже відношення до особистого зовнішнього вигляду	27	6,6	196	48,2	241	52,6
Байдуже відношення до результатів навчання	34	8,4	212	52,1	182	44,7
Байдуже відношення до колег-студентів	39	9,6	309	75,9	219	53,8

Аналіз наведених в табл. 2 результатів дослідження вказує на те, що в зв'язку з запровадженням дистанційної форми навчання при пандемії COVID-19 та в умовах війни проти російської агресії достовірно вищим у студентів став рівень тютюнопаління та вживання алкоголю при зниженні здорового способу життя. На даному етапі у студентів зафіксовано високий рівень чинників нездорового способу життя, які негативного впливають на здоров'я. До них відносяться: нераціональне харчування – 76,4%; низький рівень фізичної активності – 86,7%; більше 6 годин на добу перебування за персональним комп'ютером – 94,3% тощо.

В зв'язку з пандемією COVID-19 та в умовах війни проти російської агресії у студентів появилися такі чинники, які поряд з іншими призводять до ментального виснаження як страх за особисте життя та життя рідних людей. Проявом ментального виснаження є високий рівень байдужого відношення до особистого зовнішнього вигляду (52,6%), до результатів навчання (44,7%) та колег-студентів (53,8%).

Далі вивчалися та аналізувалися дані дослідження щодо загальної оцінки студентами впливу війни та дистанційної форми навчання на стан їх здоров'я. Отримані результати дослідження наведено в табл. 3.

Таблиця 3. Загальна оцінка впливу війни та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентів, %

Показник	Дистанційної форми навчання		З початком війни	
	абс.	%	абс.	%
Вплинуло негативного	129	31,6	136	33,4
Більше вплинуло негативно ніж не вплинуло	185	45,5	216	53,1
Не вплинуло	39	9,6	24	5,9
Не визначився	54	13,3	31	7,6

Аналіз наведених в табл. 3 даних вказує на те, що на 77,1% респондентів дистанційна форма навчання в певній мірі негативно вплинула на стан здоров'я студентів, а з початком війни проти російської агресії стан здоров'я погіршився у 86,5% опитаних. Під час співбесід з респондентами було встановлено, що у 76,7% опитаних характерними симптомами є симптоми ментального виснаження: постійне відчуття, тривоги, страх за життя, порушення сну, неможливість концентрації уваги тощо.

Останнім кроком дослідження було вивчення рівня готовності студентів відповідально ставитися до особистого здоров'я. Дані дослідження наведено в табл. 4.

Аналіз наведених в табл. 4 результатів дослідження вказує на те, що тільки 19,4% студентів є повністю готовими відповідально ставитися до особистого здоров'я 38,1 є більше готовими ніж не готовими так діяти. При цьому негативним показником є те, що 14,0% є більш не готовими ніж готовими, 20,6% – не готові відповідально ставитися до особистого здоров'я та 7,9% в своєму рішенні не визначилися.

Таблиця 4. Рівень готовності студентів відповідально ставитися до особистого здоров'я, %

Показник	Результат дослідження	
	абс.	%
Повністю готовий	79	19,4
Більше готовий ніж не готовий	155	38,1
Більше не готовий ніж готовий	57	14,0
Не готовий	84	20,6
Не визначився	32	7,9

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою заходів мінімізації негативного впливу війни проти російської агресії та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентської молоді.

Висновки

В ході проведеного дослідження було встановлено наступне. Особисте здоров'я, як пріоритет в рейтингу особистих цінностей в звичайних умовах займає Ү місце, в період дистанційної форми навчання III місце, а з початком війни знову на Ү місці. Достовірно вищим у студентів став рівень тютюнопаління та вживання алкоголю при зниженні здорового способу життя. На даному етапі у студентів зафіксовано високий рівень чинників нездорового способу життя, які негативного впливають на здоров'я. До них відносяться: нерациональне харчування – 76,4%; низький рівень фізичної активності – 86,7%; більше 6 годин на добу перебування за персональним комп'ютером – 94,3% тощо.

В зв'язку з пандемією COVID-19 та в умовах війни проти російської агресії у студентів появилися такі чинники, які поряд з іншими призводять до ментального виснаження як страх за особисте життя та життя рідних людей. Проявом метального виснаження є високий рівень байдужого відношення до особистого зовнішнього вигляду (52,6%), до результатів навчання (44,7%) та колег-студентів (53,8%).

Встановлено, що на 77,1% опитаних студентів дистанційна форма навчання в певній мірі негативно вплинула на стан здоров'я студентів, а з початком війни проти російської агресії стан здоров'я погіршився у 86,5% опитаних.

Література

1. Гребняк Н. П. Здоровье и образ жизни студентов / Н. П. Гребняк, В. П. Гребняк, В. В. Машинистов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 4. – С. 33-37.
2. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies / L. Hooper, A. Abdelhamid, H. J. Moore [et al.] // British Medical Journal. – 2012. – No. 12. – P. 12-15.
3. Баклыкова А. В. Здоровье и образ жизни студентов-медиков / А. В. Баклыкова // Молодой ученый. – 2010. – Т. 2, № 5. – С. 205-207.
4. Жданова О. В., Слабкий Г. О., Потокій Н. Й. Концептуальні підходи до забезпечення здорового способу життя студентської молоді // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2020. – №2 (84). – С. 4-9.
5. Ждан В. М. Самооцінка студентською молоддю стану особистого здоров'я та характеристика їх звернень за медичною допомогою / В. М. Ждан, Г. О. Слабкий, О. В. Жданова // Світ медицини та біології. – 2019. – № 4 (70). – С. 71-75.
6. Гаркуша С. В. Характеристика стану здоров'я сучасної молоді в Україні / С. В. Гаркуша // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. – 2013. – № 1 (107). – С. 92-95.
7. Слабкий Г. О. До питання формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров'я / Г. О. Слабкий, О. В. Жданова // The unit of science. – 2020. – С. 142-144.
8. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Щербінська О.С., Білак-Лук'ячук В.Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. – Репродуктивне здоров'я жінки. – №8 (63)/2022. – С. 26-31.
9. Миронюк Іван, Слабкий Геннадій, Білак-Лук'ячук Вікторія. Виклики для системи громадського здоров'я регіонального рівня в умовах воєнного стану в Україні (Challenges for the Regional Public Health System Under Martial Law in Ukraine). Ružomberské zdravotnícke dni 2022 – XVI. Ročník: Zborník z medzinárodnej konferencie. Ružomberok, 2022. С. 358-363.

References

1. Grebnyak N. P. Zdorov'ye i obraz zhizni studentov / N. P. Grebnyak, V. P. Grebnyak, V. V. Mashinistov // Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsyny. – 2007. – № 4. – S. 33-37.
2. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies / L. Hooper, A. Abdelhamid, H. J. Moore [et al.] // British Medical Journal. – 2012. – No. 12. – R. 12-15.
3. Baklykova A. V. Zdorov'ye i obraz zhizni studentov-medikov / A. V. Baklykova // Molodoy uchenyy. – 2010. – T. 2, № 5. – S. 205-207.
4. Zhdanova O. V., Slabkiy G. O., Potokiy N. Y. Kontseptual'ni pidkhodi do zabezpechennya zdorovogo sposobu zhittya students'koï molodï // Visnik sotsial'noï gîgîeni ta organizatsii okhoroni zdorov'ya Ukraïni. – 2020. – №2 (84). – S. 4-9.
5. Zhdan V. M. Samoosínka students'koyu moloddyu stanu osobistogo zdorov'ya ta kharakteristika ikh zvernenn' za medichnoyu dopomogoyu / V. M. Zhdan, G. O. Slabkiy, O. V. Zhdanova // Svít meditsini ta biologii. – 2019. – № 4 (70). – S. 71-75.
6. Garkusha S. V. Kharakteristika stanu zdorov'ya suchasnoï molodï v Ukraini / S. V. Garkusha // Visnik Chernigiv'skogo natsional'nogo pedagogichnogo universitetu imeni T. G. Shevchenka. – 2013. – № 1 (107). – С. 92-95.
7. Slabkiy G. O. Do pitannya formuvannya u students'koï molodï vidpovidal'nogo stavlennya do osobistogo zdorov'ya / G. O. Slabkiy, O. V. Zhdanova // The unit of science. – 2020. – S. 142-144.

8. Mironyuk Í.S., Slabkiy G.O., Shcherbíns'ka O.S., Bílak-Luk'yanchuk V.Y. Naslídky víny z rosíys'koyu federatsíeyu dlya gromads'kogo zdorov'ya Ukraїni. – Reprodukтивne zdorov'ya zhínki. – №8 (63)/2022. – S. 26-31.

9. Mironyuk Ívan, Slabkiy Gennadíy, Bílak-Luk'yanchuk Víktoříya. Vikliki dlya sistemi gromads'kogo zdorov'ya regional'nogo rívnnya v umovakh voénnogo stanu v Ukraїni (Challenges for the Regional Public Health System Under Martial Law in Ukraine). Ružomberské zdravotnícke dni 2022 – XVI. Ročník: Zborník z medzinárodnej konferencie. Ružomberok, 2022. S. 358-363.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.10.2022 р.

Мета: дослідити вплив війни та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентів.

Матеріали та методи. Матеріали: результати соціологічного опитування 407 студентів. Методи: бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати. Встановлено, що на 77,1% опитаних студентів дистанційна форма навчання в певній мірі негативно вплинула на стан здоров'я студентів, а з початком війни проти російської агресії стан здоров'я погіршився у 86,5% опитаних. При цьому особисте здоров'я, як пріоритет в рейтингу особистих цінностей в звичайних умовах займає V місце, в період дистанційної форми навчання – III місце, а з початком війни знову на V місці. Достовірно вищим у студентів став рівень тютюнопаління та вживання алкоголю при зниженні рівня здорового способу життя.

Висновки. Війна проти російської агресії та дистанційна форма навчання негативно вплинули на стан здоров'я студентської молоді.

Ключові слова: студенти, війна, дистанційна форма навчання, здоров'я, вплив, самооцінка.

Aim: to study the impact of war and distance learning on the health of students.

Materials and methods. Materials: results of sociological survey of 407 students. Methods: bibliosemantic, sociological, medico-statistical, of structural-and-logical analysis.

Results. It was found that for 77.1% of surveyed students distance learning to some extent negatively affected their health, and with the beginning of the war against Russian aggression, the state of health worsened in 86.5% of respondents. At the same time, personal health, as a priority in the rating of personal values under normal conditions, takes the fifth position, during the period of distance learning – the third place, and with the beginning of the war again is in the fifth position. The level of smoking and alcohol consumption became significantly higher among students alongside with reducing the level of a healthy lifestyle.

Conclusions. The war against Russian aggression and distance learning had a negative impact on the health of students.

Key words: students, war, distance learning, health, impact, self-esteem.

Відомості про автора

Жданова Оксана Вячеславівна – аспірант Ужгородського національного університету; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна 27.
zhdanova5775@gmail.com.

Богомаз В.М.¹, Динник О.Б.², Зюзь Н.Ю.¹

Чинники забезпечення якості ультразвукової діагностики

¹Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
²ГО «Українська асоціація фахівців з ультразвукової
діагностики», м. Київ, Україна

Bogomaz V.M.¹, Dynnyk O.B.², Ziuz N.Y.¹

Ultrasonography quality assurance factors

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
²NGO "Ukrainian Association of Specialists
in Ultrasound Diagnostics", Kyiv, Ukraine

vmbogomaz@gmail.com

Вступ

Умови медичної практики в Україні істотно змінились впродовж останніх років. Тривалий час пацієнтів і медичну спільноту переважно турбувало питання доступності ультразвукових досліджень, особливо високоспеціалізованих. Наразі першочерговими стають питання надійності лікарських висновків і ефективності використання технологій на маршруті пацієнта. Міжнародно визнаними характеристиками якісної медичної допомоги на початку третього тисячоліття є безпека для пацієнта, своєчасність, результативність, економічна ефективність, справедливість, орієнтація на потреби пацієнта [1,2]. Якість у радіології визначають як «ступінь, до якої адекватне дослідження виконується в правильний спосіб і в потрібний час, а вірна інтерпретація точно і швидко повідомляється пацієнту та лікарю, який скеровував на дослідження» [3]. Якість роботи радіологічних підрозділів істотно впливає на ефективність та результативність медичної допомоги хворим, тривалість діагностичного періоду, вибір медичного втручання та оцінку його ефективності. Останнім часом оприлюднені результати декількох програм поліпшення якості радіологічної діагностики національного рівня [4-6]. Кількість лікарів УЗД і кількість виконаних досліджень в системі охорони здоров'я невинно зростають. Інструменти оцінки та поліпшення якості роботи радіологічної служби вітчизняних лікарень потребують удосконалення.

Інтегральним показником якісного виконання роботи лікарем УЗД є точний результат дослідження. Чинники, що відображають поведінку і досвід оператора (людський фактор), чи інші виробничі аспекти, визначають професійну успішність медичної практики? На дослідженні проблем такого типу науковці сфокусовані недостатньо. Різні аспекти забезпечення якості ресурсів, технологій і досягнутих медичних результатів тісно переплетені в роботі відділень радіології. На нашу думку, вивчення можливої ролі кадрового компоненту, зокрема, ставлення медичного персоналу до чинників забезпечення якості його роботи, є одним з ключових. Збір і аналіз лікарських оцінок чинників забезпечення якості роботи лікарів УЗД були вперше виконані і опубліковані нами

понад 15 років тому [7]. За цей час істотно реформувалась схема фінансування в галузі охорони здоров'я, широко впроваджена система електронного здоров'я, змінились інструменти і правила безперервного професійного розвитку лікарів. Останніми роками ми спіткали критично великі соціально-економічні випробування, як під час пандемії COVID-19, так і впродовж триваючого спротиву зовнішній військовій агресії. Кількість ризиків зниження якості медичної допомоги істотно зростає.

Мета дослідження: актуалізація чинників забезпечення якості роботи лікаря УЗД та їх оцінка практикуючими лікарями.

Матеріали та методи

Дослідження було проведено у 2023 році методом анонімного електронного опитування лікарів УЗД України за спеціально розробленою анкетною. При складанні анкети використали більшість запитань письмового анкетування, виконаного нами у 2006 році [6]. Анкета містила низку відкритих і закритих запитань стосовно структурних, процесних та персональних аспектів роботи лікарів. В окремому розділі було запропоновано оцінити можливі чинники забезпечення якості роботи лікаря УЗД за шестибальною шкалою оцінки від 0 до 5: 0 – чинник значення не має, 1 – значення мінімальне, 2 – незначне, 3 – має помірне значення, 4 – чинник важливий, 5 – надзвичайно важливий. Для забезпечення широкого представництва лікарів анкети розповсюджувались впродовж двох місяців через соціально-професійні групи в різних месенджерах та через сторінки Українського доплерівського клубу та Української асоціації фахівців з УЗД. Отримано та проаналізовано результати 304 анкет. Аналіз результатів соціологічного дослідження виконаний нами з використанням статистичного та абстрактно-логічного методів.

Результати дослідження та їх обговорення

Темою управління якістю у вітчизняній системі охорони здоров'я практичні лікарі цікавляться неактивно, тому невеликий відгук на запропоноване анкетування нас

не здивував. Респонденти нерівномірно розподілилися у віковому діапазоні 25-67 років. Середній вік респондентів склав 44 роки, що близько до показників минулого дослідження. Більшість респондентів (81,3%), – були жінками, що відображає відомий гендерний дисбаланс як у цій спеціальності, так і у сфері охорони здоров'я загалом. Переважна частка респондентів мали великий досвід роботи за фахом: стаж більше 10 років мали 50,0% опитаних, від 5 до 10 років – 17,8%, менше 5 років – 32,2% лікарів. У порівнянні з минулим дослідженням можна зазначити тренд на збільшення частки «нових» лікарів. На нашу думку, це з одного боку відображає збільшення кількості закладів післядипломної освіти, які надають можливість спеціалізуватися з УЗД, а з іншого – свідчить про живий інтерес лікарів до нового і корисного їм фаху. Зокрема, це підтверджується фактом, що діючі сертифікати з інших медичних спеціальностей на момент анкетування мали 65,5% опитаних лікарів УЗД.

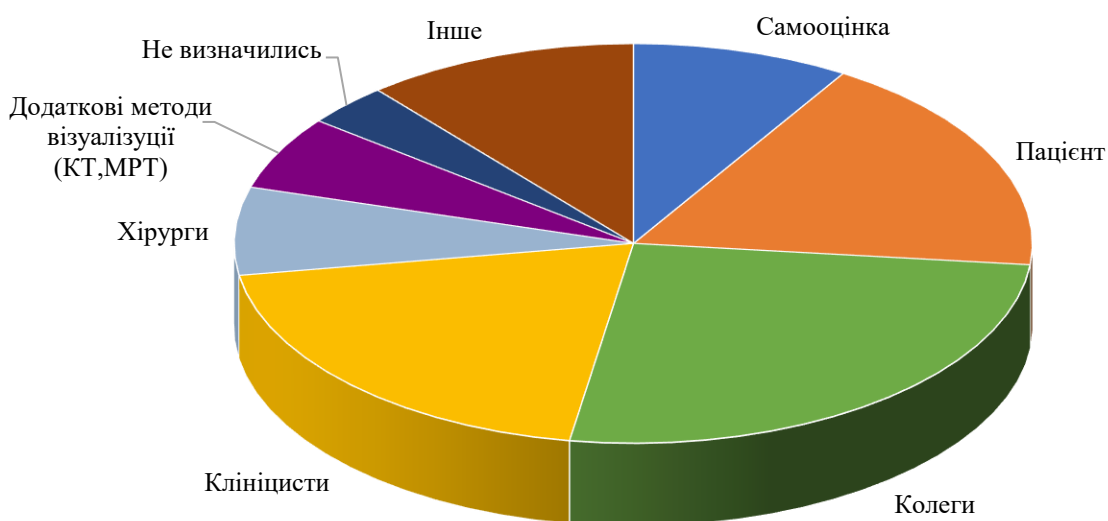
Якість медичної допомоги є результатом взаємодії всього персоналу лікарні, де УЗД є лише однією з ланок лікувально-діагностичного процесу. Одним з запитань анкети було – „Чи задоволені Ви якістю взаємодії з лікарями-клініцистами Вашої установи?“ Згідно з відповідями, цілком задоволені цим 27,3% респондентів, «скоріше так» – 57,6%, «скоріше ні» – 15,3% респондентів. Порівняння показників цього та минулого дослідження свідчить про позитивні тренди клініко-діагностичної співпраці в закладах охорони здоров'я. Наявність досвіду роботи клініцистом респонденти віднесли до важливих чинників забезпечення якості. Цей чинник посів десяте місце, серед всіх запропонованих для оцінки, з середнім значенням 3,47 бали.

Важливим сучасним світовим трендом в організації і управлінні надання УЗ діагностичних послуг у сфері охорони здоров'я, особливо на рівні первинної медичної допомоги, є впровадження принципу “point-of-care ultrasound – POCUS”. Принцип POCUS означає виконання УЗД в тому місці, там де воно потрібне в інтересах

пацієнта для швидкого його менеджменту – пацієнт-орієнтована УЗД. За визначенням European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology (EFSUMB): «Принцип POCUS це діагностика або лікувальна процедура з застосуванням ультразвукової візуалізації за місцем потреби, які проводяться клініцистом під час огляду пацієнта, щоб допомогти провести краще оцінку поточного стану та клінічного ведення пацієнта» [8]. Очевидно, що в сучасній системі надання медичних послуг все більше лікарів-клініцистів беруть ультразвуковий датчик в свої руки для оперативного задоволення потреб менеджменту пацієнта [9]. Мініатюризація УЗ приладів дозволяє технологічно забезпечити реалізацію принципу POCUS безпосередньо біля ліжка пацієнта, особливо сімейним лікарем. Це дозволяє йому планувати і програми УЗ скринінгу таких соціально небезпечних хвороб, як неінфекційні захворювання (НІЗ) на рівні первинної медичної допомоги [10].

Відповіді на запитання „На Вашу думку, лікарі якої з інших спеціальностей розуміються в ультразвуковій діагностиці найкраще та найгірше?“ вже традиційно були дуже суперечливими, що відзеркалює об'єктивні відмінності між лікарнями різних рівнів і регіонів. Як і в минулому опитуванні беззаперечним лідером оцінок були лише хірурги, які отримали схвальні оцінки 36,4% опитаних лікарів УЗД.

Терміни «експертиза» та «експертна оцінка» в нашій галузі охорони здоров'я мають тривалу історію та суперечливу результативність. Систематичні експертні оцінки результатів УЗД впроваджені в поодиноких закладах охорони здоров'я і вимог щодо їх проведення у регламентуючих документах немає. За результатами нашого анкетування в якості головного експерта якості роботи респонденти назвали, насамперед, колеги за фахом та клініцистів, серед яких відносно виділялись лікарі хірургічного профілю. Структура відповідей на запитання „Хто для Вас є головним експертом якості Вашої роботи?“ відображена на діаграмі.



Діаграма. Розподіл відповідей на запитання «Хто для Вас є основним експертом якості вашої роботи?», %

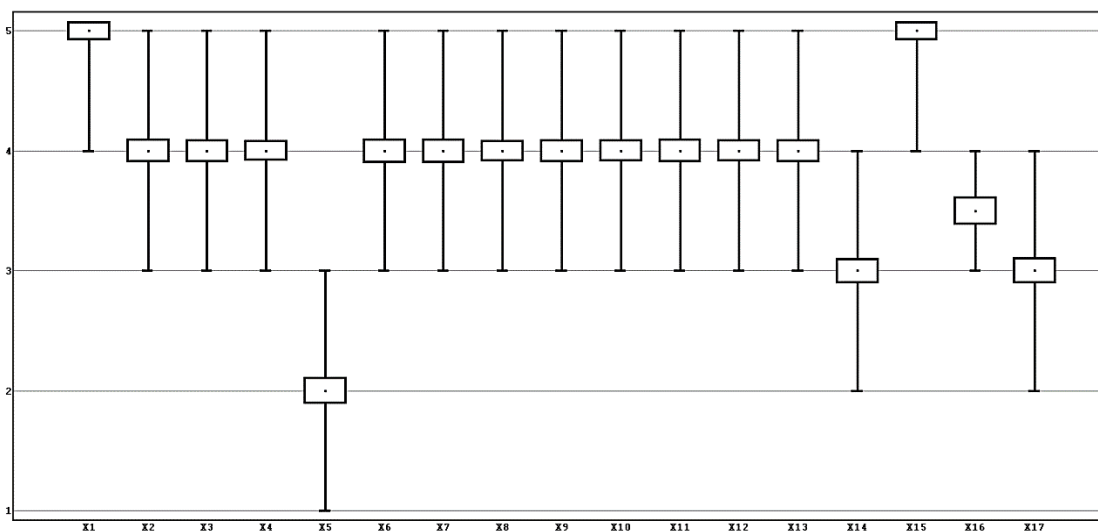
Формування компетентності лікаря і його професійний розвиток не є прямим наслідком власної медичної практики, потребує зворотного зв'язку стосовно можливих діагностичних помилок та хибних висновків. Збереження зображень для повторної оцінки і аналізу досі не є стандартною практикою для сонографії, хоча є традиційним для інших променевих досліджень. Друга думка в радіології стала типовим явищем для складних або сумнівних онкологічних випадків. В університетських лікарнях Німеччини УЗД черевної порожнини проводиться у все більш міждисциплінарному контексті, а 29% університетських лікарень мають міждисциплінарні ультразвукові центри [11]. Відсутність наукових епідеміологічних даних та невпевненість у показниках звітної статистичної інформації з більшості патологічних станів обмежує можливість порівняння статистики лікаря або відділення з національними рівнями поширеності певних патологій. Аналіз наукових джерел за двадцять років вказав на необхідність збільшення досліджень проблематики сонографічної освіти. Численні приклади якісних ініціатив в інших суміжних напрямках охорони здоров'я були б корисними посібниками у цій сфері [12].

Спостереження за професійним розвитком та зростанням компетентності лікарів з метою забезпечення їх відповідності вимогам часу та наявним технічним можливостям є функцією завідувачів відділення у потужних лікарнях. У невеликих медичних установах, кількість яких наразі вимірюється тисячами і продовжує зростати, на нашу думку, панує автономія лікарів. Це може мати вплив на різні складові медичної якості.

Практика управління якістю медичної допомоги сповнена прикладами реагування лише на критичні помилки, що стали причиною звернень пацієнтів. Експерти можуть допомогти уникати майбутніх помилок. Наразі більшість лікарів змушені вчитись на власних помилках, оскільки помилки попередників ніде не архівуються і обговорюються вкрай мало.

З публікацій відомо про різноманітний світовий досвід управління якістю та можливе залучення до цього професійних організацій. Згідно з результатами міжнародного дослідження програм якості та безпеки в радіології, ініціативи з якості, про які найчастіше повідомлялося, стосувалися доцільності застосування візуалізації (порядок скерування) (91,7%) та реєстрів захворювань (91,7%), впровадження оцінки за ключовими показниками ефективності (83,3%) та аналіз захворюваності та смертності (83,3%). Рецензування висновків для запобігання помилкам, акредитація обладнання, моніторинг дози опромінення та структуровану звітність використовували 75,0% респондентів. Лише 58,3% респондентів повідомили про аудити якості та звітування про критичні інциденти. Найрідше згадувались індустриальні моделі управління якістю і оцінка показників діяльності лікарів, що були реалізовані у 25,0% респондентів [13].

Показники важливості запропонованих у анкеті потенційних чинників якості роботи лікаря за результатом середнього балу у відповідях лікарів подані на рис. 1.



- X1 – Сучасний апарат УЗД; X2 – Наявність інженерного забезпечення в установі; X3 – Побутові зручності в кабінеті;
 X4 – Стаж роботи лікаря за фахом; X5 – Вік лікаря; X6 – Стан особистого здоров'я;
 X7 – Наявність досвіду роботи клініцистом; X8 – Рівень офіційної заробітної плати;
 X9 – Сумісне навчання з лікарями інших спеціальностей; X10 – Доступ до Інтернету в кабінеті;
 X11 – Якість викладання на базовій кафедрі; X12 – Дотримання норм навантаження на лікаря;
 X13 – Достатня увага з боку адміністрації закладу; X14 – Зручність поїздки на місце роботи;
 X15 – Можливість регулярно відвідувати освітні заходи; X16 – Наявність медичної сестри УЗД-кабінету;
 X17 – Настанова якості ISO 9001

Рис. 1. Розподіл важливості чинників забезпечення якості роботи лікаря УЗД

Чинник «Наявність сучасного ультразвукового устаткування кабінету» віднесено лікарями до дуже важливих і він, з середнім значенням 4,29, посів перше місце в рейтингу запропонованих факторів якості. В нашому анкетуванні на запитання „Скільки років Вашому основному УЗД-апарату?” діапазон відповідей склав від 1 до 30 років. Середній заявлений вік приладів респондентів 5,9 років (5,6 у минулому анкетуванні). Розподіл відповідей подано на рис. 2. За нашою оцінкою УЗД є найдоступнішою опцією для вітчизняних пацієнтів

серед можливих радіологічних методик. Кількість діагностичних приладів та загальний рівень відставання технічного оснащення українських медичних закладів від європейських аналогів скорочується. Радіологічні відділення та їх ресурси повинні відповідати вимогам найкращих європейських стандартів, щоб забезпечувати оптимальний рівень надання послуг пацієнтам і зменшувати навантаження на персонал, пом'якшуючи його виснаження, що переконливо підтримується міжнародними дослідженнями [5].

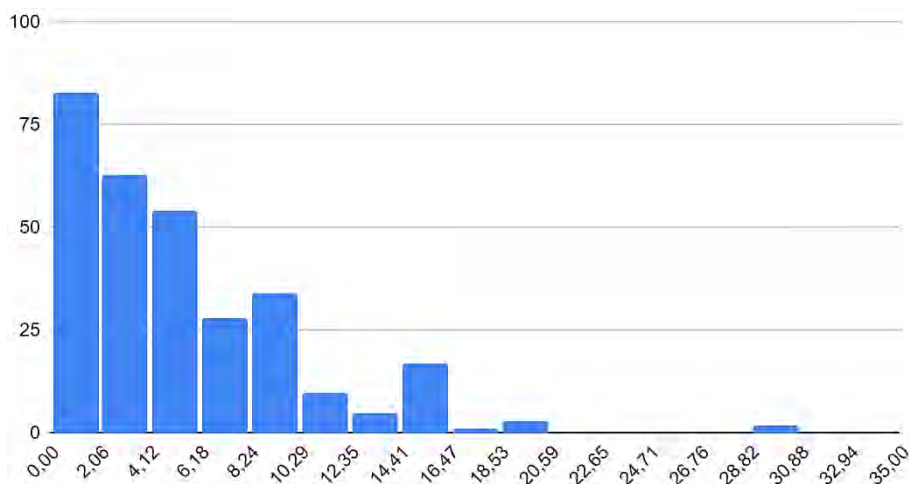


Рис. 2. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Скільки років вашому основному апарату УЗД?»

Не викликає сумнівів положення, що якість діагностики насамперед залежить від компетентності лікаря УЗД. Відлунням швидкого прогресу технологій, зростанням освітніх потреб, зокрема, стосовно мультипараметричного і мультимодального підходів до оцінки патології при радіологічному обстеженні є оцінка лікарями чинника «Можливість регулярно відвідувати освітні заходи». З середнім балом 4,22, його визнано дуже важливим з другим місцем у рейтингу впливовості. Хоча з часу минулого дослідження доступ до міжнародних та вітчизняних Інтернет-ресурсів значно покращився і потужно зросли можливості для інформальних форм навчання та дистанційної самоосвіти, рейтингова позиція цього чинника не змінилась. Інший освітній чинник «Якість викладання на базовій кафедрі» також віднесено респондентами до важливих, з середньою оцінкою 3,88 та п'ятим рейтинговим місцем. Чинник «Сумісне навчання з лікарями інших спеціальностей» отримав середню оцінку 3,57. У коментарях до анкетування деякі лікарі вказали на обмежену кількість безкоштовних освітніх заходів безперервного професійного розвитку лікарів УЗД і зазначили, що у інших спеціальностей такі можливості вищі. На певні проблеми цієї ланки професійної освіти вказують і наші німецькі колеги [14].

Відомому експерту з УЗД в сфері жіночого здоров'я, проф. Ф. Дегенхардту належить вислів «Досвідчений дослідник на обладнанні середнього класу може досягти таких же, або навіть кращих результатів, ніж менш кваліфікований на найсучаснішому устаткуванні»

[15]. Чинник «Стаж роботи лікаря за фахом» перемістився з третьої позиції в попередньому дослідженні (4,25) на сьому у актуальному рейтингу, залишаючись в групі важливих чинників з середнім показником оцінки респондентами 3,79.

Чинник «Рівень офіційної заробітної плати» за рівнем середньої оцінки (3,99) відкриває список важливих і його позиція в рейтингу зросла у порівнянні з попереднім опитуванням. Ми вважаємо, що це є наслідком істотного зростання базової і середньої заробітної плати лікарів в країні.

Умови роботи медичній установі, ресурсне забезпечення та організація виробничих процесів визнані респондентами важливими чинниками якості. Зокрема, серед ресурсів медичного закладу, що визначені важливими для забезпечення якості роботи були: «Доступ до Інтернету в кабінеті» (3,92), «Достатня увага з боку адміністрації закладу» (3,57) «Наявність інженерного забезпечення в установі» (3,56), «Побутові зручності в кабінеті» (3,36). Перелік ресурсних складових якості значно ширший запропонованих анкетних варіантів і включає крім технологічного рівня УЗ-апарата, програмне забезпечення і оргтехніку в кабінеті, інтер'єр кабінету та зони очікування, достатню кількість та зовнішній вигляд персоналу, температурний режим приміщень тощо. Частина цих чинників істотно впливає на сприйняту пацієнтами якість медичних послуг. Фактор «Дотримання норм навантаження на лікаря» також віднесений респондентами до важливих чинників якості з середнім

балом 3,86. Згідно коментарів до анкетування, частина лікарів вважає застарілим чинний наказ МОЗ, що регулює норми навантаження лікаря на роботі: «коли буде новий наказ що до навантаження на лікаря УЗД? 1997 рік – то було дуже давно»; «потрібно розробити чи оновити норми навантаження лікарів УЗД»; «норми навантаження на роботі немає».

Процесна складова забезпечення якості була дещо обмежено відображена в анкеті з міркувань обмеження загального обсягу і часу заповнення опитувальника. Культура роботи діагностичних підрозділів є однією з визначальних складових корпоративної культури закладу охорони здоров'я. Власний досвід і загальні принципи управління якістю послугами переконують у важливості роботи кабінету за чітким графіком з дотриманням етики та запланованих норм тривалості досліджень, демонстрація турботи, чуйності і щирого бажання допомогти, впевненість та ввічливість при комунікації з пацієнтом і його представниками, тощо.

Персоніфіковані чинники хоча і зазначені важливими, отримали скромніші оцінки респондентів: «Зручність поїздки на місце роботи» (3,03), «Стан особистого здоров'я» (3,26).

Збільшення тривалості професійної діяльності актуалізувало питання впливу віку лікаря на надійність його роботи. В деяких країнах та спеціальностях з високою часткою мануальних навичок з'являються вимоги щодо процедур допуску до діяльності після досягнення певного віку. Зосередженість та терпіння в випадках складної візуалізації, прецизійні мануальні навички зі збільшенням віку лікаря УЗД можуть страждати. Практичні лікарі наразі не вважають подібні ризики актуальними. Як і минулому дослідженні, наразі лікарі поставили чинник «Вік лікаря» на останню позицію серед запропонованих і з середнім показником 2,07 його вплив на якість визнано незначним. Власний досвід аналізу ринку медичних кадрів засвідчує, що швидке розширення радіологічних підрозділів і медичних центрів впродовж останнього десятиріччя викликало дефіцит висококваліфікованих кадрів. Професійне довголіття може полегшити цю ситуацію.

Коментуючи анкетування, частка респондентів опосередковано визнала проблеми управління якістю ультразвукової діагностики: «відсутність стандартизації проведення УЗ-обстежень та їх інтерпретації – хто як хоче, так і описує, «у кожного була своя школа»; «відсутні загальні стандартні протоколи по всій країні з вимогою їх

дотримання»; «треба викоринити міфічні діагнози лікарів узд». Вперше запропонований для оцінки чинник «наявність сертифікації установи за ISO» не потрапив до групи важливих, і, з середнім балом 3,18, визнаний помірно важливим.

Перспективи подальших досліджень

Системне управління якістю може підвищити стандарти та оптимізувати медичну допомогу пацієнтам при використанні всіх видів радіологічних досліджень. Можливо варто дослухатись до ідеї призначення старшого лікаря серед УЗД-фахівців у комплексних радіологічних відділеннях та створення міждисциплінарних центрів ультразвукової освіти при університетських клініках [14].

Перспективи розвитку ультразвукових технологій визначають нові виклики для лікарів. УЗД зі спеціалізованих кабінетів дедалі частіше буде переміщатись до клініцистів, ліжка хворого або до його домівки (POCUS) [8,9]. На часі зростання кількості діагностичних біопсій та терапевтичних втручань під ультразвуковим контролем, розширення можливостей контрастних досліджень, впровадження нових кількісних методик оцінки органів (наприклад, еластографія, стеатометрія), участь в супроводі трансплантацій органів. Ми потребуємо прискореного розвитку навчальних баз, вдосконалення програм спеціалізації та безперервного професійного навчання та визначених джерел фінансової підтримки лікарів УЗД у їх професійному розвитку.

Висновки

1. Оцінка фахівцями найважливіших чинників забезпечення якості роботи лікаря УЗД істотно не змінилась впродовж останніх десятиліть. Лікарі відносять наявність сучасного устаткування та можливість регулярно відвідувати освітні заходи до дуже важливих чинників якості їх роботи.

2. Значення віку лікаря УЗД оцінено незначним, а стаж роботи за фахом та наявність досвіду роботи клініцистом – важливими чинниками якості медичної допомоги.

3. Назріла необхідність прискореного впровадження міжнародних рекомендацій по менеджменту якості та безперервному професійному розвитку медичного персоналу в радіології.

Автори висловлюють подяку всім небайдужим колегам, які попри всі актуальні проблеми, знайшли бажання і час долучитися до обговорення такої стратегічної тематики.

Література

1. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press; 2001. 364 p.
2. Staver N, Caramella D. Successful quality management system in a radiology department. HealthManagement.org 2018;V. 18 (5): 405-407.
3. Hillman BJ, Amis ES, Neiman HL. The Future Quality and Safety of Medical Imaging. Proceedings of the Third Annual ACR FORUM: JAm Coll. Radiol. 2004;1:33-39.

4. Національне керівництво для лікарів, які направляють пацієнтів на радіологічні дослідження. Ред. Бабій Я.С., Бортний М.О., Дикан І.М. і інші. Київ: Медицина України. 2016. 74 с.
5. National Radiology Quality Improvement Programme. 2nd National Data Report. Royal college of physicians of Ireland: 1 JAN – 31 DEC 2020; 72 p.
6. Tao X, Li J, Gu Y, Ma L, Xu W, Wang R. et al. National Quality Improvement Program on Ultrasound Department in China. A Controlled Cohort Study of 1297 Public Hospitals. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2023;20:397. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010397>.
7. Богомаз ВМ, Динник ОБ, Могила ОІ. Проблеми забезпечення якості медичної допомоги за оцінкою лікарів ультразвукової діагностики. *Променева діагностика, променева терапія*. 2007; №1:74-79.
8. EFSUMB Clinical Practice Guidelines for Point-of-Care Ultrasound: Part One (Common Heart and Pulmonary Applications) .Long version. *Ultraschall in Med*. 2023.44(1):e1-e24. DOI 10.1055/a-1882-5615.
9. Point-of-Care Ultrasound, 2nd edition. Edited by Soni NJ, Arntfield R, Kory P. 2020: Elsevier; 502 p.
10. Nielsen MB, Cantisanib V, Sidhu PS et al. The Use of Handheld Ultrasound Devices – An EFSUMB Position Paper. *Ultraschall in Med* 2019; 40: 30–39. doi.org/10.1055/a-0783-2303.
11. Welle R, Seufferlein T, Kratzer W. Current state of under – and postgraduate education in abdominal ultrasonography at German university hospitals. A panel study over 20 years. *Z. Gastroenterol*. 2021; 9:225–240.
12. Sorrentino K. Quality Improvement Initiatives in Sonography Education. A Review of the Literature. *Journal of Diagnostic Medical Sonography* 2021; Vol. 37(5): 473–480.
13. Dick J, Darras KE, Lexa FJ, et al. An International Survey of Quality and Safety Programs in Radiology. *Can Assoc Radiol J*. 2021 Feb;72(1):135-141. doi: 10.1177/0846537119899195. Epub 2020 Feb 18; PMID: 32066249.
14. Weber MA, Delorme S. Sonografische Weiterbildung auf dem Weg zum radiologischen Facharzt. Konzepte und Herausforderungen [Ultrasound training in the professional development of radiological specialists. Concepts and challenges]. *Radiologe*. 2017 Nov; 57(11):967-972. German. doi: 10.1007/s00117-017-0307-y. PMID: 28956080.
15. Degenhardt F, Frenz J-P, Harms A. *Manual Mammasonographie*. Georg Thieme Verlag: Stuttgart; 171 p.

References

1. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press; 2001. 364 p.
2. Staver N, Caramella D. Successful quality management system in a radiology department. *HealthManagement.org* 2018;V. 18 (5): 405- 407.
3. Hillman BJ, Amis ES, Neiman HL. The Future Quality and Safety of Medical Imaging. *Proceedings of the Third Annual ACR FORUM: JAm Coll. Radiol*. 2004;1:33–39.
4. Національне керівництво для лікарів, які направляють пацієнтів на радіологічні дослідження. Ред. Бабій Я.С., Бортний М.О., Дикан І.М. і інші. Київ: Медицина України. 2016. 74 с.
5. National Radiology Quality Improvement Programme. 2nd National Data Report. Royal college of physicians of Ireland: 1 JAN – 31 DEC 2020; 72 p.
6. Tao X, Li J, Gu Y, Ma L, Xu W, Wang R. et al. National Quality Improvement Program on Ultrasound Department in China. A Controlled Cohort Study of 1297 Public Hospitals. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2023;20:397. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010397>.
7. Bogomaz VM, Dymnyk OB, Mogyla OI. Problemy zabezpechenia yakosti medychnoi dopomogy za ocinkoy likariv ultrazvukovoi diagnostyky. *Променева діагностика, променева терапія*. 2007; №1:74-79.
8. EFSUMB Clinical Practice Guidelines for Point-of-Care Ultrasound: Part One (Common Heart and Pulmonary Applications) .LONG version. *Ultraschall in Med*. 2023.44(1):e1-e24. DOI 10.1055/a-1882-5615.
9. Point-of-Care Ultrasound, 2nd edition. Edited by Soni NJ, Arntfield R, Kory P. 2020: Elsevier; 502 p.
10. Nielsen MB, Cantisanib V, Sidhu PS et al. The Use of Handheld Ultrasound Devices – An EFSUMB Position Paper. *Ultraschall in Med* 2019; 40: 30–39. doi.org/10.1055/a-0783-2303.
11. Welle R, Seufferlein T, Kratzer W. Current state of under – and postgraduate education in abdominal ultrasonography at German university hospitals. A panel study over 20 years. *Z. Gastroenterol*. 2021; 9:225–240.
12. Sorrentino K. Quality Improvement Initiatives in Sonography Education. A Review of the Literature. *Journal of Diagnostic Medical Sonography* 2021; Vol. 37(5): 473–480
13. Dick J, Darras KE, Lexa FJ, et al. An International Survey of Quality and Safety Programs in Radiology. *Can Assoc Radiol J*. 2021 Feb;72(1):135-141. doi: 10.1177/0846537119899195. Epub 2020 Feb 18; PMID: 32066249.
14. Weber MA, Delorme S. Sonografische Weiterbildung auf dem Weg zum radiologischen Facharzt. Konzepte und Herausforderungen [Ultrasound training in the professional development of radiological specialists. Concepts and challenges]. *Radiologe*. 2017 Nov; 57(11):967-972. German. doi: 10.1007/s00117-017-0307-y. PMID: 28956080.
15. Degenhardt F, Frenz J-P, Harms A. *Manual Mammasonographie*. Georg Thieme Verlag: Stuttgart; 171 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2022 р.

Мета дослідження: актуалізація чинників забезпечення якості роботи лікаря УЗД та їх оцінка практичними лікарями.

Матеріали та методи. Дослідження виконано у 2023 році методом анонімного електронного опитування лікарів ультразвукової діагностики (УЗД) за спеціально розробленою анкетою. Анкета містила 18 відкритих і закритих запитань стосовно різних виробничих аспектів медичної практики.

Результати. Актуалізовано рейтинг чинників забезпечення якості роботи за оцінками лікарів УЗД. Обговорено проблеми менеджменту якості в діагностичних підрозділах закладів охорони здоров'я.

Висновки. Сучасне устаткування та можливість відвідувати навчальні заходи віднесені лікарями до найважливіших чинників, а вік лікаря отримав найнижчу оцінку серед запропонованих чинників надання якісної медичної допомоги.

Ключові слова: якість медичної допомоги, ультрасонографія, опитування лікарів, POCUS.

The aim of the study actualization of the factors of ensuring the quality of work of an ultrasound doctor and their evaluation by practicing doctors.

Materials and methods. The research was conducted out in 2023 by anonymous electronic survey of ultrasonography doctors by using a specially developed questionnaire. The questionnaire contained 18 open and closed questions regarding various working aspects of medical practice.

Results. The rating of factors ensuring the medical services quality according to the assessments of ultrasound doctors has been updated. Problems of quality management in diagnostic departments of health care institutions are discussed.

Conclusions. Modern equipment and the opportunity to attend educational events are considered by doctors to be the most important factors, and the doctor's age was rated the lowest among the proposed factors of providing quality medical care.

Key words: quality of medical care, ultrasonography, survey of doctors, POCUS.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Богомаз Володимир Михайлович – кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішніх хвороб стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; 01004 м. Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13. vmbogomaz@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-1493-6558.

Динник Олег Борисович – кандидат медичних наук, Президент ГО «Українська асоціація фахівців ультразвукової діагностики» (УАФУД), заслужений лікар України, головний лікар ТОВ «Інститут еластографії». obdynnyk@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-8066-631X.

Зюзь Наталія Юріївна – асистент кафедри сучасних технологій медичної діагностики та лікування Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. natzyuz1@gmail.com, ORCID ID 0009-0009-5689-0886.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277081
УДК 616.727.2-009.12:615.825

Русанов А.П.

Динаміка якості життя у пацієнтів з адгезивним капсулітом та міофасціальним больовим синдромом під впливом фізичної терапії

Національний університет фізичного виховання і спорту України, кафедра фізичної терапії та ерготерапії, м. Київ, Україна
ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», відділення реабілітації, м. Київ, Україна

Rusanov A.P.

Dynamics of the quality of life in patients with adhesive capsulitis and myofascial pain syndrome under the influence of physical therapy

National University of Ukraine on Physical Education and Sport, department of physical therapy and ergotherapy, Kyiv, Ukraine
SI «Institute of traumatology and orthopedics of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», department of rehabilitation, Kyiv, Ukraine

rusya2081@gmail.com

Вступ

Адгезивний капсуліт плечового суглобу (АКПС) є одним із найпоширеніших захворювань опорно-рухового апарату, які спостерігаються в ортопедії [1]. Пацієнти з АКПС зазвичай мають прихований чи безпричинний початок болю, який може прогресувати до серйозних обмежень у плечовому суглобі [2]. Захворювання зустрічається частіше у жінок, особливо на 5-7 десятилітті життя [1]. АКПС характеризується хворобливою ригідністю плечового суглобу, погіршує якість життя та призводить до інвалідності [2-4]. У деяких дослідженнях вказується, що ця патологія зникає через 1-3 роки, інші дослідження відзначають, що пацієнти страждають від тривалого дефіциту амплітуди, котрий може тривати до 10 років [1]. Через труднощі з підняттям і обертанням плеча пацієнти відчувають проблеми з повсякденною діяльністю, пов'язаною з підняттям рук над головою [2]. Додаткове погіршення якості життя відбувається під впливом АКПС як супутньої патології [1].

Міофасціальний больовий синдром (МБС) є дуже поширеним і економічно значимим для суспільства, а його поширеність в даний час становить від 30% до 85% [5,6]. Крім того, біль часто супроводжується іншими скаргами, такими як депресія, психічний стрес, тривога, а згодом зниження якості життя [5]. У наукових роботах була продемонстрована ефективність різних методів ФТ для полегшення болю, покращення амплітуди рухів і функціонального стану пацієнтів з АКПС [7] та МБС [6,8]. Поширеним методом фізичної терапії (ФТ) при АКПС є кінцевоамплітудна мобілізація (КАМ) [9], а у терапії МБС досить часто застосовують шемічну компресію [10].

Проте проблема реабілітації осіб з АКПС та супутнім МБС недостатньо висвітлена у літературі, зокрема щодо дослідження впливу ФТ на якість життя. Одним з причин цього є той факт, що МБС часто не

відзначають як діагноз, оскільки цей синдром має ознаки і симптоми, які приховуються за симптоматикою інших патологічних станів [6,11].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано згідно плану НДР НУФВСУ на 2021-2025 рр. за темою «Відновлення функціональних можливостей, діяльності та участі осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп засобами фізичної терапії», № державної реєстрації 0121U107926.

Мета дослідження: дослідити вплив КАМ та ІК на показники якості життя серед пацієнтів з АКПС та МБС у грудному відділі.

Матеріал та методи

Учасники. 30 пацієнтів, які проходили лікування у ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», взяли участь у дослідженні. Перед ФТ пацієнти проходили діагностичні дослідження і консультацію у лікаря ортопедо-травматолога.

Серед пацієнтів перед консультацією лікаря не було таких, котрі мали внутрішньосуглобову ін'єкцію кортикостероїдів у анамнезі, водночас 11 (36,7%) пацієнтів отримали ін'єкцію стероїдів після консультації лікаря, тобто перед ФТ. З обстеженої групи один пацієнт проходив ФТ раніше. Двоє пацієнтів отримували нестероїдні протизапальні засоби впродовж ФТ.

Критерії включення у дослідження були такими: односторонній АКПС, МБС у грудному відділі, біль і обмеження діапазону рухів у плечовому суглобі принаймні у 2 напрямках (згинання менше 120°, внутрішня і зовнішня ротація менше 50% норми), відсутність особливих патологічних знахідок при ультразвуковому дослідженні суглоба. Критерії виключення: травми плеча, операції на плечі або маніпуляції під анестезією в анамнезі; неврологічні

захворювання, що впливають на функціонування плеча під час повсякденної діяльності; біль або розлади ліктя, зап'ястка або кисті; інші патологічні стани плеча (розрив ротаторної манжети, тендиніт, остеоартрит тощо).

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ICH GCP (1996), Директиви ЄС № 609 (від 24.11.1986), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009, № 944 від 14.12.2009, № 616 від 03.08.2012. Пацієнти брали участь у проведеному дослідженні повністю за власним бажанням, що підтверджується особистим підписанням відповідної інформованої згоди. Кожен пацієнт особисто був проінформований щодо обов'язків і прав та можливості завершити дослідження в будь-який момент його проведення без будь-яких наслідків та пояснення причин своїх дій.

Методи. Виконувався аналіз історій хвороб. Гоніометрія плечового суглобу, оцінка болю у тригерних точках (ТТ) проводилися перед ФТ та після її закінчення. Оцінка якості життя проводилася до втручання та через 1,5 місяця після закінчення ФТ (тобто через 9 тижнів від початку ФТ).

Вимірювалися пасивна та активна амплітуди відповідно до рекомендацій [12]. Внутрішню і зовнішню ротації вимірювали у положенні лежачи з відведеним на 15° плечем і складеним рушником під ліктем. Оцінка болю у кінці амплітуди руху і у ТТ проводилася за числовою шкалою [13]. Оцінка болю у ТТ виконувалася при тиску 2,5 кг×см², котрий виконувався під контролем цифрового тензметра VTSYIQI. Реєструвався показник найбільшої оцінки серед ТТ.

Оцінка якості життя пацієнтів відбувалася шляхом заповнення міжнародного стандартизованого опитувальника Health Status Survey, а саме короткої форми SF-36. Опрацювання заповнених опитувальників відбувалося за алгоритмом представлених у наукових роботах [14]. Аналізувалися результати вісьмох доменів та двох підсумкових шкал.

Втручання. ФТ починалася після виконання обстежень і консультування лікаря. Фізичний терапевт також проводив консультацію щодо особливостей проведення КАМ та ІК. Впродовж 3 тижнів переважна більшість пацієнтів отримала 15 планових процедур КАМ, котра виконувалася фізичним терапевтом. Відзначимо, що два пацієнти отримали 14 процедур, ще двоє – 16, а 13 та 17 процедур отримали по 1 пацієнту. Пацієнт самостійно виконував ІК після інструктажу та пошуку ТТ. Детальний опис втручань представлено у попередній роботі [10].

Статистичний аналіз. Отримані результати були опрацьовані методами математичної статистики. Використовували прикладну програму IBM SPSS Statistics 21. Оскільки результати переважної більшості показників

не відповідали закону нормального розподілу, тому розраховувалися медіана (Me) та верхній і нижній квартилі (25%; 75%). Для результатів показників, котрі відповідали закону нормального розподілу, додатково обчислювалися $\bar{x} \pm S$. Для порівняння результатів використовувався t-критерій Стьюдента для залежних вибірок при нормальному розподілі, а у інших випадках критерій Вілкоксона (критерій конвертувався програмою у величину Z).

Результати дослідження та їх обговорення

У обстеженій вибірці пацієнтів налічувалося 25 жінок (83,3%). Для віку значення Me (25%;75%) склали 54 (49,75; 59) років, а для тривалості симптомів 4,25 (2,75; 6,25) місяця. Правостороннє ураження АКПС спостерігалось у 43,3% пацієнтів, а на домінуючій стороні у 40% пацієнтів. Оцінка максимального рівня болю під час першої процедури КАМ становила 10 (9; 10) балів за числовою шкалою болю, а останньої 4 (3; 4,25) бала.

Показники амплітуди заключної гоніометрії статистично відрізнялися від початкових результатів, що вказує на ефективність виконаної ФТ. Зокрема амплітуда пасивного відведення зросла з 58,5 (40,8; 64,3)° до 125 (124,8; 126)° при оцінюванні через 1,5 місяця після завершення ФТ ($Z=-4,784$; $p<0,001$), а активна – з 55,5 (32,8; 61,3)° до 125 (120,8; 125,3)° ($Z=-4,785$; $p<0,001$). Особливості змін згинання виявилися у тому, що пасивна амплітуда зросла з 67,5 (55; 93)° до 180 (180; 180)° ($Z=-4,783$; $p<0,001$), а активна з 63,5 (51; 91)° до 180 (179; 180)° ($Z=-4,783$; $p<0,001$).

Результати статистичного аналізу підтвердили наявність позитивної динаміки й амплітуд внутрішньої ротації впродовж ФТ: пасивної з 15 (13,8; 19,3)° до 90 (90; 90)° ($Z=-4,786$; $p<0,001$); активної з 12 (10,8; 15,5) до 90 (89; 90)° ($Z=-4,788$; $p<0,001$). Зовнішня ротація мала схожу динаміку: пасивна з 18 (16; 21)° до 90 (90; 90)° ($Z=-4,790$; $p<0,001$); активна з 15 (12,8; 17,3)° до 90 (88,8; 90)° ($Z=-4,788$; $p<0,001$).

Відзначимо, що показник болю у ТТ статистично поліпшився впродовж ФТ з 9 (9; 9) балів до 4 (3; 4) балів при останній оцінці ($Z = -4,876$; $p<0,001$). Порівняння результатів першого та заключного оцінювання якості життя встановило, що домени поліпилися за час ФТ і періоду спостереження (табл.).

Сумарні шкали опитувальника SF-36 також поліпилися. Зокрема, результат шкали фізичний статус зріс з 39,17±7,07 до 52,32±4,62 бала ($t = -8,917$; $p<0,001$), а значення Me (25%;75%) склали відповідно 37,1 (33,5; 44) бала та 52,3 (50,1; 55,2) бала. Психічний статус покращився з 45,2 (40; 49) балів до 51,5 (48,2; 53,8) балів ($Z = -3,857$; $p<0,001$). Особливості розподілу початкових та заключних результатів шкал фізичного статусу та психічного статусу відображено на рисунку.

Таблиця. Показники Me (25%; 75%) доменів якості життя

Домен	Оцінювання, бали		Критерій Вілкоксона	P
	перше	друге		
Фізичне функціонування	72,5 (60; 81,3)	95 (85; 100)	-4,636	<0,001
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	0 (0; 50)	100 (100; 100)	-4,663	<0,001
Біль	33,8 (22,5; 45)	77,5 (57,5; 90)	-4,029	<0,001
Загальне здоров'я	65 (53,8; 75)	72,5 (63,8; 85)	-3,120	0,002
Життєздатність	65 (53,8; 70)	75 (65; 76,3)	-2,657	0,008
Соціальне функціонування	68,8 (62,5; 78,1)	87,5 (71,9; 87,5)	-2,986	0,003
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	0 (0; 66,7)	100 (100; 100)	-4,399	<0,001
Психічне здоров'я	68 (52; 72)	76 (68; 84)	-2,723	0,006

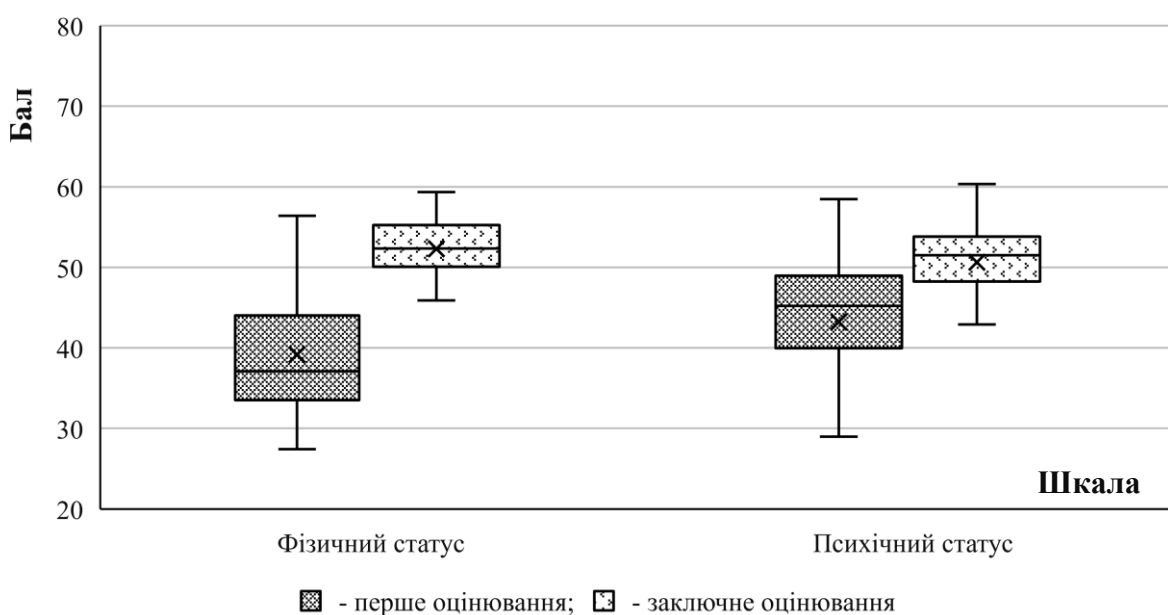


Рис. Особливості розподілу сумарних шкал якості життя

Отримані результати підтвердили ефективність КАМ та ІК, котрі входили до ФТ пацієнтів з АКПС та супутнім МБС грудного відділу. Після ФТ встановлено статистично ліпші показники гоніометрії плечового суглобу у обстеженій групі пацієнтів порівняно з початковими результатами. Крім того, заключне оцінювання якості життя встановило її поліпшення. Зокрема усі домени, відповідно до опитувальника SF-36 поліпшилися. Сумарна шкала фізичний статус мала більш виражену динаміку порівняно з психічним статусом, проте обидва показника статистично поліпшилися.

Дослідження, котрі вивчали вплив КАМ та ІК на показники якості життя серед осіб з АКПС та супутнім МБС грудного відділу, відсутні. У попередніх роботах проводилася оцінка динаміки якості життя пацієнтів з АКПС чи МБС під впливом ФТ та інших типів лікування.

Якість життя є важливим критерієм ефективності лікування [15]. Використання ФТ сприяє покращенню якості життя пацієнтів з захворюваннями опорно-рухового

апарату [16-18]. У роботі В.Н. Он та S.Y. Kim [19] встановлено, що використання мануальної терапії (мобілізація III ступеня, функціональний масаж) серед пацієнтів з АКПС призвело до покращення якості життя, показників гоніометрії та активності. Якість життя у пацієнтів збільшилася з 55,27 до 58,55 балів на третьому тижні терапії та до 61,31 балів на шостому відповідно до оцінювання опитувальником World Health Organization Quality of Life, а зміни були статистично значущими. Крім того дослідники відзначили, що поліпшення було значимим у домені фізичне здоров'я та психологічному домені. Водночас у цьому дослідженні включення домашньої програми вправ для зміцнення ротаторної манжети до стандартної ФТ мало позитивний вплив на біль у плечі, показники амплітуди, рівень інвалідності та якість життя. Зокрема динаміка якості життя була більш вираженою: з 57,09 до 62,84 балів на 3 тижні терапії та до 67,42 балів на шостому. Водночас у цій групі поліпшення було статистично значимим не лише у домені фізичне

здоров'я та психологічному домені, а також у доменах загальне здоров'я, навколишнє середовище. Проте у обох групах значущої динаміки не було у домені соціальні відносини.

Дослідники Т. Atan та Y. Bahar-Ozdemir [3] встановили, що комбіноване використання високо-інтенсивної лазерної терапії та терапевтичних вправ мало кращий вплив на показник болю за візуально-аналоговою шкалою, домен болю за опитувальником Індекс болю та інвалідності у плечі, а також якість життя за SF-36 (домени життєздатність, біль та загальне здоров'я) порівняно з іншими групами дослідження (фіктивний лазер і терапевтичні вправи; лише терапевтичні вправи). Відзначимо, що усі групи отримували 25 хвилин вправ для плечового суглоба під наглядом фізичного терапевта, 5 разів на тиждень впродовж 3 тижнів.

У дослідженні G. Choubey та співавторів [4] якість життя пацієнтів з АКПС поліпшилася з $44,39 \pm 9,70$ балів до $72,27 \pm 10,97$ балів відповідно до опитувальника SF-12 v2, що було наслідком індивідуального гомеопатичного лікування впродовж понад 2 місяців. Відзначимо, що показник сумарного фізичного компонента зріс з $41,44 \pm 9,54$ бала до $70,52 \pm 12,59$ балів, а психічного зріс з $49,72 \pm 12,76$ бала до $75,42 \pm 8,89$ балів.

У дослідженні S. K. Shakouri [5] та співавторів показники якості життя пацієнтів з МБС були загалом зниженими. Зокрема фізичне функціонування складо

$68,67 \pm 2,63$ бала, соціальне функціонування – $62,55 \pm 24,57$ бала, психічне здоров'я – $61,51 \pm 16,87$, що досить наближено до даних, отриманих при першому оцінюванні пацієнтів з АКПС та МБС.

Отримані результати підтверджують висновки S.M. Rayegani та співавторів [20] про те, що ФТ покращує якість життя та показники болю у ТТ серед пацієнтів з МБС. Водночас, систематичні огляди рекомендують ІК для лікування пацієнтів з ТТ у верхньому трапецієподібному м'язі, хоча відзначається, що є слабкі докази щодо впливу на функціонування і якість життя [21]. Систематичний огляд, котрий був виконаний Н. Vernon та М. Schneider, виявив помірно переконливі докази ефективності маніпуляцій та ІК для негайного полегшення болю у ТТ, а також відмітив наявність лише обмежених доказів щодо тривалого полегшення болю [22].

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні впливу КАМ та ІК на показники активності та участі серед пацієнтів з АКПС і МБС.

Висновки

Використання КАМ та ІК, котрі входили до ФТ, призвело до поліпшення показників у всіх доменах і сумарних шкалах якості життя пацієнтів з АКПС і супутнім МБС у грудному відділі.

Література

1. Pandita V, Raina V, Vaithianadane K. A Response Analysis to Assess the Role of Adhesive Capsulitis on Quality of Life in Patients with T2DM. *International Journal of Science and Research*. 2018;7(4):251-3.
2. Patel R, Urits I, Wolf J, Murthy A, Cornett EM, Jones MR, Ngo AL, Manchikanti L, Kaye AD, Viswanath O. A Comprehensive Update of Adhesive Capsulitis and Minimally Invasive Treatment Options. *Psychopharmacol Bull*. 2020 Oct 15;50(4 Suppl 1):91-107.
3. Atan T, Bahar-Ozdemir Y. Efficacy of high-intensity laser therapy in patients with adhesive capsulitis: a sham-controlled randomized controlled trial. *Lasers Med Sci*. 2021 Feb;36(1):207-217. doi: 10.1007/s10103-020-03121-z.
4. Choubey G, Nahar L, Banerjee A, Roja V. Role of homoeopathy in the management of adhesive capsulitis: A pretest-posttest study. *Indian Journal of Research in Homoeopathy*. 2022;16(1):31-8.
5. Shakouri SK, Dolatkah N, Omidbakhsh S, Pishgahi A, Hashemian M. Serum inflammatory and oxidative stress biomarkers levels are associated with pain intensity, pressure pain threshold and quality of life in myofascial pain syndrome. *BMC Res Notes*. 2020 Nov 7;13(1):510. doi: 10.1186/s13104-020-05352-3.
6. Galasso A, Urits I, An D, Nguyen D, Borchart M, Yazdi C, Manchikanti L, Kaye RJ, Kaye AD, Mancuso KF, Viswanath O. A Comprehensive Review of the Treatment and Management of Myofascial Pain Syndrome. *Curr Pain Headache Rep*. 2020 Jun 27;24(8):43. doi: 10.1007/s11916-020-00877-5.
7. Nakandala P, Nanayakkara I, Wadugodapitiya S, Gawarammana I. The efficacy of physiotherapy interventions in the treatment of adhesive capsulitis: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2021;34(2):195-205. doi: 10.3233/BMR-200186.
8. Bingölbali Ö, Taşkaya C, Alkan H, Altındağ Ö. The effectiveness of deep tissue massage on pain, trigger point, disability, range of motion and quality of life in individuals with myofascial pain syndrome. *Somatosens Mot Res*. 2023 Jan 16:1-7. doi: 10.1080/08990220.2023.2165054.
9. Русанов АП, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Роль технік мобілізації у фізичній терапії пацієнтів з адгезивним капсулітом плечового суглобу. *Art of Medicine*. 2022;24(4):181-6. <https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/858>.
10. Русанов АП, Рой ІВ, Борзих НО, Кудрін АП, Вітомський ВВ. Ефективність мобілізації та ішемічної компресії при адгезивному капсуліті та міофасціальному больовому синдромі. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2023, 8(1):228–34.

11. Friction JR, Steenks MH. Diagnostiek en behandeling van myofasciale pijn [Diagnosis and treatment of myofascial pain]. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 1996 Jul;103(7):249-53. Dutch.
12. Clarkson HM, Gilewich GB. *Musculoskeletal assessment: joint motion and muscle testing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; A Wolters Kluwer, 2013. P. 520.
13. Markman JD, Gewandter JS, Frazer ME. Comparison of a Pain Tolerability Question With the Numeric Rating Scale for Assessment of Self-reported Chronic Pain. *JAMA Netw Open*. 2020 Apr 1;3(4):e203155. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3155.
14. Вітомський ВВ, Аль-Хавамдех ХМ. Вплив обструктивних порушень функції зовнішнього дихання на якість життя кардіохірургічних пацієнтів перед операцією та фізичною терапією. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2020;13(3):421-6. doi: 10.14739/2409-2932.2020.3.216231.
15. Куценко В, Вітомський В, Лазарева О, Вітомська М. Вплив фізичної реабілітації на якість життя осіб з поствірусним синдромом втоми. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2018;29: 110-117.
16. Раад Абдул Хаді Мохаммад Альальван, Вітомський ВВ, Джафар Тайсір Мохаммад Аль-Куран, Ніканоров ОК. Відновлення функціональних показників нижньої кінцівки та якості життя після оперативного лікування розриву ахіллового сухожилка. Спортивна медицина і фізична реабілітація. 2017;1:79-87.
17. Федоренко СН, Онопрієнко ІВ, Лазарева ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Роль фізичної терапії у покращенні функціонування та якості життя при болю у спині. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2018;12(106):111-5.
18. Vitomskiy VV, Lazarieva OB, Ra'ad Abdul Hadi Mohammad Alalwan, Vitomska MV. Restoration of ankle joint, quality of life dynamics and assessment of achilles tendon rupture consequences. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*, 2017;21(6):308–314. doi:10.15561/18189172.2017.0608.
19. Oh BH, Kim SY. The effect of home exercise programs for rotator cuff strengthening on pain, range of motion, disability level, and quality of life in patients with adhesive capsulitis. *Physical Therapy Korea*. 2020;27(1):19-29.
20. Rayegani SM, Bayat M, Bahrami MH, Raeissadat SA, Kargozar E. Comparison of dry needling and physiotherapy in treatment of myofascial pain syndrome. *Clin Rheumatol*. 2014 Jun;33(6):859-64. doi: 10.1007/s10067-013-2448-3.
21. Cagnie B, Castelein B, Pollie F, Steelant L, Verhoeven H, Cools A. Evidence for the Use of Ischemic Compression and Dry Needling in the Management of Trigger Points of the Upper Trapezius in Patients with Neck Pain: A Systematic Review. *Am J Phys Med Rehabil*. 2015 Jul;94(7):573-83.
22. Vernon H, Schneider M. Chiropractic management of myofascial trigger points and myofascial pain syndrome: a systematic review of the literature. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009 Jan;32(1):14-24. doi: 10.1016/j.jmpt.2008.06.012.

References

1. Pandita V, Raina V, Vaithianadane K. A Response Analysis to Assess the Role of Adhesive Capsulitis on Quality of Life in Patients with T2DM. *International Journal of Science and Research*. 2018;7(4):251-3.
2. Patel R, Urits I, Wolf J, Murthy A, Cornett EM, Jones MR, Ngo AL, Manchikanti L, Kaye AD, Viswanath O. A Comprehensive Update of Adhesive Capsulitis and Minimally Invasive Treatment Options. *Psychopharmacol Bull*. 2020 Oct 15;50(4 Suppl 1):91-107.
3. Atan T, Bahar-Ozdemir Y. Efficacy of high-intensity laser therapy in patients with adhesive capsulitis: a sham-controlled randomized controlled trial. *Lasers Med Sci*. 2021 Feb;36(1):207-217. doi: 10.1007/s10103-020-03121-z.
4. Choubey G, Nahar L, Banerjee A, Roja V. Role of homoeopathy in the management of adhesive capsulitis: A pretest-posttest study. *Indian Journal of Research in Homoeopathy*. 2022;16(1):31-8.
5. Shakouri SK, Dolatkah N, Omidbakhsh S, Pishgahi A, Hashemian M. Serum inflammatory and oxidative stress biomarkers levels are associated with pain intensity, pressure pain threshold and quality of life in myofascial pain syndrome. *BMC Res Notes*. 2020 Nov 7;13(1):510. doi: 10.1186/s13104-020-05352-3.
6. Galasso A, Urits I, An D, Nguyen D, Borchart M, Yazdi C, Manchikanti L, Kaye RJ, Kaye AD, Mancuso KF, Viswanath O. A Comprehensive Review of the Treatment and Management of Myofascial Pain Syndrome. *Curr Pain Headache Rep*. 2020 Jun 27;24(8):43. doi: 10.1007/s11916-020-00877-5.
7. Nakandala P, Nanayakkara I, Wadugodapitiya S, Gawarammana I. The efficacy of physiotherapy interventions in the treatment of adhesive capsulitis: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2021;34(2):195-205. doi: 10.3233/BMR-200186.
8. Bingölbali Ö, Taşkaya C, Alkan H, Altındağ Ö. The effectiveness of deep tissue massage on pain, trigger point, disability, range of motion and quality of life in individuals with myofascial pain syndrome. *Somatosens Mot Res*. 2023 Jan 16:1-7. doi: 10.1080/08990220.2023.2165054.
9. Rusanov AP, Vitomskiy VV, Vitomska MV. Rol tehnik mobilizatsii u fizychnii terapii patsientiv z adhezyvnyim kapsulitom plechovoho suhlobu. *Art of Medicine*. 2022;24(4):181-6. <https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/858>.

10. Rusanov AP, Roi IV, Borzykh NO, Kudrin AP, Vitomskyi VV. Efektyvnist mobilizatsii ta ishemichnoi kompresii pry adhezyvnomu kapsuliti ta miofastsialnomu bolovomu syndromi. Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sport. 2023, 8(1):228–34.
11. Friction JR, Steenks MH. Diagnostiek en behandeling van myofasciale pijn [Diagnosis and treatment of myofascial pain]. Ned Tijdschr Tandheelkd. 1996 Jul;103(7):249-53. Dutch.
12. Clarkson HM, Gilewich GB. Musculoskeletal assessment: joint motion and muscle testing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; A Wolters Kluwer, 2013. P. 520.
13. Markman JD, Gewandter JS, Frazer ME. Comparison of a Pain Tolerability Question With the Numeric Rating Scale for Assessment of Self-reported Chronic Pain. JAMA Netw Open. 2020 Apr 1;3(4):e203155. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3155.
14. Vitomskyi VV, Al-Khavamdekh KHM. Vplyv obstruktyvnykh porushen funktsii zovnishnoho dykhannia na yakist zhyttia kardiokhirurhichnykh patsiiientiv pered operatsiieiu ta fizychnoiu terapiieiu. Current issues in pharmacy and medicine: science and practice. 2020;13(3):421-6. doi: 10.14739/2409-2932.2020.3.216231.
15. Kutsenko V, Vitomskyi V, Lazariieva O, Vitomska M. Vplyv fizychnoi reabilitatsii na yakist zhyttia osib z postvirusnym syndromom vtomy. Molodizhnyi naukovyi visnyk Skhidnoieuropeiskoho natsionalnoho universytetu imeni Lesi Ukrainky. 2018;29: 110-117.
16. Raad Abdul Khadi Mokhammad Alalvan, Vitomskyi VV, Dzhafar Taisir Mokhammad Al-Kuran, Nikanorov OK. Vidnovlennia funktsionalnykh pokaznykiv nyzhnoi kintsivky ta yakosti zhyttia pislia operatyvnoho likuvannia rozryvu akhillovoho sukhozhyhka. Sports medicine and physical rehabilitation. 2017;1:79-87.
17. Fedorenko SN, Onopriienko IV, Lazariieva OB, Vitomskyi VV, Vitomska MV. Rol fizychnoi terapii u pokrashchenni funktsionuvannia ta yakosti zhyttia pry bolii u spyni. Naukoviy chasopis NPU Imeni M. P. Dragomanova. Seriya: Naukovo-pedagogichni problemi flzichnoyi kulturi (flzichna kultura i sport). 2018;12(106):111-5.
18. Vitomskyi VV, Lazariieva OB, Ra'ad Abdul Hadi Mohammad Alalwan, Vitomska MV. Restoration of ankle joint, quality of life dynamics and assessment of achilles tendon rupture consequences. Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports, 2017;21(6):308–314. doi:10.15561/18189172.2017.0608.
19. Oh BH, Kim SY. The effect of home exercise programs for rotator cuff strengthening on pain, range of motion, disability level, and quality of life in patients with adhesive capsulitis. Physical Therapy Korea. 2020;27(1):19-29.
20. Rayegani SM, Bayat M, Bahrami MH, Raeissadat SA, Kargozar E. Comparison of dry needling and physiotherapy in treatment of myofascial pain syndrome. Clin Rheumatol. 2014 Jun;33(6):859-64. doi: 10.1007/s10067-013-2448-3.
21. Cagnie B, Castelein B, Pollie F, Steelant L, Verhoeven H, Cools A. Evidence for the Use of Ischemic Compression and Dry Needling in the Management of Trigger Points of the Upper Trapezius in Patients with Neck Pain: A Systematic Review. Am J Phys Med Rehabil. 2015 Jul;94(7):573-83.
22. Vernon H, Schneider M. Chiropractic management of myofascial trigger points and myofascial pain syndrome: a systematic review of the literature. J Manipulative Physiol Ther. 2009 Jan;32(1):14-24. doi: 10.1016/j.jmpt.2008.06.012.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.11.2022 р.

Мета: дослідити вплив кінцевоамплітудної мобілізації та ішемічної компресії на показники якості життя серед пацієнтів з адгезивним капсулітом плечового суглобу та міофасціальним больовим синдромом у грудному відділі.

Матеріали та методи. 30 пацієнтів взяли участь у дослідженні. Гоніометрія плечового суглобу, оцінка болю у тригерних точках проводилися перед фізичною терапією та після її закінчення. Оцінка якості життя (за SF-36) проводилася до та через 1,5 місяця після закінчення фізичної терапії. Впродовж 3 тижнів переважна більшість пацієнтів отримала 15 планових процедур кінцевоамплітудної мобілізації, котра виконувалася фізичним терапевтом. Пацієнти самостійно виконували ішемічну компресію після інструктажу та пошуку тригерних точок.

Результати. Заключні показники амплітуди руху та болю були статистично ліпшими порівняно з початковими результатами. Оцінювання якості життя також встановило її поліпшення. Усі домени поліпшилися. Сумарна шкала фізичний статус мала більш виражену динаміку порівняно з психічним статусом, проте обидва показника статистично поліпшилися. Результат шкали фізичний статус зріс з $39,17 \pm 7,07$ до $52,32 \pm 4,62$ бала, а значення Me (25%;75%) склали відповідно 37,1 (33,5; 44) бала та 52,3 (50,1; 55,2) бала. Психічний статус покращився з 45,2 (40; 49) балів до 51,5 (48,2; 53,8) балів.

Висновки. Використання кінцевоамплітудної мобілізації та ішемічної компресії, котрі входили до фізичної терапії, призвело до поліпшення показників у всіх доменах і сумарних шкалах якості життя.

Ключові слова: фізична терапія, реабілітація, мануальна терапія, опорно-руховий апарат, плечовий суглоб, активність.

Objective: to investigate the effect of end-range mobilization and ischemic compression on quality of life indicators among patients with adhesive capsulitis of the shoulder joint and myofascial pain syndrome in the thoracic spine.

Materials and methods. 30 patients participated in the study. Goniometry of the shoulder joint, assessment of pain in trigger points were performed before and after physical therapy. Assessment of quality of life (according to SF-36) was carried out before and 1.5 months after the end of physical therapy. Over the course of 3 weeks, the vast majority of patients received 15 planned end-range mobilization procedures performed by a physical therapist. Patients independently performed ischemic compression after instruction and search for trigger points.

Results. Final range of motion and pain scores were statistically better compared to baseline. Assessment of the quality of life also established its improvement. All domains have improved. The total scale of physical status had more pronounced dynamics compared to mental status, but both indicators improved statistically. The result of the physical status scale increased from 39.17 ± 7.07 to 52.32 ± 4.62 points, and the values of Me (25%; 75%) were 37.1 (33.5;44) points and 52.3 (50.1; 55.2) points respectively. Mental status improved from 45.2 (40; 49) points to 51.5 (48.2; 53.8) points.

Conclusions. The use of end-range mobilization and ischemic compression, were included in physical therapy, led to improvements in all domains and total scales of quality of life.

Key words: physical therapy, rehabilitation, manual therapy, musculoskeletal system, shoulder joint, activity.

Відомості про автора

Русанов Андрій Петрович – докторант кафедри фізичної терапії та ерготерапії Національного університету фізичного виховання і спорту України; 03150, м. Київ, вул. Фізкультури, 1.
+380 (44) 289-40-92, rusya2081@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-4357-7059.

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

Особливості реабілітації хворих на хронічний гастродуоденіт в поєднанні з ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного та запального генезу

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

Filak Ya.F., Filak F.G.

Peculiarities of rehabilitation of patients with chronic gastroduodenitis in combination with spinal damage of degenerative-dystrophic and inflammatory genesis

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

yaroslav.filak@uzhnu.edu.ua, felix.filak@uzhnu.edu.ua

Вступ

Хронічний гастродуоденіт – досить складне захворювання, яке зумовлено дією різних факторів – ендогенних (внутрішніх) та екзогенних (зовнішніх). Через запальний процес порушуються процеси травлення, а саме вироблення шлункового соку, моторика кишечника, що позначається на перетравленні їжі в цілому. Внутрішні фактори пов'язані з підвищеним утворенням кислоти в шлунку, зниженим виробленням слизу та порушенням секреції гормонів. В більшості випадків порушуються функції жовчовивідних шляхів, печінки, підшлункової залози. До внутрішніх причин також відносять спадкову схильність, захворювання ендокринної та нервової систем, алергічні реакції, дуоденогастральний рефлюкс, що супроводжується закиданням у шлунок вмісту дванадцятипалої кишки, що сприяє пошкодженню епітелію слизової оболонки [1,3].

За даними науковців хронічним гастродуоденітом страждають близько 30% людей. При чому патологія часто зустрічається у осіб працездатного віку і, як правило, причиною цього є бактерія *Helicobacter pylori*. Для хронічного гастродуоденіту характерна поступова втрата клітинами регенеративних функцій. Запалення починається у шлунку і поширюється на дванадцятипалу кишку, що призводить до порушення секреторних, моторних та евакуаторних функцій пілоричного відділу шлунка та дванадцятипалої кишки, потім розвивається метаплазія [1,4].

Важкість перебігу захворювання на хронічний гастродуоденіт оцінюється за рядом факторів: тривалістю і вираженістю болювого синдрому, диспепсичних проявів, змін ендоскопічної та морфологічної картини та наявністю супутніх патологій. Ускладнюючим фактором перебігу захворювання, я показують наші спостереження є дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, що вражають периферійні відділи нервової системи і потенціюють перебіг захворювань травної системи. Дегенеративними захворюваннями хребта страждає

75-85% дорослого населення України. За даними різних авторів від 50 до 80% населення працездатного віку періодично лікуються від болювих відчуттів у грудному і поперековому відділах хребта, які у 80% спостережень пов'язані з патологією міжхребцевих дисків. Синергія гастроентерологічних та неврологічних порушень зумовлює посилення різноманітних симптомів, які залежать насамперед від локалізації патологічного процесу в певному руховому сегменті хребта [2,5].

Аналіз ряду літературних джерел з даного питання виявили, що існує мало, досліджень, пов'язаних з упровадженням у комплекс санаторного лікування хворих, на хронічний гастродуоденіт, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта методик комплексної санаторно-курортної терапії. У наукових працях багатьох авторів доведено ефективність санаторно-курортного відновного лікування хворих на хронічний гастродуоденіт. Разом з тим недостатньо вивчені підходи до комплексної реабілітації поєднаних патологій, яка б мала позитивний вплив на відновлення функціонального стану гастродуоденальної зони та хребта. Тому впровадження найбільш ефективних методів комплексної санаторно-курортної реабілітації хворих на хронічний гастродуоденіт, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта є актуальним напрямом медичної науки [3,7].

Мета дослідження: науково обґрунтувати та удосконалити комплексну програму реабілітації для хворих на хронічний гастродуоденіт, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта в умовах санаторію.

Матеріали та методи

Дослідження проведені у 40 пацієнтів на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які також страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, які перебували на санаторно-курортному лікування в санаторії «Орлине гніздо». Вік пацієнтів

становив від 40 до 50 років, з них 18 чоловіків і 22 жінки. Контрольну групу становили 20 хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, у яких також виявили дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, які отримали стандартний курс санаторно-курортного лікування. При поступленні на відновне лікування в санаторій пацієнти були детально обстежені. Діагноз хронічний гастродуоденіт з підвищеною секреторною функцією шлунка базувався на даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження, дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта встановлювалися за результатами комп'ютерної томографії, або магнітно-резонансної томографії які проводилися за місцем проживання. Для контролю за функціональним станом пацієнтів проводили дослідження на початку і в кінці курсу реабілітації. Всім пацієнтам проводили фіброгастродуоденоскопію (ФГДС), функціональний стан шлунку вивчався інтрагастральною рН-метрією, яка проводилася за допомогою двохелектродного рН-зонда на рівні тіла і антрального відділу. Для визначення рухливості хребта проводились проби:

- проба Отта – проводиться для встановлення рухливості грудного відділу хребта у сагітальній площині – при нахилі вперед відстань між остистими відростками хребців Т1-Т12 в нормі збільшується на 4-6 см.

- проба Шобера проводиться для визначення рухливості поперекового відділу хребта у сагітальній площині – в нормі при нахилі тулуба вперед відстань між остистими відростками Т12 і L1 хребців збільшується на 6-8 см.

- проба Томайєра застосовується для оцінки загальної рухомості хребта. Визначається шляхом вимірювання в сантиметрах відстані від кінців III-х пальців витягнутих рук до підлоги при максимальному нахилі тулуба вперед. У нормі ця відстань дорівнює 0 см і збільшується при обмеженні згинання хребта.

- проба Седіна – дослідження рухливості хребта у сагітальній площині за допомогою сантиметрової стрічки. Вихідне положення пацієнта – стоячи. Верхній кінець сантиметрової стрічки фіксують на остистому паростку VII шийного хребця. Вимірюють відстань від вищевказаного остистого паростка до крижової кістки. Після цього пацієнт робить нахили вперед і назад з максимально можливою амплітудою. У нормі при нахилі вперед відстань збільшується на 7-8 см, а при нахилі назад зменшується на 5-6 см.

Статистична обробка матеріалів дослідження і результати експерименту проводилася за t-критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними опитування 80,0% хворих скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, який поступово посилювався при ходьбі, печію натще відзначали 60,0% пацієнтів, нудоту, закрепі відзначали відповідно 50,0%. При пальпації болочість в епігастрії та в ділянці проєкції 12-палої кишки відзначали 60,0% пацієнтів, іррадіацію

болів в спину – 40,0% хворих. Болі в нижньогрудному і поперековому відділах хребта відзначали 70,0% хворих. При визначенні рухливості хребта, як засвідчують проби, обмеження рухливості в попереку та напруження м'язів спини виявляли у 80,0% пацієнтів. При ендоскопічному обстеженні гастродуоденальної зони ерозивний гастродуоденіт виявлений у 30,0% пацієнтів, дуоденіт помірно виражений відповідно у 40,0% хворих. Виражений дуоденіт – у 30,0% хворих. Гастрит помірно виражений виявлений відповідно у 60,0% хворих на гастродуоденіт, виражений гастрит – відповідно 40,0% хворих. Тобто до початку відновного лікування вираженість супутнього гастриту та дуоденіту, виявлених при ФГДС мали місце у всіх хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією.

За показниками рН у 70,0% хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які також страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта відзначається гіперацидний стан в тілі і антральному відділі шлунка. Середній показник рівня рН тіла шлунка становив $2,05 \pm 0,36$, антрального відділу – $2,88 \pm 0,25$. Внаслідок проведених проб виявлені такі показники рухливості хребта: при нахилі тулуба вперед (проба Отта) відстань між остистими відростками хребців Т1-Т12 становила 3-4 см. (норма 4-6 см); при нахилі тулуба (проба Шобера) рухливість поперекового відділу хребта у сагітальній площині між остистими відростками Т12 і L1 хребців становив 4-5 см. (норма 6-8 см); проба Томайєра, що характеризує загальну рухливість хребта становить 8 см. У нормі ця відстань дорівнює 0 см; при проведенні проби Седіна – амплітуда рухів хребта від VII шийного хребця до крижової кістки при нахилі тулуба вперед відстань збільшилася на 4-5 см, при нахилі дозад – на 2-3 см. У нормі при нахилі вперед відстань збільшується на 7-8 см, а при нахилі назад зменшується на 5-6 см. Таким чином, результати проб свідчать, що у хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта відзначається обмеження амплітуди рухів та гнучкості хребта.

Комплексна програма реабілітації включала: ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ), лікувальну гімнастику внутрішній прийом мінеральної води Поляна Квасова, лікувальний масаж, бішофітні ванни. ампліпульстерапія, плавання. Лікувальна гімнастика направлена на відновлення адаптації організму до навантажень, врегулювання процесів збудження і гальмування в ЦНС, нормалізація вегетативних функцій, зміцнення м'язів живота, покращення обмінних і регенеративних процесів, зменшенню запального процесу гастродуоденальної зони, нормалізації тонуусу і перистальтики тонкого кишківника. В комплекс лікувальної гімнастики тривалістю 35-40 хв. включали вправи для всіх м'язових груп, з різних вихідних положень, вправи для м'язів черевного пресу, повороти і нахили тулуба, вправи на координацію, в чергуванні з дихальними вправами і вправами на розслаблення.

Внутрішній прийом мінеральних вод – є одним із основних методів відновного лікування. Мінеральну воду

Поляна Квасова призначали температури 42°C за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл. три рази на день і через 60 хвилин після їжі по 100,0 мл. 3 рази на день, яка сприяла нормалізації моторно-евакуаторної функції шлунка і кишківника. Органів Гідрокарбонати відіграють велику роль у підтримці кислото – лужного балансу. Під впливом гідрокарбонат-іонів зменшується кислотний вміст шлункового соку, його подразнююча дія на слизову оболонку шлунка та дванадцятипалої кишки, при цьому усуваються диспептичні явища, а саме: печія, відрижка, відчуття тяжкості в надчеревній ділянці. Зв'язування соляної кислоти в шлунку сприяє прискоренню евакуації нейтралізованого шлункового вмісту в кишечник, зменшенню спазмів шлунка і кишківника. Мінеральна вода покращує засвоєння мікро- і макроелементів, посилює діурез. впливає на секрецію інтестинальних гормонів, що сприяє відновленню порушених фізіологічних функцій. Лікувальний масаж застосували для зниження тону напружених м'язів спини, покращення трофіки, обмінних процесів в дегенеративно-дистрофічно змінених спинномозкових сегментах, підвищення рухливості хребта. Використовували прийоми, які впливали на секреторну функцію шлунка, перистальтику тонкого кишківника, поліпшення регенеративних процесів та усунення неврологічних проявів, що сприяло нормалізації секреторно-евакуаторної функції травної системи. Тривалість масажу 25 хвилин, на курс 15 процедур. Ампліпульстерапію (апарат «Радіус-01») призначали II-IV роди роботи, глибина модуляції 50%, частота – 75Гц, на ділянку на ділянку епігастрію №8 через день і на поперековий відділ хребта №8 через день, тривалість процедури 10 хв. Бішофітні ванни призначають температури води у ванні 36-37°C, тривалість процедури 10-12 хв. Курс 10 процедур. Бішофіт мінерал містить велику кількість хлориду магнію, який регулює правильне засвоєння кальцію, перешкоджаючи його накопиченню в м'яких тканинах та суглобах. За рахунок цього він підтримує здоров'я хребта і робить кісткову тканину міцнішою. Застосування бішофітних ванн сприяло зменшенню болю спини, набряків та запалення суглобів, хребців, зв'язок, м'язів, що є ефективним при дегенеративно-дистрофічних та запальних змінах хребта. У програму дозованого плавання включають пропливання відрізків в довжину з пірнанням. Заняття з лікувальної плавання проводились через день при температурі води 27°C, тривалість занять плавання 40-50 хвилин. На курс 25 процедур.

Для оцінки ефективності впливу комплексної програми реабілітації на динаміку клінічних показників та функціональний стан секреторної і моторно-евакуаторної функцій шлунка та 12-палої кишки, функціональний стан та амплітуду рухів хребта, усім пацієнтам в кінці курсу програми реабілітації проведені повторні обстеження.

В кінці курсу проведених реабілітаційних заходів у 80,0% пацієнтів, у яких поєднана патологія гастродуоденальної системи і хребта покращились клінічні показники. Відчуття важкості та дискомфорту в епігастрії зменшилися з 80,0% до 20,0%. Печію після курсу реабілітаційних заходів відзначали 10,0% хворих. Нудоту, закрепи після курсу реабілітації відзначали відповідно 5,0% і 10,0%, хворих. Болі в нижньогрудному і поперековому відділах хребта зменшилися у 50,0% хворих. Обмеження рухливості хребта в попереку та напруження м'язів спини в кінці курсу реабілітації відзначали лише 5,0% хворих. При повторно проведеній проби Отта відстань між остистими відростками хребців T1-T12 збільшилася з 3-4 см. 5-6 см., що становить норму. При нахилі тулуба вперед (проба Шобера) рухливість в поперековому відділу хребта між остистими відростками T12 і L1 хребців збільшилася з 4-5 см до 5-6 см, що становить нижню межу норми. Проба Томайєра, що характеризує загальну рухливість хребта вірогідно зменшилася з 8 см. до 2 см. У нормі ця відстань дорівнює 0 см. при Повторно проведена проба Седіна свідчить що амплітуда рухів хребта від VII шийного хребця до крижової кістки при нахилі тулуба вперед збільшилася з 4-5 см до 5-6 см, при нахилі дозад – з 2-3 см до 4-5 см.

Таким чином, повторно проведені проби показують збільшення амплітуди рухливості хребта, що засвідчує результативність застосованої комплексної програми реабілітації.

Комплексна санаторно-курортна терапія позитивно вплинула на функціональний стан шлунка і дванадцятипалої кишки. Середній показник рН тіла шлунка у хворих вірогідно підвищилися з достовірно знизився з $2,05 \pm 0,36$ до $3,16 \pm 0,18$ ($P < 0,05$), в антральному відділі шлунка середній показник рН антруму підвищився знизився з $2,88 \pm 0,25$ до $3,65 \pm 0,23$ до ($P < 0,01$).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з подальшим удосконаленням комплексної санаторно-курортної реабілітації, підвищення якості життя пацієнтів з поєднаною патологією.

Висновки

У більшості хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта симптоми обох захворювань потенціюються внаслідок синергії.

Розроблена нами комплексна реабілітаційна програма направлена одночасно на відновлення на клінічних показників та функціонального стану діяльності гастродуоденальної системи, та хребта, покращує водночас і психоемоційний стан пацієнтів.

Література

1. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навчальний посібник / А.С. Свінціцький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар [та ін.]; за ред. А.С. Свінціцького. – К.: ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с.

2. Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Свиридова Н.К. та ін. Актуальні питання нервових хвороб у практиці сімейного лікаря. – Київ, 2014. – 255 с.
3. Михайловська Н.С. Реабілітація пацієнтів із захворюваннями органів травлення в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», спеціальності «Медицина» і «Педіатрія» / Н.С. Михайловська, О.О. Лісова, І.О. Стецюк. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 158 с.
4. Мачерет Є. Л., Чуприна Г. М., Морозова О. Г. [та ін.]. Патогенез, методи дослідження та лікування больових синдромів: посібник – Х.: ВПЦ Контраст, 2006. – 168 с.
5. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: Підручник / Мачерет Є.Л., Довгий І.Л., Коркушко О.О. – Т. 1. – К., 2006. – 256 с.
6. Попадюха Ю. А. Сучасні комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: Навч. посіб. / Ю.А.Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2018. – 656 с.
7. Мухін В. М. Фізична реабілітація в травматології : монографія / В. М. Мухін. – Л. : ЛДУФК, 2015. – 428 с.

References

1. Vnutrishnia medytsyna: poradnyk likariu zahalnoi praktyky: navchalnyi posibnyk / A.S. Svintsitskiy, O.O. Abrahamovych, P.M. Bodnar [ta in.]; za red. A.S. Svintsitskoho. – K.: VSV «Medytsyna», 2014. – 1272 s. [in Ukrainian].
2. Voronenko Yu.V., Shekera O.H., Svyrydova N.K. ta in. Aktualni pytannia nervovykh khvorob u praktytsi simeinoho likaria. – Kyiv, 2014. – 255 s. [in Ukrainian].
3. Mykhailovska N.S. Reabilitatsiia patsientiv iz zakhvoriuvanniamy orhaniv travlennia v praktytsi simeinoho likaria: navchalnyi posibnyk dlia studentiv VI kursu medychnoho fakultetu za prohramoiu navchalnoi dystsypliny «Zahalna praktyka – simeina medytsyna», spetsialnosti «Medytsyna» i «Pediatriia» / N.S. Mykhailovska, O.O. Lisova, I.O. Stetsiuk. – Zaporizhzhia: ZDMU, 2021. – 158 s. [in Ukrainian].
4. Macheret Ye. L., Chupryna H. M., Morozova O. H. [ta in.]. Patohenez, metody doslidzhennia ta likuvannia bolovykh syndromiv: posibnyk – Kh.: VPTs Kontrast, 2006. – 168 s. [in Ukrainian].
5. Osteokhondroz poperekovoho viddilu khrebta, uskladnenyi hryzhamy diskiv: Pidruchnyk / Macheret Ye.L., Dovhyi I.L., Korkushko O.O. T. 1. – K., 2006. – 256 s. [in Ukrainian].
6. Popadiukha Yu. A. Suchasni komplekxy, systemy ta prystroi u reabilitatsiinykh tekhnolohiiakh: Navch. posib. / Yu. A. Popadiukha. – K.: Tsentr uchbovoi literatury, 2018. – 656 s. [in Ukrainian].
7. Mukhin V. M. Fyzichna reabilitatsiia v travmatolohii : monohrafiia / V. M. Mukhin. – L. : LDUFK, 2015. – 428 s. [in Ukrainian].

Дата надходження рукопису до редакції: 25.10.2022 р.

Мета: науково обґрунтувати та удосконалити комплексну програму реабілітації для хворих на хронічний гастродуоденіт, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, в умовах санаторію.

Матеріали та методи. Дослідження проведені у 40 хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які також страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, котрі перебували на санаторно-курортному лікуванні в санаторії «Орлине гніздо». Вік пацієнтів становив від 40 до 50 років, з них 18 чоловіків і 22 жінок. Діагноз хронічний гастродуоденіт з підвищеною секреторною функцією шлунка базувався на даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Всім пацієнтам проводили фіброгастродуоденоскопію, функціональний стан шлунка вивчався інтрагастральною рН-метрією. Для визначення рухливості хребта проводились проби: Отта, Шобера, Томаєра, Седіна.

Результати. У результаті проведених комплексних реабілітаційних заходів, поряд з покращенням клінічної картини, відзначається покращення показників лабораторних методів дослідження, а саме: показники фіброгастродуоденоскопії, функціонального стану шлунку. Рівень рН тіла шлунка у хворих вірогідно підвищився в антральному відділі, покращилися показники амплітуди рухів хребта в поперековому і грудному відділах.

Висновки. У хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, синергія гастроентерологічних та неврологічних порушень зумовлює посилення різноманітних симптомів, що потенціюють деструктивний вплив на стан всього організму. Комплексна санаторно-курортна реабілітація позитивно впливає на об'єктивні показники діяльності травної системи, а також на функціональний стан хребта, підвищує ефективність відновного лікування та покращує психоемоційний стан пацієнтів.

Ключові слова: хронічний гастродуоденіт, дегенеративно-дистрофічні зміни хребта, санаторно-курортна реабілітація, фізична терапія.

The synergy of gastroenterological and neurological disorders leads to an increase in various symptoms, which depend primarily on the localization of the pathological process in a certain motor segment of the spine.

The aim: to scientifically substantiate and improve a comprehensive rehabilitation program for patients with chronic gastroduodenitis, who suffer from degenerative-dystrophic and inflammatory changes of the spine, in the sanatorium conditions.

Materials and methods. Research was conducted in 40 patients with chronic gastroduodenitis with increased secretion, who also suffer from degenerative-dystrophic and inflammatory changes of the spine, who were undergoing sanatorium-resort treatment in the "Orlyne hnizdo" sanatorium. The age of the patients was from 40 to 50 years, of which 18 were men and 22 were women.

The diagnosis of chronic gastroduodenitis with increased secretory function of the stomach was based on the data of clinical, laboratory and instrumental research methods, degenerative-dystrophic and inflammatory changes of the spine were established based on the results of computed tomography or magnetic resonance imaging, which were performed at the place of residence.

All patients underwent esophagogastroduodenoscopy, the functional state of the stomach was studied using intragastric pH-metry, which was carried out using a two-electrode pH-probe at the level of the stomach body and the antrum. To determine the mobility of the spine, the following tests were done: Ott, Schober, Thomayer, Sedin.

Results. As a result of the comprehensive rehabilitation measures, along with the improvement of the clinical picture, there is an improvement in the indicators of laboratory tests, namely: indicators of esophagogastroduodenoscopy, the stomach functional state. The pH level of the stomach body in patients increased in the antral region, the indicators of the spinal movements amplitude in the lumbar and thoracic regions improved.

Conclusions. In patients with chronic gastroduodenitis with increased secretion, who suffer from degenerative-dystrophic and inflammatory changes of the spine, the synergy of gastroenterological and neurological disorders leads to an increase in various symptoms that potentiate the destructive effect on the state of the entire organism. Complex sanatorium-resort rehabilitation has a positive effect on the objective indicators of the digestive system, as well as on the functional state of the spine, increases the effectiveness of restorative treatment and improves the psycho-emotional state of patients.

Key words: chronic gastroduodenitis, degenerative-dystrophic changes of the spine, sanatorium-resort rehabilitation, physical therapy.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Філак Ярослав Феліксівич – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; м. Ужгород, Україна.
yaruslav.filak@uzhnu.edu.ua.

Філак Фелікс Георгійович – кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; м. Ужгород, Україна.
felix.filak@uznhu.edu.ua.

Новак-Мазепа Х.О., Марущак М.І.

**Особливості ліпідного профілю
у пацієнтів з артеріальною
гіпертензією залежно від хронотипу,
рівня денної сонливості
та диспозиційного оптимізму**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Novak-Mazepa Ch.O., Marushchak M.I.

**Characteristics of lipid profile
in patients with arterial hypertension
depending on chronotype,
daytime sleepiness
and dispositional optimism levels**I. Horbachevsky Ternopil National Medical University,
Ternopil, Ukraine

funkc_diag@tdmu.edu.ua

Вступ

Артеріальна гіпертензія (АГ) як складова метаболічного синдрому є не лише важливою проблемою охорони здоров'я в усьому світі, а й головним фактором глобального тягаря хвороб і смерті [1,2]. АГ є багатофакторним захворюванням із різними чинниками, які взаємодіють один з одним [3]. Тому, виявлення факторів ризику АГ та ефективна рання профілактика є важливими для зниження поширеності гіпертензії.

Деякі фактори, в тому числі адекватна тривалість сну, хороша його якість, правильний час і регулярність сну, а також відсутність розладів сну відіграють важливу роль у забезпеченні здорового сну та сприянні оптимальному здоров'ю [4]. Цикл сон-неспання людини синхронізується з циклом день-ніч через низку зовнішніх сигналів, таких як навколишнє освітлення, їжа та фізична активність [5]. Внаслідок індивідуальних відмінностей у реакції на ці зовнішні сигнали розрізняють різні хронотипи. Особи, які рано засинають і прокидаються визначаються як ранні або ранкові хронотипи, тоді як ті, у кого пізній час сну і прокидання, визначаються як пізні або вечірні хронотипи [6]. Зазначається, що біологічні відмінності між хронотипами виходять за межі часу сну, включаючи відмінності в циркадних фазах температури тіла, моделях секреції гормонів, часу пильності [7] та ризику захворювань [8]. Науково встановлено, що недостатня тривалість сну та низька його якість були пов'язані з несприятливими кардіометаболічними наслідками для здоров'я, включаючи гіпертензію [9], ожиріння [10], цукровий діабет другого типу [11] та серцево-судинні захворювання [12].

Метою нашого дослідження було проаналізувати показники ліпідограми, рівень денної сонливості, диспозиційного оптимізму і хронотипу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією з метою встановлення їх взаємозв'язку.

Матеріали та методи

У дослідження було включено 42 пацієнти з діагностованою есенціальною артеріальною гіпертензією 2 стадії – складовою метаболічного синдрому, які перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні лікарні.

Критерії включення та виключення. Критерієм включення були хворі на артеріальну гіпертензію 2 ступеня. Критерії виключення з дослідження: ознаки клінічно значущих хронічних захворювань, нестабільна або небезпечна для життя хвороба серця; пацієнти зі зловживаннями новотвореннями, медикаментозна та алкогольна залежність.

Діагноз артеріальної гіпертензії (АГ) встановлювали згідно з рекомендаціями Європейської асоціації кардіологів та Європейської асоціації гіпертензії (2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension) [13] та уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» (2012). Вимірювання систолічного (САТ) й діастолічного артеріального тиску (ДАТ) (у мм рт. ст.) проводили згідно зі стандартним протоколом за методом Короткова сфігмоманометром двічі з інтервалом у 2 хв в період між 10.00-10.30. Розраховували середнє значення серед двох показників. Рівень артеріального тиску (АТ) класифікували відповідно до критеріїв Європейської асоціації кардіологів та Європейської асоціації гіпертензії, відповідно яких у дослідження включали пацієнтів з АГ 2 ступеня при САТ – 160-179 та/або ДАТ – 100-109.

Для дослідження хронотипу ми використовували валідизований опитувальник "Composite Scale of Morningness" (Зведена шкала ранковості) та шкали з офіційних доступних джерел. Зміст та сутність тверджень є повністю збережені в україномовній версії опитувальника [14]. Внутрішню узгодженість шкал (internal consistency) опитувальника «Зведена шкала ранковості» перевіряли за допомогою метода α Кронбаха,

який становив $\alpha = 0,85$ та свідчив про хорошу якість опитувальника. Результати оцінювали наступним чином: 22 бали і нижче – вечірній хронотип, 42 бали і вище – ранковий хронотип та 23-42 бали – проміжний хронотип.

Диспозиційний оптимізм вивчали за допомогою валідизованого опитувальника та шкал з офіційних доступних джерел. Зміст та сутність тверджень є повністю збережені в україномовній версії опитувальника. Диспозиційний оптимізм (LOT-R) оцінювали за опитувальником в адаптації О.А. Сичова [15,16]. Коефіцієнт α Кронбаха для LOT-R $\alpha = 0,82$, що підтверджує достатню надійність опитувальника.

Концентрацію загального холестеролу (ЗХС), триацилгліцеролів (ТГ) холестеролу ліпопротеїдів високої щільності (ХС-ЛПВЩ) визначали за допомогою комерційно доступних наборів на аналізаторі Cobas 6000 (Roche Hitachi, Німеччина).

Формулу Фрідвальда використовували для розрахунку рівнів ХС-ЛПНЩ (ммоль/л) [17]: $\text{ХС-ЛПНЩ} = \text{ЗХС} - \text{ХС-ЛПВЩ} - (0,45 \times \text{ТГ})$. ХС-не-ЛПВЩ (ммоль/л) розраховували за формулою [17]: $\text{ХС-не-ЛПВЩ} = \text{ЗХС} - \text{ХС-ЛПВЩ}$. Залишковий (ремнантний) холестерол (РХС) розраховували за формулою [17]: $\text{РХС (ммоль/л)} = \text{ЗХС} - (\text{ХС-ЛПВЩ} + \text{ХС-ЛПНЩ})$.

Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням комп'ютерної програми STATISTICA 7.0. Вибір методу статистичного дослідження базувався на правильності розподілу досліджуваних ознак.

Зважаючи на неправильний розподіл кількісних характеристик, їх описову статистику здійснювали у вигляді розрахунку медіани (Me) та нижнього (Lq) та верхнього (Uq) кватилей.

Порівняльний аналіз кількісних показників у трьох і більше групах проводили із застосуванням критерію Краскела-Уолліса, який вважали статистично значущим при його значеннях $p < 0,05$. Подальше попарне порівняння груп проводили з використанням U-критерію Манна-Уїтні із врахуванням поправки Бонферроні при оцінці рівня статистичної значущості.

Результати дослідження та їх обговорення

При дослідженні показників ліпідограма хворих на АГ встановлено вірогідно вищі значення ЗХС (на 30,48%), ХС-ЛПНЩ (на 147,37%), ТГ (на 57,69%), ХС-не-ЛПВЩ (на 117,76%), РХ (на 60,00%) та вірогідно нижчі ХС-ЛПВЩ (на 107,92%) стосовно показників контрольної групи (табл. 1).

Таблиця 1. Показники ліпідного обміну у хворих з артеріальною гіпертензією 2 ступеня та у групі контролю

Показник	Пацієнти з артеріальною гіпертензією (n=42)	Група контролю (n=13)	p
ЗХС, ммоль/л	4,58 (4,24; 5,46)	3,51 (3,38; 3,64)	<0,001*
ЛПВЩ, ммоль/л	1,01 (0,89; 1,24)	2,10 (1,98; 2,14)	<0,001*
ЛПНЩ, ммоль/л	2,82 (2,65; 3,43)	1,14 (0,76; 1,28)	<0,001*
ТГ, ммоль/л	1,23 (0,97; 2,34)	0,78 (0,71; 0,84)	<0,001*
ХС-не-ЛПВЩ, ммоль/л	3,31 (3,07; 4,50)	1,52 (1,11; 1,59)	<0,001*
РХ, ммоль/л	0,56 (0,44; 1,06)	0,35 (0,32; 0,38)	<0,001*

Примітки: * – статистично вірогідна відмінність; p – рівень статистичної вірогідності критерію Манна-Уїтні.

Відомо, що АГ та дисліпідемія є двома основними факторами ризику серцево-судинних захворювань [18]. Клінічно АГ та дисліпідемія часто співіснують, що може бути пов'язано із спільними патофізіологічними механізмами, зокрема, ендотеліальною дисфункцією [19] та ожирінням [20]. Крім того, існує синергійний ефект між АГ та дисліпідемією, який вказує на те, що ризик смерті та серцево-судинних подій значно вищий у пацієнтів з обома розладами, ніж сукупний ризик гіпертензії та дисліпідемії окремо [2]. Дослідниками було показано, що дисліпідемія тісно пов'язана з розвитком АГ [21]. Результати нашого дослідження підтверджують дисліпідемію у пацієнтів з АГ, що також вказує на їх взаємозв'язок. Зміни способу життя, такі як недостатня фізична активність, неправильне харчування, значне споживання алкоголю, куріння та зловживання психоактивними речовинами, створюють сприятливі умови для метаболічного синдрому, а також є основними факторами ризику АГ [22]. Крім того, в основі дисліпідемії та АГ лежать подібні патофізіологічні механізми, такі як пошкодження ендотеліальних клітин, запалення, окиснювальний стрес й атеросклероз артерій [23-25].

Для встановлення факторів, що асоціюються з дисліпідемією у пацієнтів з АГ було проведено їх опитування з визначенням рівня диспозиційного оптимізму, денної сонливості та хронотипу. При співставленні показників ліпідного обміну залежно від диспозиційного оптимізму встановлено вірогідно вищу концентрацію ТГ (на 62,0%) та РХ (на 64,44%) у хворих з низьким оптимізмом стосовно даних пацієнтів з помірним оптимізмом.

Відомо, що захисна природа оптимізму може бути пов'язана як з непрямыми, так і з прямими шляхами. Оптимісти можуть вести здоровий спосіб життя, який мінімізує ризики для здоров'я та покращує його [26]. Інші дослідження показали, що оптимісти дотримуються здоров'язберігаючої поведінки, зокрема, раціонально харчуються, займаються спортом, не курять [27,28]. Прямі біологічні ефекти оптимізму пов'язані із оптимальнішими рівнями інтерлейкіну-6, С-реактивного протеїну, фібриногену, товщиною інтими сонної артерії, ліпідів і сироваткових антиоксидантів [29,30].

Таблиця 2. Показники ліпідного обміну у хворих з артеріальною гіпертензією 2 ступеня залежно від диспозиційного оптимізму

Показник	Низький оптимізм (Високий песимізм)	Помірний оптимізм	p
ЗХС, ммоль/л	4,86 (4,28; 5,47)	4,37 (4,11; 4,48)	0,088
ЛПВЩ, ммоль/л	0,99 (0,88; 1,24)	1,21 (1,18; 1,27)	0,088
ЛПНЩ, ммоль/л	2,91 (2,65; 3,50)	2,75 (2,44; 2,80)	0,178
ТГ, ммоль/л	1,62 (0,97; 2,36)	1,00 (0,86; 1,12)	0,048*
ХС-не-ЛПВЩ, ммоль/л	3,61 (3,13; 4,52)	3,19 (2,88; 3,21)	0,095
РХ, ммоль/л	0,74 (0,44; 1,07)	0,45 (0,39; 0,51)	0,048*

Примітки: * – статистично вірогідна відмінність; p – рівень статистичної вірогідності критерію Манна-Уїтні.

При дослідженні розподілу хронотипів у хворих на АГ встановлено, що у 33,33% осіб – вечірній хронотип, 7,14% – ранковий хронотип та 59,53% – проміжний хронотип. Дані дослідження Rosenthal та співавт. щодо розподілу хронотипу серед загальної дорослої популяції вказують на те, що більшість осіб мають проміжний хронотип (70%) з невеликим розподілом серед ранковим (14%) і вечірнім (16%) хронотипами [31], що співставимо з нашими результатами. Проведення аналізу рангових варіацій Краскела-Уолліса показало наявність статистично значущих відмінностей щодо досліджуваних показників ліпідограми у пацієнтів з АГ з різними хронотипами (табл. 3). Аналіз показників ліпідної панелі у хворих на АГ вказує на вірогідно вищі значення даних ліпідограми у пацієнтів з вечірнім хронотипом стосовно групи з проміжним хронотипом, зокрема, концентрація ЗХС була вища на 22,32%, ХС-ЛПНЩ на 29,09%, ТГ на 128,85%, ХС-не-ЛПВЩ на 41,85%, РХ на 129,79% та ХС-ЛПВЩ нижча на 37,21%. При цьому, величина досліджуваних показників у хворих з АГ з вечірнім хронотипом була

вищою стосовно аналогічних показників пацієнтів з ранковим хронотипом, зокрема, ЗХС на 33,33%, ХС-ЛПНЩ на 45,49%, ТГ на 147,92%, ХС-не-ЛПВЩ на 57,64% та РХ на 145,45%. Варто також відмітити, що жоден показник ліпідограми хворих на АГ з проміжним й ранковим хронотипами вірогідно не відрізнявся. Встановлене нами зростання частоти пацієнтів з АГ з вечірнім хронотипом з вірогідно вираженішою дисліпідемією має кілька пояснень. Однією з гіпотез є нездоровий спосіб життя пацієнтів, оскільки особи з вечірнім хронотипом менше займаються спортом, мають вечірні прийоми їжі, а також більше курять та споживають алкоголь [32]. Інше пояснення полягає в тому, що різниця в часі сну між робочими та вихідними днями може призвести до дисбалансу циркадних ритмів і, таким чином, до хронічної недостатності сну, яка пов'язана з проблемами здоров'я [33]. Циркадні дисбаланси можуть сприяти розвитку ожиріння, тоді як жирова тканина може виділяти велику кількість активних сполук із потенційним негативним впливом на серцево-судинну систему [34].

Таблиця 3. Показники ліпідного обміну у хворих з артеріальною гіпертензією 2 ступеня залежно від хронотипу

Показник	Вечірній хронотип	Проміжний хронотип	Ранковий хронотип	H; p	p<0,05*
ЗХС, ммоль/л	5,48 (5,41; 5,88)	4,48 (3,96; 4,58)	4,11 (3,85; 4,37)	H=24,73; p<0,001*	p1-2, 1-3
ЛПВЩ, ммоль/л	0,86 (0,84; 0,95)	1,18 (1,01; 1,32)	1,18 (0,97; 1,23)	H=19,19; p<0,001*	p1-2
ЛПНЩ, ммоль/л	3,55 (3,41; 3,81)	2,75 (2,44; 2,84)	2,44 (2,41; 2,80)	H=24,20; p<0,001*	p1-2, 1-3
ТГ, ммоль/л	2,38 (2,26; 2,44)	1,04 (0,96; 1,26)	0,96 (0,86; 1,04)	H=24,84; p<0,001*	p1-2, 1-3
ХС-не-ЛПВЩ, ммоль/л	4,54 (4,48; 5,04)	3,20 (2,88; 3,31)	2,88 (2,88; 3,19)	H=25,28; p<0,001*	p1-2, 1-3
РХ, ммоль/л	1,08 (1,03; 1,11)	0,47 (0,44; 0,57)	0,44 (0,39; 0,47)	H=24,70; p<0,001*	p1-2, 1-3

Примітки: * – статистично вірогідна відмінність; H – критерій Краскела-Уолліса; p – рівень його статистичної вірогідності.

Аналізуючи отримані показники ліпідограми згідно рангових варіацій Краскела-Уолліса встановлено наявність статистично значущих відмінностей щодо досліджуваних показників ліпідограми у пацієнтів з АГ залежно від рівня денної сонливості за шкалою Епворта

(табл. 4). Встановлено найвищі значення даних ліпідограми у пацієнтів з АГ з різко вираженою денною сонливістю стосовно даних пацієнтів з відсутньою денною сонливістю, зокрема, концентрація ЗХС була вища на 27,27%, ХС-ЛПНЩ на 33,33%, ТГ на 118,56%, ХС-не-

ЛПВЩ на 49,82% та РХ на 118,18%. При цьому, величина досліджуваних показників у хворих на АГ з різко вираженою денною сонливістю була вищою стосовно аналогічних показників пацієнтів з помірно денною сонливістю, зокрема, ЗХС на 22,63%, ХС-ЛПНЩ на

29,51%, ТГ на 120,83%, ХС-не-ЛПВЩ на 46,18% та РХ на 118,18%. Варто також відмітити, що жоден показник ліпідограми хворих на АГ з помірно денною сонливістю та відсутньою денною сонливістю вірогідно не відрізнявся.

Таблиця 4. Показники ліпідного обміну у хворих з артеріальною гіпертензією 2 ступеня залежно від рівня денної сонливості за шкалою Епворта

Показник	Відсутність денної сонливості	Помірна денна сонливість	Різко виражена денна сонливість	Н; р	р<0,05*
ЗХС, ммоль/л	3,96 (3,82; 4,24)	4,11 (3,85; 4,32)	5,04 (4,57; 5,48)	H=17,54; p<0,001*	p1-3, 2-3
ЛПВЩ, ммоль/л	1,18 (1,01; 1,24)	1,05 (0,97; 1,24)	0,96 (0,85; 1,27)	H=2,77; p=0,250	–
ЛПНЩ, ммоль/л	2,37 (2,35; 2,37)	2,44 (2,41; 2,84)	3,16 (2,78; 3,58)	H=15,43; p<0,001*	p1-3, 2-3
ТГ, ммоль/л	0,97 (0,86; 0,97)	0,96 (0,92; 1,04)	2,12 (1,04; 2,38)	H=13,45; p=0,001*	p1-3, 2-3
ХС-не-ЛПВЩ, ммоль/л	2,81 (2,81; 2,98)	2,88 (2,88; 3,31)	4,21 (3,25; 4,56)	H=16,72; p<0,001*	p1-3, 2-3
РХ, ммоль/л	0,44 (0,39; 0,44)	0,44 (0,42; 0,47)	0,96 (0,47; 1,08)	H=13,34; p=0,001*	p1-3, 2-3

Примітки: * – статистично вірогідна відмінність; Н – критерій Краскела-Уолліса; р – рівень його статистичної вірогідності.

Патофізіологічний механізм взаємозв'язку розладів сну та артеріального тиску до кінця не вивчений, однак активація симпатичної нервової системи та гіпоталамо-гіпофізарної осі під час розладів сну може сприяти артеріальній АГ [35]. Збільшення запальних цитокінів, що пов'язане з втратою сну, також може пошкодити серцево-судинний ендотелій і зумовити серцево-судинні розлади та дисліпідемію [36,37].

Хронічна гіпоксія та порушення сну незалежно сприяють дисліпідемії [38]. Хронічна гіпоксія блокує ліпопротеїнову ліпазу через гіпоксія-індуцибельний фактор, що призводить до підвищення рівня ТГ [38]. Крім того, запалення та окиснювальний стрес при порушеннях сну призводять до зміни структури вісцеральної білої жирової тканини [39]. Слід зазначити, що порушення сну збільшує кількість і розмір адипоцитів. Порушення сну також зміщують апетит у бік збільшення споживання жирів і вуглеводів шляхом зниження концентрації лептину

та підвищення рівня греліну в плазмі [40]. Підвищення симпатичної активності внаслідок гіпоксії може звільнити холестерол і ТГ з адипоцитів [41]. Порушення сну також викликають зміни у виробленні гормонів щитоподібної залози і гормонів росту, які впливають на ліпідний обмін [40,42].

При дослідженні взаємозв'язків між показниками ліпідограми та загальними балами опитувальників Revised Life Orientation Test (LOT-R), Composite Scale of Morningness (CSM) та шкали сонливості Епворта встановлено середньої сили і сильну асоціацію між показниками ліпідного обміну та рівнем диспозиційного оптимізму, хронотипом та рівнем денної сонливості (табл. 5). Згідно отриманих результатів, поглиблення дисліпідемії пов'язане зі зменшенням результатів опитувальників до зниження рівня диспозиційного оптимізму, вечірнім хронотипом та різко вираженою денною сонливістю.

Таблиця 5. Взаємозв'язок між показниками ліпідограми та загальними балами опитувальників Revised Life Orientation Test (LOT-R), Composite Scale of Morningness (CSM) та шкали сонливості Епворта

Показник	LOT-R, загальний бал	CSM, загальний бал	Шкала сонливості Епворта, загальний бал
ЗХС, ммоль/л	r=-0,57; p<0,001*	r=-0,76; p<0,001*	r=0,83; p<0,001*
ЛПВЩ, ммоль/л	r=0,59; p<0,001*	r=0,63; p<0,001*	r=-0,55; p<0,001*
ЛПНЩ, ммоль/л	r=-0,57; p<0,001*	r=-0,74; p<0,001*	r=0,80; p<0,001*
ТГ, ммоль/л	r=-0,56; p<0,001*	r=-0,77; p<0,001*	r=0,79; p<0,001*
ХС-не-ЛПВЩ, ммоль/л	r=-0,56; p<0,001*	r=-0,77; p<0,001*	r=0,83; p<0,001*
РХ, ммоль/л	r=-0,56; p<0,001*	r=-0,76; p<0,001*	r=0,79; p<0,001*

Примітка: * – статистично вірогідна відмінність.

Відповідно до розрахунків китайських вчених, 1-1,65 млн випадків гострого інфаркту міокарда, 1,4-2,5 млн випадків інсульту та 450-850 тис. випадків смерті від серцево-судинних захворювань можна уникнути, якщо проводити активну профілактику і лікування високого артеріального тиску та дисліпідемії для досягнення цільових значень протягом наступних 15 років у Китаї [43], тому важливим є визначення основних факторів, що впливають на розвиток і несприятливий перебіг дисліпідемії у хворих на АГ.

Висновки

У хворих на артеріальну гіпертензію з вечірнім хронотипом вірогідно вищі значення показників ліпідної панелі стосовно групи з проміжним й ранковим хронотипами. Вірогідно вищі значення ліпідограми виявляються також у пацієнтів з АГ з різко вираженою денною сонливістю стосовно даних пацієнтів з відсутньою денною сонливістю (концентрація ЗХС вища на 27,27%, ХС-ЛПНЩ на 33,33%, ТГ на 118,56%, ХС-не-ЛПНЩ на 49,82% та РХ на 118,18%) та у хворих з низьким оптимізмом стосовно даних пацієнтів з помірним оптимізмом (концентрація ТГ вища на 62,00% та РХ на 64,44%). При цьому показники ліпідограми вірогідно асоціюються з рівнем диспозиційного оптимізму, хронотипом та рівнем денної сонливості.

References

1. Lu J, Lu Y, Wang X, Li X, Linderman GC, Wu C, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China: data from 1.7 million adults in a population-based screening study (China PEACE Million Persons Project). *Lancet*. 2017; 390:2549-58. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32478-9.
2. Chen Siwei, Cheng Wenke. Relationship Between Lipid Profiles and Hypertension: A Cross-Sectional Study of 62,957 Chinese Adult Males. *Frontiers in Public Health*. 2022. Vol. 10. URL=<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.895499>.
3. Tang N, Ma J, Tao R, Chen Z, Yang Y, He Q, et al. The effects of the interaction between BMI and dyslipidemia on hypertension in adults. *Sci Rep*. 2022; 12:927. DOI: 10.1038/s41598-022-04968-8.
4. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*. 2015; 38(6):843-844. DOI:10.5665/sleep.4716.
5. Roenneberg T, et al. The circadian clock and human health. *Curr Biol*. 2016; 26(10):R432-R443.
6. Roenneberg T, et al. Life between clocks: daily temporal patterns of human chronotypes. *J Biol Rhythms*. 2003; 18(1):80-90.
7. Lack L, et al. Chronotype differences in circadian rhythms of temperature, melatonin, and sleepiness as measured in a modified constant routine protocol. *Nat Sci Sleep*. 2009; 1:1-8.
8. Knutson KL, et al. Associations between chronotype, morbidity and mortality in the UK Biobank cohort. *Chronobiol Int*. 2018; 35(8):1045-1053.
9. Guo X, Zheng L, Wang J, Zhang X, Zhang X, Li J, et al. Epidemiological evidence for the link between sleep duration and high blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med*. 2013; 14(4):324-332. DOI:10.1016/j.sleep.2012.12.001.
10. Depner CM, Stothard ER, Wright KP, Jr. Metabolic consequences of sleep and circadian disorders. *Curr Diab Rep*. 2014; 14(7):507. DOI:10.1007/s11892-014-0507-z.
11. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010; 33(2):414-420. DOI:10.2337/dc09-1124.
12. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J*. 2011; 32(12):1484-1492. DOI:10.1093/eurheartj/ehr007.
13. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension [published correction appears in *Eur Heart J*. 2019 Feb 1; 40(5):475]. *Eur Heart J*. 2018; 39(33):3021-3104. DOI:10.1093/eurheartj/ehy339.
14. Senyk Oksana, Jankowski Konrad S, Cholii Sofiia. Ukrainian versions of the Composite Scale of Morningness and Munich Chronotype Questionnaire. *Biological Rhythm Research*. 2022; 53(6):878-896.
15. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem: A reevaluation of the Life Orientation Test *J Pers Soc Psychol*. 1994; 67:1063-78.
16. Gordeeva TO, Sychev OA, Osin EN. Development of a russian version of the Dispositional Optimism Test (LOT). *Psychological diagnostics*. 2010; 2:36-64.
17. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease

Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). *European Heart Journal*. 2016; 37(29):2315-2381.

18. Ke C, Zhu X, Zhang Y, Shen Y. Metabolomic characterization of hypertension and dyslipidemia. *Metabolomics*. 2018; 14:117. DOI: 10.1007/s11306-018-1408-y.

19. Selwyn AP, Kinlay S, Libby P, Ganz P. Atherogenic lipids, vascular dysfunction, and clinical signs of ischemic heart disease. *Circulation*. 1997; 95:5-7.

20. McGill JB, Haffner S, Rees TJ, Sowers JR, Tershakovec AM, Weber M. Progress and controversies: treating obesity and insulin resistance in the context of hypertension. *J Clin Hypertens*. 2009; 11:36-41.

21. Laaksonen DE, Niskanen L, Nyyssönen K, Lakka TA, Laukkanen JA, Salonen JT. Dyslipidaemia as a predictor of hypertension in middle-aged men. *Eur Heart J*. 2008; 29:2561-8.

22. Christian AK, Sanuade OA, Kushitor SB, Kushitor M, Kretchy I, Agyemang C, et al. Metabolic syndrome among individuals living with hypertension in Accra, Ghana. *PLoS ONE*. 2021; 16:e0253837. DOI: 10.1371/journal.pone.0253837.

23. Otsuka T, Takada H, Nishiyama Y, Kodani E, Saiki Y, Kato K, et al. Dyslipidemia and the risk of developing hypertension in a working-age male population. *J Am Heart Assoc*. 2016; 5:e003053.

24. Ding C, Chen Y, Shi Y, Li M, Hu L, Zhou W, et al. Association between nontraditional lipid profiles and peripheral arterial disease in Chinese adults with hypertension. *Lipids Health Dis*. 2020; 19:231. DOI: 10.1186/s12944-020-01407-3.

25. Srikanth S, Deedwania P. Management of dyslipidemia in patients with hypertension, diabetes, and metabolic syndrome. *Curr Hypertens Rep*. 2016; 18:76.

26. Eric S. Kim, Jacqui Smith, Laura D. Kubzansky. Prospective Study of the Association Between Dispositional Optimism and Incident Heart Failure. *Circ Heart Fail*. 2014; 7:394-400.

27. Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull*. 2012;138:655-691.

28. Boehm JK, Williams DR, Rimm EB, Ryff C, Kubzansky LD. Association between optimism and serum antioxidants in the midlife in the United States study. *Psychosom Med*. 2013;75:2-10.

29. Boehm JK, Williams DR, Rimm EB, Ryff C, Kubzansky LD. Relation between optimism and lipids in midlife. *Am J Cardiol*. 2013;111:1425-1431.

30. Roy B, Diez-Roux AV, Seeman T, Ranjit N, Shea S, Cushman M. Association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Psychosom Med*. 2010;72:134-140.

31. Rosenthal L, Day R, Gerhardstein R, Meixner R, Roth T, Guido P, Fortier J. Sleepiness/alertness among healthy evening and morning type individuals. *Sleep Med*. 2001;2(3):243-248.

32. Didikoglu A, et al. Longitudinal change of sleep timing: association between chronotype and longevity in older adults. *Chronobiol Int*. 2019; 36(9):1285-1300.

33. Roenneberg T, Allebrandt KV, Merrow M, Vetter C. Social jetlag and obesity. *Curr Biol*. 2012 May 22;22(10):939-43. DOI: 10.1016/j.cub.2012.03.038.

34. Gabriel Baldanzi, Ulf Hammar, Tove Fall, Eva Lindberg, Lars Lind, Sölve Elmståhl, Jenny Theorell-Haglöw, Evening chronotype is associated with elevated biomarkers of cardiometabolic risk in the Epi Health cohort: a cross-sectional study, *Sleep*, Volume 45, Issue 2, February. 2022, 226.

35. Lin CL, Liu TC, Lin FH, Chung CH, Chien WC. Association between sleep disorders and hypertension in Taiwan: a nationwide population-based retrospective cohort study. *J Hum Hypertens*. 2017; 31:220-4.

36. Motivala SJ. Sleep and inflammation: psychoneuroimmunology in the context of cardiovascular disease. *Ann Behav Med*. 2011; 42:141-52.

37. Yadav D, Hyun DS, Ahn SV, Koh SB, Kim JY. A prospective study of the association between total sleep duration and incident hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2017; 19:550-7.

38. Gileles-Hillel A, Kheirandish-Gozal L, Gozal D. Biological plausibility linking sleep apnoea and metabolic dysfunction. *Nat Rev Endocrinol*. 2016; 12(5):290-298.

39. Pasarica M, Sereda OR, Redman LM, Albarado DC, Hymel DT, Roan LE, Rood JC, Burk DH, Smith SR. Reduced adipose tissue oxygenation in human obesity: evidence for rarefaction, macrophage chemotaxis, and inflammation without an angiogenic response. *Diabetes*. 2009; 58(3):718-725.

40. Spiegel K, Tasali E, Penev P, Van Cauter E. Brief communication: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med*. 141(11): 846-850.

41. Bikov, A., Lazar, Z., Horvath, P. et al. Association Between Serum Lipid Profile and Obstructive Respiratory Events During REM and Non-REM Sleep. 2019. *Lung* 197, 443-450.

42. Lanfranco F, Motta G, Minetto MA, Ghigo E, Maccario M Growth hormone/insulin-like growth factor-I axis in obstructive sleep apnea syndrome: an update. *J Endocrinol Investig*. 2010; 33(3):192-196.

43. Stevens W, Peneva D, Li JZ, et al. Estimating the future burden of cardiovascular disease and the value of lipid and blood pressure control therapies in China. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16:175.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.10.2022 р.

Мета – проаналізувати показники ліпідограми, рівень денної сонливості, диспозиційного оптимізму і хронотипу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією з метою встановлення їх взаємозв'язку.

Методи. У дослідження було включено 42 пацієнти з діагностованою есенціальною артеріальною гіпертензією 2 стадії – складовою метаболічного синдрому, які перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні лікарні. Вимірювання систолічного (САТ) й діастолічного артеріального тиску (ДАТ) (у мм рт. ст.) проводили згідно зі стандартним протоколом. Концентрацію показників ліпідограми визначали за допомогою комерційно доступних наборів на аналізаторі Cobas 6000 (Roche Hitachi, Німеччина), а також за розрахунковими формулами.

Результати. У хворих на артеріальну гіпертензію з вечірнім хронотипом вірогідно вищі значення показників ліпідної панелі стосовно групи з проміжним й ранковим хронотипами. Вірогідно вищі значення ліпідограми виявляються також у пацієнтів з АГ з різко вираженою денною сонливістю стосовно даних пацієнтів з відсутньою денною сонливістю (концентрація ЗХС вища на 27,27%, ХС-ЛПНЩ на 33,33%, ТГ на 118,56%, ХС-не-ЛПВЩ на 49,82% та РХ на 118,18%) та у хворих з низьким оптимізмом стосовно даних пацієнтів з помірним оптимізмом (концентрація ТГ вища на 62,00% та РХ на 64,44%).

Висновки. Згідно отриманих результатів, встановлено поглиблення дисліпідемії у хворих на артеріальну гіпертензію, яке пов'язане зі зміщенням результатів опитувальників до зниження рівня диспозиційного оптимізму, вечірнім хронотипом та різко вираженою денною сонливістю.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, кардіометаболічні розлади, ліпідограма, хронотип, диспозиційний оптимізм/песимізм, рівень денної сонливості

The aim is to analyze lipidogram indicators, the level of daytime sleepiness, dispositional optimism and chronotype in patients with arterial hypertension in order to establish their relationship.

Methods. The study included 42 patients with essential arterial hypertension stage 2, as a component of the metabolic syndrome, who were treated in the therapeutic department of the hospital. Systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) (in mm Hg) were measured according to a standard protocol. The concentration of lipidogram indicators were determined using commercially available kits on the Cobas 6000 analyzer (Roche Hitachi, Germany), as well as by calculation formulas.

Results. Patients with arterial hypertension with an evening chronotype probably have higher values of lipid panel indicators than the group with intermediate and morning chronotypes. Probably higher values of the lipidogram are also found in patients with hypertension with excessive daytime sleepiness compared to the data of patients with absent daytime sleepiness (the concentration of triglycerides is higher by 27.27%, cholesterol-LDL by 33.33%, TG by 118.56%, cholesterol- non-HDL by 49.82% and RH by 118.18%) and in patients with low optimism compared to patients with moderate optimism (TG concentration is higher by 62.00% and RC by 64.44%).

Conclusions. According to the obtained results, a deepening of dyslipidemia in patients with arterial hypertension is associated with a shift in the results of questionnaires to a decrease in the level of dispositional optimism, an evening chronotype and excessive daytime sleepiness.

Key words: arterial hypertension, cardiometabolic disorders, lipidogram, chronotype, dispositional optimism/pessimism, level of daytime sleepiness.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Новак-Мазепа Х.О. – аспірант кафедри функціональної і лабораторної діагностики Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського за спеціальністю 223 Медсестринство.

Марущак М.І. – д.мед.наук, професор, завідувач кафедри функціональної і лабораторної діагностики Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.

funkc_diag@tdmu.edu.ua.

Васильєв Ю.К.

**Олександр Михайлович
Шумлянський (1748-1795)
про вдосконалення викладання
у вищій медичній школі**

Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Vasylijev Ju.K.

**Alexander Mikhailovich
Shumlyansky (1748-1795)
on the improvement of teaching
at the higher medical school**

Sumy State University, Sumy, Ukraine

y.vasilyev@med.sumdu.edu.ua

Вступ

Ім'я уродження Полтавщини, сина значкового товариша Полтавського полку, професора О.М. Шумлянського ми знайдемо у багатьох енциклопедіях та біографічних довідниках. Він автор латинської дисертації «De structura genum» («Про будову нирок», 1782). Саме завдяки цьому фундаментальному дослідженню він увійшов до історії медицини.

Разом з тим він автор ще й книги: «Мнение одного истиннолюбца о поправлении наиболее полезнейшей для людей науки» (1787) [1]. У 1787 р., тобто того ж року, коли побачила світ книга проф. Шумлянського, у німецькомовному бібліографічному покажчику Н.Л.С. Васмеістер з'явилася інформація про неї [2]. Зазначено формат книги та кількість сторінок у ній: 64 сторінок in octavo з двома таблицями. Взагалі, якщо бути точніше, сторінок у книзі більше, оскільки перші чотири сторінки не пронумеровані. Дано і більш точний формат книги. Він не просто in-octavo (8°, тобто – 1/8 частина листа), а якщо бути скрупульозним – crown octavo (190 мм × 122 мм). Вказано автора: Doctor Aleksandr Schumljanskij, що важливо, оскільки у виданій книзі про це не сказано. Зазначено місто, де вона видана: in St. Petersburg. «Мнение» в цьому покажчику дано в наступній транслітерації: Mnjenie odnogho istinnoljubtza o poprawlenii najpoleznejsej dlja ljudej nauki.

Саме у такому вигляді – транслітерацією латиницею – книга Шумлянського наведена у бібліографічному покажчику Л.Ф. Зміїва (1886) [3], а звідти потрапила до «Энциклопедического словаря Брокгауза и Ефрона» (1904) та «Русского биографического словаря» (1911) [4], останні два словники широко представлені в Інтернеті.

У 1815 р. «Мнение» Шумлянського було наведено у бібліографії В.С. Сопікова, але не в транслітерації, а оригінальному написанні [5]. Підкреслимо, що як заголовок книги, так і зміст її (у цитатах) ми даємо без літер «ї», «ѣ», «ѳ» та «ѵ» замінюючи їх на «и», «е», «ф» та «в» відповідно, і навіть без літери «ъ» в кінці слів.

В деяких випадках доводиться давати роз'яснення застарілих слів, всі ці пояснення наведено у квадратних дужках. В.С. Сопіков вказав автора книги – твір Олександра Шумлянського. Зазначив її формат – 8°, місце видання – Санкт-Петербург. Водночас, помилково вказавши рік видання – 1785, а не 1787.

Слід вважати, що саме книга В.С. Сопікова ввела в оману Я.О. Чистовича (1883), який писав, що в 1784 р. було порушено питання про перетворення госпітальних шкіл у такі медико-хірургічні училища, де викладалися б медичні науки в більших розмірах, ніж у тодішніх госпітальних школах. Далі проф. Чистович відмічав, що в цей час доктор Шумлянський був активним учасником у розробці цього питання і, як доказ цього, дає посилання на книгу з помилковим роком видання [6].

Нарешті книга Шумлянського наведена у каталозі книг XVIII століття (1966). Вказані: автор – Шумлянський Олександр Михайлович (1748-1795); місце видання – Санкт-Петербург; формат – 8°. Правильно зазначено рік видання – 1787, та обсяг – [4], 64 с.; 2 л. табл. Наведена фотографія титульного аркуша книги. Вперше титульний лист «Мнения» опублікував С.Л. Соболев (1951) [7].

Отже, книга О.М. Шумлянського 1787 р. не забута, вона розміщена у ряді бібліографічних довідників, але досі їй не було присвячено жодного спеціального дослідження.

Мета дослідження: з'ясувати історію появи книги О.М. Шумлянського про вдосконалення викладання медицини – «Мнение одного истиннолюбца о поправлении наиболее полезнейшей для людей науки» (1787), а також проаналізувати її зміст і, тим самим, закрити прогалину в біографії професора.

Матеріали та методи

Історичними джерелами для роботи були опубліковані матеріали, багато з яких досі не використовувалися біографами О.М. Шумлянського. В якості основного методу дослідження в статті був застосований історичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення

Основною формою підготовки лікарів XVIII ст. у Російській імперії протягом тривалого часу були госпітальні школи. Саме одну з таких госпітальних шкіл, при Петербурзькому адміралтейському шпиталі, закінчив Олександр Шумлянський. Госпітальна школа, до речі, була і в Україні. Це госпітальна школа при госпіталі в Єлизаветграді (нині Кропивницький), яку закінчив відомим проф. С.Й. Мухін (1766-1850).

Крім того, з 1783 р. у Петербурзі був Імператорський медико-хірургічний інститут (ІМХІ; Kaiserliche Medicinisch-chirurgischen Institut), який був відкритий у зв'язку з приєднанням до імперії остзейських земель, де було багато німців. Якраз для них був створений цей інститут, викладання там велося німецькою мовою. Його піклувальником був сенатор Петро Васильович Завадовський. Інститут не перебував у підпорядкуванні Медичної колегії, кошти на його утримання виділялися Кабінетом Імператриці.

П.В. Завадовський багато займався організацією системи освіти – від нижчої та середньої до вищої. У 1782 р. він очолив Комісію про заснування училищ, у 1802 р. став першим керівником Міністерства народної освіти, походив він з українського козацького роду Завадовських, а освіту здобув у Києво-Могилянській академії.

У 1784 р. під головуванням П.В. Завадовського відбулася нарада, на якій обговорювалося питання щодо вдосконалення постановки навчання в ІМХІ. На цю нараду було запрошено проф. М.М. Тереховського (1740-1796), який висловив свої думки з цього приводу. У тому ж 1784 р. було ухвалено рішення щодо збору відомостей про стан вищої медичної освіти в Західній Європі і потребі для цього відрядити туди докторів Тереховського та Шумлянського.

Як розвивалися подальші події, ми дізнаємось із опублікованих листів О.М. Шумлянського. Лист від 9/20 грудня 1784 р.¹: «<...> отъезд наш отложен до Нового года. Не знаю, переменится ли он или скоро последует. С П[етром] В[асильевичем] Завадовским] с тех пор не удалось говорить, хотя и был у него несколько раз. Будущего моего спутника М.М. [Тереховского] характер мне довольно известен.»² Лист від 9/20 січня 1785 р.: «Но об моем отъезде еще нет ничего известного. Может быть, на сих днях услышу. Знаю только, что он [П.В. Завадовский] меня своим покровительством снабдеживает

<...> Мартын Мат[веевич Тереховский] весьма много трудится в сем деле, и в великой доверенности у П.В. [Завадовского] и хочет усердно, чтоб я с ним ехал».³ Лист від 30 січня /10 лютого 1785: «Он же [П.В. Завадовский] объявил мне, что отправление нас в чужие края не отложено и сбудется не в продолжительное время.»⁴ Лист від 6/17 березня 1785 р.: «Вы знаете, что я теперь должен повиноваться званию моему, и ехать в чужие края с М.М. [Тереховским]. Мы и действительно туда в субботу или воскресенье отправимся.»⁵

Зрештою, настав день від'їзду – 17/28.03.1785 р.: «В 1785 году марта 17 дня и отправился я с моим товарищем в означенный путь, получив прогонных денег каждый по 1000 червонных, сверх определенного нам жалования.»⁶ П.В. Завадовський повідомив про це відрядження Медичній колегії (тодішній вищий орган управління медичною справою в країні) запискою від 1/12 березня 1785 р.: «Её императорское величество высочайше указать мне соизволила отправить в чужие края по делам основанной здесь школы хирургической (мається на увазі ІМХІ – Ю.В.) докторов Мартына Тереховского и Александра Шумлянского.»⁷

Отже, ініціатором поїздки закордон названих лікарів був П.В. Завадовський, який і домігся, щоб ця подорож відбулася. Це відрядження не було завданням Медичної колегії, як написано у біографічному довіднику Києво-Могилянської академії (2001) [8].

Здійснюючи свою закордонну поїздку, М.М. Тереховський та О.М. Шумлянський побували у Відні, а наприкінці літа 1785 р. були вже в Парижі, що зазначено в паризькому щоденнику А.Г. Бобринського: «Шумлянский и другой доктор ездят на коште государевом с письмами рекомендательными от Государыни к послам и с коммиссиею [заданием] осмотреть все госпитали, аптеки, школы лекарственные и прочее до сей части касающееся, с тем, чтоб, осмотря все лучшие заведения, основать их у нас по наместничествам и в провинциях по лучшим планам.» (31.08.1785 р.)⁸ Так, тут трохи наплутано, мета поїздки була тільки «школы лекарственные».

Як видно з листа від 14/25 листопада того ж 1785 року восени М.М. Тереховський та О.М. Шумлянський у Великій Британії, який був відповіддю на лист лондонського посла графа С.Р. Воронцова: «Вследствие письма вашего сиятельства от 30 сентября (11 октября) касательно г. докторов Тереховского и Шумлянского, Ея Императорское Величество позволяет

¹ Там где проставлены двойные даты, они приведены как по юлианскому, так и по григорианскому стилям. Там, где проставлено подвійні дати, вони наведені як за юліанським, так і за григоріанським стилем.

² Письмо А.М. Шумлянского д-ру Ф.М. Катрановскому. С.-Петербург, 9 декабря 1784 г. // Научное наследство. Естественнаучная серия. – М.: из-во АН СССР, 1951. – Т.2. – С. 468.

³ Письмо А.М. Шумлянского И.В. Рудскому. Петербург, 9 января 1785 г. // Там же. – С.469.

⁴ Письмо А.М. Шумлянского И.В. Рудскому. С.-Петербург, 30 января 1785 г. // Там же. – С. 470.

⁵ Письмо А.М. Шумлянского И.В. Рудскому. С.-Петербург, 1785, марта 6 дня. // Там же. – С. 473.

⁶ Объяснительная записка А.М. Шумлянского [о командировке за границу совместно с М.М. Тереховским] // Там же. – С. 476.

⁷ Цит. по: Чистович Я.А. История первых медицинских школ в России. – СПб., 1883. – С. CCCXLII.

⁸ Дневник графа А.Г. Бобринского, веденный в кадетском корпусе и во время путешествия по России и за границей // Русский архив. – 1877. – Кн. 3, вып. 10. – С. 161-162.

им остаться в Англии шесть месяцев. Ваше сиятельство получите из Кабинета вексель на пятьсот фунтов стерлингов, из коих триста семьдесят на их тамошнее содержание, а остальные сто тридцать на покупку хирургических и физических инструментов.»⁹

Новий 1786 рік О.М. Шумлянський з М.М. Тереховським зустріли у столиці Сполученого Королівства. 16/27 грудня 1785 р. із Лондона Олександр Шумлянський писав: «Графу Семену Романовичу [Воронцову], здешньому министру угодно было, чтоб мы с Мартыном Матвеевичем пожили подолее в Англии. И так, пожив в Лондоне через три месяца, получили мы теперь и позволение из Петербурга остаться здесь еще месяца на четыре. Поэтому на сих днях и отправимся отсюда в другие Аглинские университеты, а оттуда опять возвратимся в Лондон. А после намерены продолжить наш возвратный путь посуху. Вы видите, что возвращение наше в Россию прежде лета быть не может, к моему сожалению.»¹⁰

У квітні Олександр Шумлянський вирушив у зворотний шлях, але один. Один, бо вони з М.М. Тереховським посварилися. Про це у листі до брата посол граф С.Р. Воронцов писав: «Schoumlanskoj resta en Angleterre, et Terechowskoj alla en Ecosse, d'où, quand retourna celui-ci, l'autre s'en alla en Hollande, et Terechowskoj resta ici, sous prétexte d'affaires, pour ne pas le joindre»¹¹. Таким чином, за свідченням графа, Шумлянський залишився в Англії, а Терехівський поїхав до Шотландії. Коли ж останній повернувся, перший поїхав до Голландії, а Тереховський затримався, щоб не їхати з ним разом.

Зворотний шлях Олександра Шумлянського був через Голандію та Пруссію, і до Петербургу він приїхав 13/24 серпня 1786 р. Наступного дня лікар прийшов до П.В. Завадовського і дав йому свій звіт, який досі в архівах не знайдено, а отже, з великою ймовірністю, не зберігся.¹²

Треба думати, що частина того, що доктором Шумлянським було написано і передано сенатору Завадовському, увійшло в його книгу 1787 р.: «Мнение одного истиннолюбца о поправлении наиболее полезнейшей для людей науки», де любитель істини («истиннолюбец») викладає свої міркування щодо покращення («поправления») викладання медицини, яка названа – «наиболее полезнейшей для людей наукой».

Проф. Шумлянський починає свою працю латинським епіграфом: *Amicus Plato; sed magis amica*

Veritas; тобто Платон мені друг, але істина дорожча. У книзі він дає перелік дисциплін («начертание системы врачебной»), знання яких необхідні майбутньому медику. По Шумлянському ця система наук розподіляється на дві групи (для зручності тут і далі ми будемо використовувати нумерацію груп, підгруп тощо):

1.0. «Служебные, то есть те, которые очищают, и просвещают разум учащихся, научая их, как познавать природу вообще, и чрез то приуготовляют их к познанию природы человеческой»; та 2.0. «Существенные или анфрология [антропология] о природе человека, и о [обо] всем том, что нужно для жизни его».

У свою чергу, кожна з цих груп він поділив на дві підгрупи:

1.1. «Науки начальные, которые приуготовляют учащихся к познанию наук естественных, и научают, как подражать природе, изображая оную или чертами, или словами»; 1.2. «Науки естественные, которые испытывают самое естество веществ, нужных и полезных для анфрологии [антропологии]»; 2.1. «Феория [теория] анфрологии [антропологии]: о познании природы человека чрез приложение к ней наук служебных»; 2.2. «Практика анфрологии [антропологии]: сохранение природы человека здоровой, и о поправлении болезненной, чрез приложение всех наук, в сходственность [в соответствии] с анфрологическою [антропологическою] феориею [теорией]».

Тепер перейдемо до розбору кожної з цих чотирьох підгруп. 1.1. Початкові науки. Сюди по Шумлянському входять:

1.1.1 «Рисовальная наука»; 1.1.2. «Словесные науки, для врачей нужные (языки; логика; география)»; 1.1.3. «Мафиматика [математика], по колику [насколько] необходима для познания физики (арифметика; аналитика или алгебра; геометрия и проч.)».

Ще Генеральний регламент про госпіталі 1735 р. для викладання у госпітальних школах передбачав: «одного рисовального мастера для лучшего обучения в анатомии» (він навчав учнів малюванню анатомічних препаратів) та «одного студиоза для обучения латинского языка».¹³

У 1786 р. госпітальні школи були перетворені у медико-хірургічні училища (у Московському училищі О.М. Шумлянський з 1787 р. був професором) і були прийняті штати їх, які так само передбачались вчителі з малювання, і мов.¹⁴

⁹ Письмо князя А.А. Безбородко графу С.Р. Воронцову. С.-Петербург, 14/25 ноября 1785 г. // Архив князя Воронцова. – М., 1879. – Кн. 13. – С. 103.

¹⁰ Письмо А.М. Шумлянского Ф.М. Катрановскому. Лондон, 27/16 декабря 1785 г. // Научное наследство. Естественнаучная серия. – М.: АН СССР, 1951. – Т.2. – С.474.

¹¹ Письмо графа С.Р. Воронцова к брату графу А.Р. Воронцову. Лондон, 7/18 июля 1786 г. // Архив князя Воронцова. – М., 1876. – Кн. 9. – С. 65.

¹² Объяснительная записка А.М. Шумлянского [о командировке за границу совместно с М.М. Тереховским]

// Научное наследство. Естественнаучная серия. – М.: АН СССР, 1951. – Т.2. – С. 475-478.

¹³ Генеральный регламент о госпиталях и о должностях, определенных при них докторов и прочих медицинского чина служителей, также комиссаров, писарей, мастеровых, работных и прочих к оным подлежащих людей. 24 декабря 1735 г. // Полное собрание законов (далі: ПСЗ). Соб. 1-е. – СПб., 1830. – Т.9. – №6852.

¹⁴ Штат Медицинской коллегии с подлежащими ведению её местами. 15 июля 1786 г. // ПСЗ. Соб. 1-е. – СПб., 1830. – Т.44, часть 2. – № 16412.

Тут, як ми бачимо, автор дотримується усталеної традиції. Але, крім того, він вважав за важливе запровадження викладання математики, в обсязі необхідному для розуміння учнями фізики (про фізику нижче – 1.2.2.). Ця його пропозиція була врахована. У 1793 р. у медико-хірургічних училищах було запроваджено викладання як математики, так і фізики [9].

Далі проф. Шумлянський переходить до природничих наук.

1.2. Науки природничі. Вони за його класифікацією складаються із трьох частин. 1.2.1. Природна історія, яка «учит, исторически распознавать естественные тела по колику [насколько] оне [они] нужны для антропологии [антропологии]» (ботаніка; зоологія, мінералогія). 1.2.2. Природна філософія чи фізика, яка «исследует свойство тел, и уставы [законы] их движения, по колику [насколько] оне [они] необходимы для антропологии [антропологии]» (астрономія про тіла небесні; механіка і динаміка про рух тіл взагалі; наука про властивість стихії – про повітря, про вогонь, про воду, про землю; оптика або наука про властивість світла – діоптрика та катоптрика; наука про електричну силу). 1.2.3. Хімія медична чи аптекарська наука. «О разрушении и составлении врачебных тел, для познания их свойства, посредством огня и разных орудий» – рослинних, мінеральних та тварин.

Як бачимо у підрозділі природничі науки (1.2): ботаніка, зоологія, мінералогія, фізика, медична хімія. Ще штати медико-хірургічних училищ 1786 р. передбачали викладання ботаніки та хімії; у 1793 р., як зазначено вище, у цих училищах запроваджено викладання математики та фізики. За статутом та штатами Медико-хірургічної академії 1806 р. (медико-хірургічні училища на той час були реорганізовані в академію) передбачалося викладання медикам математики та всіх «природничих наук», які назвав проф. Шумлянський. Для цього необхідно було три професори: 1) математики та фізики, 2) природної історії, 3) хімії.¹⁵ Отже, всі побажання автора було враховано під час проведення реформ вищої медичної освіти кінця XVIII – початку XIX століть.

Потім проф. Шумлянський переходить до другої частини своєї системи наук, які необхідні майбутньому медику: 2.0. Суттєві науки чи антропологія. Цю групу, як вже було сказано вище, він поділив на дві підгрупи. Почнемо з першої з них.

2.1. Теорія антропології. Сюди, за Шумлянським, входять:

2.1.1. «Наука о познании здоровой природы человека (анатомия: о природном строении тела человеческого и его частей, которое показывается чрез раздробление – или трупов человеческих преимущественно, или скотов живых и мертвых, по сходству их с человеком»; физиология: о согласном действии в теле жизненных сил и орудий [органов], т.е.

о здоровой жизни человека, которую исследуют – или на живом человеке, или на живых скотах»).

2.1.2. «Наука о познании болезненной природы человека (носология: о поврежденном строении тела человеческого и его частей, т.е. самых болезнях, показывая оные – или на самых больных людях, живых и болезнью померших, или по сходственности [сходству], на больных скотах живых и дохлых; пафология [патология]: о поврежденном действии жизненных сил, и орудий [органов] телесных, т.е. о болезненных припадках, показывая оные – или на больных людях, или на больных животных»).

Як бачимо, до підрозділу теорія антропології (2.1.) Шумлянський включив анатомію, фізіологію, патологічну анатомію («носология – наука о поврежденном строении тела человеческого») та патологічну фізіологію.

I, нарешті, останній підрозділ у О.М. Шумлянського. 2.2. практика антропології.

2.2.1. «Диететика, или наука о соблюдении здоровой природы человека, чрез сохранение жизненных сил, посредством всего того, что для жизни его необходимо», яка у свою чергу розпадається на дві частини. Перша з них «относительно к телу: показывая вещества к продолжению жизни необходимые, полезные или для оного вредные – о веществах для жизни полезных и вредных». Друга ж «относительно к душе: показывая действия страстей в теле человека, в жизни его необходимых, полезных, и вредных, сколько врачу о том ведать надлежит – о страстях душевных для жизни полезных и вредных.»

Дієта (diaeta), у тодішньому розумінні, це упорядкований, здоровий спосіб життя, а не лише сукупність правил вживання їжі. Дієтетика (diatetica) – це вчення про мистецтво жити; всі заходи регламентованого способу життя, що сприяє підтримці чи оздоровленню фізичного та психічного здоров'я, або наука про профілактичну та лікувальну дію дієти. В університетському статуті 1835 р., а він належав і до Харківського університету, у переліку дисциплін, які викладаються на медичному факультеті – «дієтетика чи гігієна».¹⁶

2.2.2. «Ферапевтика [терапевтика, терапия], или наука о поправлении болезненной природы человека, чрез исцеление болезней или болезненных припадков, посредством лекарств внутренних или наружных». Вона розпадається на умоглядну («умозрительную») та дослідну («опытную»).

«Умозрительная испытывает силу и действие врачевательных [медицинских] средств, в теле человеческом, как внутренних, так и наружных, коих историческое познание показано в разных науках естественных»: «врачебной о лекарствах внутренних»; «лекарской о лекарствах наружных и лекарских орудиях

¹⁵ Устав и штат Санкт-Петербургской медико-хирургической академии. 18 декабря 1806 г. // История Императорской военно-медицинской (бывшей медико-хирургической) академии за сто лет / под ред.

И.П. Ивановского. – СПб.: тип. МВД, 1898. – Приложение, с. 26-39.

¹⁶ Общий устав Императорских российских университетов. 26 июля 1835 г. // ПСЗ. Соб. 2-е. – СПб., 1836. – Т.10, отд. 1. – № 8337.

[инструментах]»; «можно прибавить о лекарствах скотских, наружных и внутренних.»

«Опытная показывает способ, как употреблять врачества [лекарства и хирургические приемы] внутренние и наружные, к исцелению тела, сходственно [в соответствии] с правилами носологии и пафологии [патологии]: искусство врачей предписывать и давать лекарства внутренние для исцеления болезней внутренних; искусства лекарей употреблять хирургические средства к у врачевании [лечению] болезней лекарских; можно прибавить: в чем состоит искусство коновалов.»

Тут (2.2.2.) Олександр Шумлянський пише про «врачів» та «лекарів». Відповідно до західноєвропейської традиції, «врачі» або «доктора» це ті медики, які закінчили медичні факультети в університетах; вони займалися лікуванням внутрішніх хвороб. «Лікарі» – це хірурги, які не мали університетської освіти; вони лікували зовнішні хвороби («хвороби лікарські», а порожнинні операції на той час не отримали ще поширення) і травми, використовуючи при цьому «лікарські знаряддя», тобто хірургічні інструменти. У Західній Європі тоді саме проходив процес перетворення хірургії на одну з дисциплін, яку викладають в університетах на медичних факультетах.

Тут О. Шумлянський пише і про мистецтво коновалів, тобто про ветеринарію або «скотолікування». Тільки на початку XIX ст. доводиться становлення підготовки ветеринарних лікарів. Тому, навіть в університетському статуті 1835 р., а він належав, як уже сказано вище, і до Харківського університету, у переліку предметів, що викладаються на медичному факультеті, зазначено ветеринарію: «10) Скотолечение: а) ветеринарная анатомия и физиология; в) искусство познавать и лечить болезни домашних животных, также рассечение трупов их».¹⁷ І на утримання у Харківському університеті «ветеринарного практического заведения и нужные при оном инструменты» щорічно асигнувалася 8000 рублів.¹⁸ Тому закономірно, що у 1787 р. (тобто майже півстоліття до університетського статуту 1835 р.) проф. Шумлянський пише про ветеринарію, як складову в освіті майбутніх медиків.

Олександр Шумлянський не пропустив і історії медицини: «История врачебной учености, а особливо антропологическая [антропологическая], описывающая не жизни сочинителей, но их изобретения и достопамятные мнения, так же принадлежит к врачу. Она в преследовании и истолковании каждой частной науки порознь здесь включена быть может, по сему же расположению.» Отже, проф. Шумлянський вважав, що майбутньому медику так само необхідно викладати спеціальну історію медицини, тобто історію окремих

дисциплін – анатомії, фізіології, терапії тощо. Так як історія цих предметів викладання є невід'ємною складовою самих цих дисциплін, то і викладатися вони повинні не окремо, а при вивченні кожної цієї науки, як їх необхідна частина. З цим не можна не погодитися і сьогодні, але, разом з тим, теперішній досвід викладання підказує, що студентам-медикам необхідне знання не лише спеціальної історії медицини, а й загальної історії медицини, яка викладається лише в окремому курсі історії медицини.

Не забув проф. Шумлянський ще дві дисципліни – «медицина судебная, или правная (medicina forensis), так же благочиние врачебное (politia medica)». Вони, на його думку, у системі наук, які викладаються медикам, можуть бути розміщені в підрозділі теорія антропології (2.1).

Він перший у Російській імперії вказав на необхідність викладати у вищій медичній школі медичну поліцію (politia medica) – науки про форми діяльності держави в галузі охорони здоров'я. Нагадаємо, його «Мнение» побачила світ 1787 р., а лише 1795 р. було опубліковано латинську промову про медичну поліцію проф. Ф.Ф. Керестурі (F. Keresturi; 1735-1811) «Oratio de politia medica ejusque in Rossia usu». І в тому ж 1795 р. було видано книгу І.Ю. Вельцина (J.Ch. Weltzien; 1767-1829) присвячена медичній поліції: «Начертание врачебного благоустройства или О средствах зависящих от правительства к сохранению народного здоровья». Нарешті, лише статут та штати Петербурзької медико-хірургічної академії 1806, складені І.П. Франком (J.P. Frank; 1745-1821), вперше включили медичну поліцію як обов'язковий предмет викладання у вищій медичній школі.¹⁹

О.М. Шумлянський звертав увагу на необхідність суворої послідовності у вивченні дисциплін: «не познав самого строения тела в анатомии, не будут [учащиеся] знать действий онаго в изъяснении физиологии; а и того менее в состоянии будут понять оных повреждение, или причины онаго в пафологии [патологии]; кольми паче ["кольми паче" – тем более] слепотствовать [слепы] будут в практике, которая есть приложение к телу человеческому всех оных наук.» Якщо немає логічної послідовності у викладанні, то учні «при всей своей прилежности не могут приобрести довольных успехов в училищах», виходять із училищ «худыми врачами» і «по тому у училища не приносят той пользы, которой могло бы ожидать правительство».

І далі. «Образ учения наилучший есть тот, который пространную науку делает соразмерною понятию учащихся. К сему достигнуть можно < через естественное самонужнейших [самое нужное] расположение, основанное на самом познании тела человеческого. Оно покажет взаимную оных предметов между собою связь в

¹⁷ Там же // ПСЗ. Соб. 2-е. – СПб., 1836. – Т.10, отд. 1. – № 8337.

¹⁸ Высочайше утвержденные штаты императорских российских университетов: Санкт-Петербургского, Московского, Харьковского и Казанского. 26 июля 1835 г. // ПСЗ. Соб. 2-е. – СПб., 1836. – Т.10, отд. 2. – №8337.

¹⁹ Устав и штат Санкт-Петербургской медико-хирургической академии. 18 декабря 1806 г. // История Императорской военно-медицинской (бывшей медико-хирургической) академии за сто лет / под ред. И.П. Ивановского. – СПб.: тип. МВД, 1898. – Приложение, с. 26-39.

каждой особенной науке, и самых частных сих наук неразрывной между собою союз, что и составит естественную систему врачебной науки.» Разом з тим, для правильної послідовності вивчення дисциплін, складових його системи наук необхідно було дати розподіл цих предметів за роками навчання та визначитися з кількістю цих років чи курсів (класів, як тоді казали), що проф. Шумлянський у «Мнениі» не зробив.

Він писав, що «разделение врачебной науки на разные части требовало бы толикаго [такого] же числа учителей, для лучшего исполнения их должностей: но полезная умеренность общественных расходов навлекает необходимость уменьшить оное [их] без нарушения пользы, от них ожидаемой.» Справді, якщо в той час на курсі було лише до 30 учнів, то «корисна помірність громадських витрат» призводила до того, що одному професору доводилося викладати декілька дисциплін. У зв'язку з цим важливо було визначитися з питанням, скільки професорів (кафедр) необхідно на факультеті і як згрупувати ці предмети викладання по кафедрах. Наприклад, штати Медико-хірургічної академії 1808 р. передбачали професора «повивального мистецтва [акушерство], судної медицини та медичної поліції». Отже, професор цієї кафедри викладав три предмети.²⁰ Своєї ж думки проф. Шумлянський і з цього приводу теж не висловив.

О.М. Шумлянський вказував, що країни «пекущиеся о блаженстве народа, кажется соединенными силами прилагают попечение о благосостоянии врачебной науки. Во всех пределах Европы восстанавливаются врачебные училища, обогащаются похвальнейшими заведениями в пользу врачебных наук.» І далі: «число, как училищ, так и учащихся зависит от правительства, которое, сообразуясь с пространством государства, определяет и потребное и врачей количество». Отже, потрібно збільшувати кількість училищ і учнів у них, але необхідний державі рівень забезпеченості лікарями, кажучи сучасним мовами, має визначити держава.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ролі М.М. Тереховського у вдосконаленні викладання у вищій медичній школі.

Висновки

З березня 1785 по серпень 1786 р. протягом року і п'яти місяців О.М. Шумлянський перебував у закордонному відрядженні, куди був посланий урядом разом із М.М. Тереховським для збору матеріалів про організацію вищої медичної освіти у країнах Західної Європи, а ініціатором та організатором цієї поїздки був сенатор Завадовський. Вони побували у Відні, Парижі, понад півроку провели у Великій Британії. Зворотний шлях доктора Шумлянського, який він зробив один, був через Голандію та Пруссію.

Результатом цього відрядження був складений Олександром Шумлянським звіт, який він вручив П.В. Завадовському, і якого досі в архівах не виявлено, та його книга «Мнение одного истиннолюбца о поправлении наиболее полезнейшей для людей науки» (1787).

Проф. Шумлянський у своїй книзі запропонував струнку систему наук, яка має бути покладена в основу викладання у вищій медичній школі. Він передбачив подальший розвиток системи вищої медичної освіти. У його системі належна увага була приділена і профілактичній дисципліні гігієні (дієтетика). Він перший у Російській імперії вказав на необхідність включити до числа дисциплін, що викладаються, медичну поліцію (politia medica).

Водночас проф. Шумлянський не висловив свою думку про тривалість навчання у вищій медичній школі та не розподілив предмети викладання своєї системи наук за роками навчання (класами), хоча вказав на необхідність суворої послідовності у їх вивченні. Він не дав компонування навчальних дисциплін по кафедрам і не зазначив, скільки ж кафедр (професорів) має бути у вузі. Однак, ми повинні відзначити, що все перераховане могло не бути метою його книги.

Література

1. Шумлянський А.М. Мнение одного истиннолюбца о поправлении наиболее полезнейшей для людей науки. – СПб., 1787. – [4], 64 с., 2 л. табл.
2. Vasmeister H.L.Ch. Russische Bibliothek, zur Kenntniß des gegenwärtigen Zustandes der Literatur in Rußland. – St.Petersburg; Riga; Leipzig, 1787. – Bd.11. – Nr. 1073.
3. Змеев Л.Ф. Шумлянський Александр Михайлович // Л.Ф. Змеев. Русские врачи-писатели. – СПб., 1886. – Тетрадь 2. – С. 169.
4. Турчинская. Шумлянський Александр Михайлович // Русский биографический словарь. – СПб., 1911. – Т.: Шебанов – Шютц. – С. 538.
5. Сопиков В.С. Опыт российской библиографии, или полный словарь сочинений и переводов, напечатанных на словенском и российском языках от начала заведения типографий до 1813 года. – СПб., 1815. – Ч. 3. – №6255.
6. Чистович Я.А. История первых медицинских школ в России. – СПб., 1883. – С. XXXLII.

²⁰ Штат Императорской медико-хирургической академии. 28 июня 1808 г. // ПСЗ. Соб. 1-е. – СПб., 1830. – Т. 44, часть 2. – № 23185.

7. Соболев С.Л. Основоположник отечественной гистологии А.М. Шумлянский (1748-1795) // Научное наследство. Естественнонаучная серия. – М.: АН СССР, 1951. – Т.2. – С. 425.
8. Криштопа Б.П. Шумлянский Олександр Михайлович // Києво-Могилянська академія в іменах. XVII–XVIII ст. – К.: Вид. дім «КМ Академія», 2001. – С. 594-595.
9. Палкин Б.Н. Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники. – М.: Медгиз, 1959. – С. 37.

References

1. Shumlyanskii A.M. Mnenie odnogo istinnolyubtsa o popravlenii naipoleznejshoi dlya lyudei nauki. – SPb., 1787. – [4], 64 s., 2 l. tabl.
2. Васmeister H.L.Ch. Russische Bibliothek, zur Kenntniß des gegenwärtigen Zustandes der Literatur in Rußland. – St.Petersburg; Riga; Leipzig, 1787. – Bd.11. – Nr. 1073.
3. Zmeev L.F. Shumlyanskii Aleksandr Mikhailovich // L.F. Zmeev. Russkie vrachi-pisateli. – SPb., 1886. – Tetrad 2. – S. 169.
4. Turchinskaya. Shumlyanskii Aleksandr Mikhailovich // Russkii biograficheskii slovar. – SPb., 1911. – Т.: Shebanov – Shyutts. – S. 538.
5. Sopikov V.S. Obit rossiiskoi bibliografii, ili polnii slovar sochinenii i perevodov, napechatannikh na slovenskom i rossiiskom yazykakh ot
6. Chistovich Ya.A. Istoriya pervikh meditsinskikh shkol v Rossii. – SPb., 1883. – С. CCCXLII.
7. Sobol S.L. Osnovopolozhnik otechestvennoi gistologii A.M. Shumlyanskii (1748-1795) // Nauchnoe nasledstvo. Yestestvennonauchnaya seriya. – М.: АН СССР, 1951. – Т.2. – С. 425.
8. Kryshchopa B.P. Shumlianskiy Oleksandr Mykhailovych // Kyievo-Mohylianska akademiia v imenakh. XVII–XVIII st. – К.: Vyd. dim «КМ Akademiia», 2001. – S. 594-595.
9. Palkin B.N. Russkie gospitalnie shkoly XVIII veka i ikh vospitanniki. – М.:Medgiz, 1959. – S. 37.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.09.2022 р.

Мета дослідження: з'ясувати історію появи книги О.М. Шумляньського про вдосконалення викладання медицини – «Мнение одного истиннолюбца о поправлении наиболее полезнейшей для людей науки» (1787), та проаналізувати її зміст, і, тим самим, закрити прогалину в біографії професора.

Матеріали та методи. Історичними джерелами для роботи були опубліковані матеріали, багато з яких досі не використовувалися біографами О.М. Шумляньського. В якості основного методу дослідження в статті був застосований історичний метод.

Результати. Вперше з'ясовано ініціатора відрядження О.М. Шумляньського закордон, час його перебування там, маршрут подорожі. Також, вперше розкрито зміст його книги, написаної за підсумками закордонної подорожі.

Висновки. З березня 1785 р. по серпень 1786 р. О.М. Шумляньський перебував у закордонній поїздці, куди був відряджений урядом для збору матеріалів про постанову викладання вищої медичної освіти. Ініціатором та організатором цієї поїздки був П.В. Завадовський. Він побував у Відні, Парижі, Лондоні. Зворотний шлях доктора проходив через Голандію та Пруссію. Результатом цього відрядження було написання книги «Мнение одного истиннолюбца о поправлении наиболее полезнейшей для людей науки» (1787). У книзі запропонована чітка система наук, яка має бути покладена в основу викладання у вищій медичній школі. О.М. Шумляньський передбачив подальший розвиток системи вищої медичної освіти. Належна увага у його системі була приділена також профілактичній дисципліні гігієна (дієтетика). Він перший у Російській імперії вказав на необхідність включити медичну поліцію до числа дисциплін, що викладаються.

Ключові слова: історія медицини, громадське здоров'я (медична поліція), О.М. Шумляньський, кінець XVIII ст.

Goal of research: find out the history of the appearance of the book by A.M. Shumlyansky about improving the teaching of medicine – «The Opinion of a Lover of Truth Concerning the Correction of the Most Useful Science for Men» (1787), as well as to analyze its content, and thus close the gap in the Professor's biography.

Materials and methods. Historical sources for this work were published materials. Many of them have not been used by the biographers of A.M. Shumlyansky yet. The article uses the historical method of research as the main one.

Results. For the first time it was found out: who was the initiator of A.M. Shumlyansky's business trip abroad; the time of his stay there; travel itinerary. Finally, for the first time, the contents of his book, which he wrote following the results of a trip abroad, were revealed.

Conclusions. From March 1785 to August 1786 A.M. Shumlyansky was on a business trip abroad, where he was sent by the government to collect materials on the establishment of higher medical education. The initiator and organizer of that trip was P.V. Zavadovsky. He visited Vienna, Paris, London. The doctor's return journey passed through Holland and Prussia. The result of that trip was his book of 1787. The book proposes a coherent system of sciences, which should be the basis of teaching in

higher medical school. He foresaw further development of higher medical education system. In his system, due attention was paid to hygiene. He was the first in the Russian Empire to point out the need to include Medical Police among the disciplines taught.

Key words: history of medicine, Public Health (Medical Police), A.M. Shumlyansky, late 18th century.

Відомості про автора

Васильєв Юрій Костянтинович – доцент, к. мед. наук, доцент кафедри громадського здоров'я Сумського державного університету; вул. Римського-Корсакова, 2, Суми, 40007.
y.vasilyev@med.sumdu.edu.ua.

Петров В.Ф., Щур О.В.,
Яремкевич Р.В., Маріна В.Н., Бочар В.Т.

Виникнення технологій віртуальної реальності і їх введення в медицину

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Petrov V.F., Shchur O.V.,
Yaremkevych R.V., Bochar V.T., Marina V.N.

The emergence of virtual reality technologies and their introduction into medicine

Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine

Vtly.12@gmail.com

Концепція віртуальної реальності (ВР) стрімко розвивається і знаходить застосування в найрізноманітніших галузях. Кількість наукових публікацій про ВР у медицині щороку непинно зростає. Коли і за яких обставин виникла ВР та які точки прикладання ця технологія знайшла в медицині?

Праобраз ВР

На думку Sherman & Craig (2019), якщо сприймати ВР як засіб відтворення ідей і обміну думками, то стародавні рисунки на стінах печер можна розглядати як праобраз цієї технології. Перші художники створювали образи відповідно до рівня технічних можливостей, а спостерігачі вкладали у них свою уяву, яка впливала з життєвого досвіду [1]. В образотворчому мистецтві ще з античних часів відома техніка об'ємного зображення рисунку (тромплей) [2]. Чарльз Вітстоун (Англія) у 1838 р. описав явище стереоскопії і пояснив його тим, що одне око отримує зображення, яке дещо відрізняється від іншого, на підставі чого створюється відчуття глибини. Ч. Вітстоун підтвердив свої припущення стереоскопом – апаратом, який спрямовує в очі різні картинки одного і того ж предмету, і в такий спосіб споглядач бачить об'єм, якого насправді у стереоскопі немає [3]. Джон Пеппер (Англія) в другій половині XIX ст. створив і розповсюдив техніку додаткової ілюзії (“привид Пеппера”) в театральних виставах, яка в дійсності була відбитим від прозорого скла зображенням, спроекційованим з темного кута сцени на освітлену стіну [4]. Письменник-фантаст Стенлі Вайнбаум (США) у 1935 р. опублікував новелу “Окуляри Пігмаліона” про прилад у вигляді окулярів, який занурив головного героя у неіснуючий, а проте дуже правдоподібний світ: Так що ж таке реальність?.. Кіно – це картинка і звук. Уявіть, що я додам до цього смак, запах і навіть дотик. Уявіть собі, ви учасник сюжету. Цей художній твір був першим детальним описом того, що повинна становити собою ВР [5].

Режисер і поет Антонін Арто (Франція) в 1938 р. вперше використав словосполучення “la réalité virtuelle” у збірці «Театр і його двійник»: театр – це віртуальна реальність, в якій персонажі, об'єкти та картини

набувають фантазмагоричних сил внутрішньої алхімічної драми [6]. Режисер Мортон Хейліг (США) сконструював і в 1962 р. запатентував прилад у вигляді мотоциклу з кольоровим стереоскопічним екраном для перегляду кінофільмів, в якому глядач отримував відчуття руху, вібрації, вітру і запаху [1]. Необхідно визнати, що всі ці техніки не можна віднести до ВР, оскільки на той час концепція віртуальності ще не існувала.

Початкові розробки

Наукова розробка віртуальності розпочата Айваном Сазерлендом (США) у 1965 р. В своїй доповіді «Неперевершений дисплей» А. Сазерленд описав проєкт ВР. Він запропонував, що можна створити таке цифрове оточення і предмети в ньому, які по своїм властивостям (вигляд, звук, смак, запах, дотикове відчуття) ідентичні до справжніх, але не існують. Для досягнення такого ефекту цифровий світ потрібно розглядати в наголовному шоломі, який постійно оновлює стереоскопічне зображення відповідно до дій користувача, і водночас через пристрої взаємодії він може взаємодіяти з об'єктами [7]. А. Сазерленд розробив програмне забезпечення і в 1968 р. був змонтований перший наголовний шолом, який показував об'ємне зображення та відстежував рухи голови. Дисплеї у шоломі становили собою мініатюрні телевізійні екрани на основі катодних трубок, а вся конструкція кріпилась до стелі. Першими тривимірними картинками були кубічна будова кімнати і молекула циклогексану [1].

Подальша реалізація ідей А. Сазерленда була підхоплена військовими, космічними і науковими організаціями США. З кінця 1960-х рр. віртуальними технологіями в армії США тренують льотчиків, а в NASA симулюють польоти. Водночас в університетах і лабораторіях США почали приділяти значну увагу розробці нових засобів для введення даних, створенню засобів відстеження рухів, покращенню програмного забезпечення, удосконаленню дисплеїв. Завдяки таким вкладенням, у США в 1975 р. розроблена VIDEOPLACE – перша інтерактивна ВР система, завдяки якій користувачі комп'ютерів змогли спілкуватись між собою і бачити один

одного у віртуальному світі. В 1977 р. створено проект кінокарти міста Аспен (США), який дозволив віртуально мандрувати вулицями міста. В 1982 р. випущені рукавички Saute, рухи яких розпізнавались комп'ютером. Того ж року створений симулятор військових польотів VCASS, це наголовний шолом ВР, який "підказував" пілоту оптимальний шлях і ціль перехвату. У 1983 р. військові США починають використовувати широкомасштабну ВР технологію SIMNET, що симулювала військові дії на полі бою із залученням різних родів військ. В 1985 р. виготовлений шолом пілота Super Cockpit по технології ПР, який проєкціював на екран бойову інформацію (напр., доступні набої літака) і виконував вказівки жестів, словесних наказів чи рухів очей літуна. В 1987 р. NASA створений симулятор звуку для тренування в просторовій орієнтації [1,8-10]. У 1980-х рр. відкривалось все більше успішних комерційних підприємств, які спеціалізувались на розробці і виготовленні пристроїв ВР. В той же час, створені технології не було прийнято називати чіткими термінами.

Програміст і власник компанії VPL Research Inc. (США) Джарон Ланье у 1987 р. ввів і популяризував словосполучення "віртуальна реальність". З цього часу галузь отримала свою назву, яка згодом набула всесвітньої поширеності. VPL Research почала виробляти перші доступні для повсякденного користування пристрої ВР, у 1989 р. випустила станцію Reality Built for 2. Ця станція складалась з наголовного шолому, інтерактивних рукавичок, комп'ютера і надавала можливість перебувати у віртуальному світі одночасно двом користувачам [11]. На основі ВР розроблені інші застосунки, які використали принципи взаємодії з віртуальними об'єктами. Томас Каудель і Девід Мізель в 1992 р. вперше застосували і пояснили термін "підсилена реальність" (ПР), розробляючи наголовний шолом з прозорим екраном для працівників корпорації Boeing (США) [12]. Концепція і термін "змішана реальність" (ЗМР) запропоновані Полом Мілграмом (Канада) і Фуміо Кішіно (Японія) у 1994р. [13]. В подальшому ВР, ПР і ЗМР об'єднали збірним поняттям "розширена реальність" (РР) або "змінена реальність" (ЗМНР).

Сучасний період

У 1990-х і на початку 2000-х рр. пристрої РР продовжили удосконалюватись та розширювати сфери застосування: архітектура, ігри, комунікації, маркетинг, медицина і реабілітація, мистецтво, наука, освіта, обробка даних, промисловість, психологія, розваги, спорт. У 2010-х рр. впроваджені нові технічні удосконалення, прилади стали мініатюрнішими, що у поєднанні з більшими можливостями комп'ютерної техніки дозволило ввести елементи віртуальних технологій в смартфон і розпочати виробництво спеціалізованих пристроїв в промислових масштабах. Через відносно невисоку ціну ці засоби стали доступними широкому загалу, а не лише дослідницьким центрам [1,8,9]. В 2012 р. інститут креативних технологій університету Південної Каліфорнії (США) випустив перший такий наголовний шолом – FOV2GO. В цей шолом необхідно вставити смартфон екраном до спостерігача.

Смартфон використовує внутрішній гіроскоп для відстеження рухів голови і відповідним програмним забезпеченням створює дві картинки для стереоскопічного бачення [14]. З 2013 р. по 2015 р. компанія Google Glass (Google, США) виготовила перші партії розумних окулярів. Попри те, що цей проект був закритий, ідея таких окулярів лише пришвидшила розвиток галузі [15]. Наприкінці 2010-х рр. в світі нараховано сотні виробників консолей ВР і смарт окулярів ПР/ЗМР, тисячі розробників програмного забезпечення, щомісяця сервер ВР Steam застосовувало більше мільйона підписників, загальна кількість користувачів технологій РР сягнула майже 2% населення планети [1,16]. Найвідоміший економічний журнал Forbes (США) оголосив 2019 р. роком "Коли віртуальна реальність стала справжньою" [16].

Введення в медицину

Одні з перших пропозицій застосувати ВР у медицині належать американському фантасту Г'юго Гернсбеку, який у різних публікаціях з 1920-х до 1960-х рр. висунув ідеї телемедицини – можливість спілкуватись з пацієнтом, оглядати його та виконувати хірургічні втручання на відстані, користуючись телевизором і роботизованими маніпуляторами [1]. Проте втілення футуристичних ідей було можливим лише при належному науково-технічному рівні, а тому значимі медичні проекти ВР почали створювати в сучасному періоді розвитку ВР. Delp & Zajac у 1992 р. розробили віртуальну модель зв'язок ноги, за допомогою якої можна було прогнозувати наслідки операцій [17]. R. Satava у 1993 р. створив перший віртуальний симулятор операцій на органах черевної порожнини [18].

Знаковою подією для ВР у медицині був запуск проекту "Видима людина" Національної бібліотеки США. В цьому проекті створено дві віртуальні моделі тіл померлих осіб – 39-річного чоловіка (1994 р.) і 59-річної жінки (1995 р.). Це були перші повноцінні тривимірні зображення анатомії всіх органів і систем, які можна переглядати в стилі фотореалізму. Моделі стали загальнодоступними і в такий спосіб суттєво стимулювали розвиток найрізноманітніших галузей медицини [19]. Наприклад, на основі проекту "Видима людина" створений симулятор травми ноги, який показував різні види травми, а також дозволяв виконати маніпуляції з віртуальною ногою (зупинка кровотечі, хірургічна обробка рани) [20].

Іншою важливою новизною стала розробка методики віртуальної ендоскопії. Lorensen et al. у 1995 р., базуючись на даних томографії, виконали віртуальні ендоскопії черепа головного мозку, внутрішнього просвіту артерій, аорти, товстого кишківника [21].

У 1990-х – 2000-х рр. ряд наукових і дослідницьких медичних закладів розробили власні віртуальні симулятори анатомії і фізіології людини, віртуальних розтинів, біопсій, ендоскопій, катетеризацій, ультразвукових обстежень, хірургічних, ортопедичних і стоматологічних втручань [22,23]. В той же час, більш широке впровадження стримувалось необхідністю значних капіталовкладень у високовартісні пристрої [23].

Технічні удосконалення 2010-х рр., що зробили пристрої і програмне забезпечення значно дешевшими, дозволили ввести технології VR в широку практику.

Сьогодні площа охоплення медичними технологіями на основі VR вражає:

1) Базова освіта – вивчення анатомії на тривимірних моделях або “мандруючі” всередині органів;

2) Клінічна освіта – навички маніпуляцій (напр., зняття 12-канальної ЕКГ), які можна повторювати скільки завгодно разів до повного опанування; спілкування і огляд з віртуальним пацієнтом без ризику нашкодити; присутність у віртуальних відділеннях інтенсивної терапії і покроковий розбір клінічного маршруту хворого;

3) Спілкування з пацієнтом – демонстрація віртуальної моделі захворювання, яке наявне у пацієнта і в такий спосіб пояснення способу лікування або навчання хворого; консультування і спілкування з пацієнтом у віртуальному середовищі; віддалені консультування;

4) Діагностика – створення тривимірних моделей органів і їх огляд в VR дозволяє ретельніше оцінити патологічні зміни; віртуальна ендоскопія дозволяє уникнути потреби в інвазійній ендоскопії; віртуальна ендоскопія може оглянути ділянки, в яких звичайна ендоскопія неможлива (напр., внутрішнє вухо);

5) Доопераційне планування – розгляд анатомії області хірургічного доступу і втручання для обрання оптимального доступу, хірургічного прийому, об'єму втручання;

6) Тренування операції – виконання операційного втручання на віртуальній моделі; моделювання міні-інвазійних операцій; планування операцій всією бригадою;

7) Моделювання наслідків втручання – демонстрація наслідків хірургічної корекції (напр.,

обчислення ступеня зменшення просвіту органу); моделювання ступеня опромінення організму від курсу радіотерапії;

8) Інтраопераційна підтримка – навігація в анатомії, віртуальна модель може знаходитись над операційною раною, поряд з внутрішнім органом або бути “накладеною” на орган;

9) Інтраопераційне забезпечення – дозволяє виконати операцію навіть якщо хірург відсутній в операційній; проектування і друк на 3D-принтері протезів (напр., кістки черепа) та нових інструментів;

10) Психотерапія – сеанси у VR для подолання фобій, посттравматичних стресових розладів, депресії, неспокою; заняття зменшують страх негативних наслідків, які могли б настати у реальності; навчання пацієнтів з аутизмом; симуляція бойових завдань Афганістану чи Іраку, безпечно повторне проходження через які знижує рівень тривоги;

11) Реабілітація – навчання нових навичок, повторюючи рухи уявного керівника; відстеження рухів пацієнта;

12) Зниження больового синдрому – споглядання віртуального світу як відволікаючий засіб в післяопераційному періоді, після стоматологічних втручання, в пацієнтів з раком або під час інтервенцій дітям;

13) Доклінічне тестування ліків – тривимірна модель молекули препарату “прикладається” до віртуального рецептора і в такий спосіб моделюється ефект від засобу [24-30].

Таким чином, ми є свідками швидкого, масштабного і невпинного розростання технології віртуальної реальності. Яку користь від цього отримає справжній світ і людина? Наступні десятиліття мусять дати доказову відповідь на це питання.

References

1. Sherman WR, Craig AB. Introduction to virtual reality: interface, application and design. In: Understanding Virtual Reality. 2nd ed. Elsevier; 2019. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800965-9.00001-5>.
2. Ma JY, Choi JS. The virtuality and reality of augmented reality. Journal of Multimedia. 2007;2(1): 32-37. <https://doi.org/10.4304/jmm.2.1.32-37>.
3. Wheatstone C. Contributions to the physiology of vision – Part the first. On some remarkable, and hitherto unobserved, phenomena of binocular vision. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. 1838;128: 371-394. <https://www.jstor.org/stable/108203>.
4. Burdekin R. Pepper's ghost at the opera. Theatre Notebook. 2015;69(3): 152-165. <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&issn=00405523&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA466616838&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext>.
5. Weinbaum S. Pygmalion's spectacles. Kessinger Publishing, LLC; 2010.
6. Artaud A. Le théâtre et son double. Paris: Gallimard; 1938.
7. Sutherland I. The ultimate display. In: Proceedings of IFIP Congress. 1965. p. 506-508.
8. Tacgin Z. Virtual and augmented reality: an educational handbook. Cambridge Scholars Publishing; 2020.
9. Orlosky J, Kiyokawa K, Takemura H. Virtual and augmented reality on the 5G highway. Journal of Information Processing. 2017;25: 133-141. <https://doi.org/10.2197/IPSJJIP.25.133>.
10. Mazuryk T, Gervautz M. Virtual reality: history, applications, technology and future. 1999.
11. Blanchard C, Burgess S, Harvill Y, Lanier J, Lasko A, Oberman M, et al. Reality built for two: a virtual reality tool. ACM SIGGRAPH Computer Graphics. 1990;24(2): 35-36. <https://doi.org/10.1145/91394.91409>.
12. Caudell TP, Mizell DW. Augmented reality: an application of heads-up display technology to manual manufacturing processes. In: Proceedings of the Twenty-Fifth Hawaii International Conference on System Sciences. Institute of Electrical and Electronics Engineers (IEEE); 1992. p. 659-669. <https://doi.org/10.1109/HICSS.1992.183317>.

13. Milgram P, Kishino F. A taxonomy of mixed reality visual displays. *IEICE Transactions on Information Systems*. 1994;77(12): 1321-1329.
14. Hoberman P, Krum D, Suma E, Bolas M. Immersive training games for smartphone-based head mounted displays. In: *IEEE Virtual Reality Conference*. 2012. p. 151-152.
15. Yu J, Ferniany W, Guthrie B, Parekh SG, Ponce B. Lessons learned from Google Glass: telemedical spark or unfulfilled promise? *Surgical innovation*. 2016;23(2): 156-165. <https://doi.org/10.1177/1553350615597085>.
16. Rogers S. 2019: The Year Virtual Reality Gets Real. *Forbes*. 2019.
17. Delp SL, Zajac FE. Force- and moment-generating capacity of lower-extremity muscles before and after tendon lengthening. *Clinical orthopaedics and related research*. 1992;(284): 247-259.
18. Satava RM. Virtual reality surgical simulator. The first steps. *Surgical endoscopy*. 1993;7(3): 203-205. <https://doi.org/10.1007/BF00594110>.
19. Ackerman MJ. The visible human project®: From body to bits. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*. IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Annual International Conference. 2016;2016: 3338-3341. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2016.7591442>.
20. Satava RM, Jones SB. Current and future applications of virtual reality for medicine. *Proceedings of the IEEE*. 1998;86(3): 484-488. <https://doi.org/10.1109/5.662873>.
21. Lorensen W, Jolesz F, Kikinis R. The exploration of cross-sectional data with a virtual endoscope. *Interactive Technology and the New Health Paradigm*. 1995; 221-230.
22. Westwood J, Hoffman H, Robb R, Stredney D, [eds.]. *Medicine meets virtual reality*. In: *The Convergence of Physical & Informational Technologies: Options for a New Era in Healthcare*. Amsterdam Berlin Oxford Tokyo Washington; 2004. p. 1-393.
23. Greenleaf W. Medical applications of virtual reality. 2004. <http://bme2.aut.ac.ir/~towhidk/~/mi/Discussion86-1/VR%2520Med%2520overview.pdf>.
24. el Miedany Y. Virtual reality and augmented reality. In: *Rheumatology Teaching*. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 403-427. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98213-7_20.
25. Gupta D, Hassanien AE, Khanna A, [eds.]. *Advanced computational intelligence techniques for virtual reality in healthcare*. Cham: Springer International Publishing; 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-35252-3>.
26. Javaid M, Haleem A. Virtual reality applications toward medical field. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2020;8(2): 600-605. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.12.010>.
27. Pandrangi VC, Gaston B, Appelbaum NP, Albuquerque FC, Levy MM, Larson RA. The application of virtual reality in patient education. *Annals of Vascular Surgery*. 2019;59: 184-189. <https://doi.org/10.1016/J.AVSG.2019.01.015>.
28. Bin S, Masood S, Jung Y. Virtual and augmented reality in medicine. In: *Biomedical Information Technology*. Elsevier; 2020. p. 673-686. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816034-3.00020-1>.
29. Pensieri C, Pennacchini M. Overview: virtual reality in medicine. *Journal of Virtual Worlds Research*. 2016;7(1): 353-401. https://doi.org/10.1007/978-3-319-22041-3_14.
30. Riva G. Applications of virtual environments in medicine. *Methods Inf Med*. 2003;42(5): 524-534.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.11.2022 р.

У статті проведено екскурс в історію технологій віртуальної реальності. Висвітлено основні тенденції і події, які визначили сучасний стан галузі. Виділено три історичних періоди – до появи концепції віртуальності, період початкових розробок і сучасний період. В сучасному періоді становлення віртуальної реальності значно інтенсифікувались медичні розробки. Практичні застосування технології охоплюють найширші ділянки медицини. В той же час, необхідні доказові дослідження для оцінки їх користі.

Ключові слова: віртуальна реальність, підсилена реальність, змішана реальність, змінена реальність.

The article provides an excursion into the history of virtual reality technologies. The main trends and events that determined the current state of the industry are highlighted. Three historical periods have been identified - before the emergence of the concept of virtuality, the period of initial development and the modern period. In the modern period, medical developments have been intensified significantly. Practical applications of the technology cover the widest areas of medicine. At the same time, evidence-based studies are needed to evaluate their benefits.

Key words: virtual reality, augmented reality, mixed reality, altered reality.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Петров В.Ф. – доктор філософії, асистент кафедри хірургії та трансплантології (тут і далі) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; 79010 м. Львів, вул. Пекарська 69.
+380 (98) 912-05-63, Vtly.12@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-2205-5403.

Щур О.В. – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри хірургії та трансплантології.
ORCID ID 0000-0001-7627-5295.

Яремкевич Р.В. – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії та трансплантології.
ORCID ID 0000-0001-7398-212X.

Маріна В.Н. – кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії та трансплантології.
ORCID ID 0000-0001-8971-8796.

Бочар В.Т. – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії та трансплантології.
ORCID ID 0000-0002-5100-8657.

DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277090

*«Громадське здоров'я – це наука,
якою повинні володіти всі фахівці галузі охорони здоров'я».*
Олег ЛЮБИНЕЦЬ, 2018 рік

**Кафедрі громадського здоров'я
Львівського національного
медичного університету
імені Д. Галицького – 35 років**

**35 years of the Department
of Public Health of D. Halytsky
Lviv National Medical University**

Історія кафедри громадського здоров'я починається зі створення першої в Україні кафедри організації і управління охороною здоров'я на факультеті підвищення кваліфікації лікарів.

Реалізація спільного наказу між Львівським державним медичним інститутом та Львівським обласним відділом охорони здоров'я Львівського облвиконкому щодо вдосконалення діяльності курсу «Управління охороною здоров'я» увінчалася тим, що 19.11.1987 року по Львівському ордена Дружби народів державному медичному інституті, на виконання листа МОЗ України за №8-02-74 від 26.10.1987 року, відбувся наказ за №1558 «Про реорганізацію доцентського курсу в кафедру «Організації і управління охороною здоров'я факультету вдосконалення лікарів і провізорів». Таким чином, новостворена кафедра організації і управління охороною здоров'я на факультеті вдосконалення лікарів і провізорів у Львівському ордена Дружби народів державному медичному інституті стала першим освітнім підрозділом в післядипломній освіті для підготовки та перепідготовки керівних кадрів для практичної охорони здоров'я не тільки в Україні, але і на теренах колишнього союзу.



Першим завідувачем кафедри організації і управління охороною здоров'я у 1988 році було за конкурсом обрано кандидата медичних наук, доцента Базилевича Ярослава Петровича, а викладачами цієї кафедри стали: кандидати медичних наук Телішевська Марія Григорівна, Фенюк Павло Йосипович, Чаклош Ігор Миколайович та асистент Пирогов Анатолій Андрійович.

Кафедра була організована на теренах новозбудованого Львівського обласного діагностичного центру, що на вул. Пекарська, 69 б.

Вагомим доробком колективу кафедри стало те, що у 1992 році в університеті був організований курс медичної інформатики (зав. курсом – асистент, кандидат технічних наук Бучко Я. Ю.), де слухачі кафедр факультету вдосконалення лікарів і провізорів оволодівали знаннями з основ медичної інформатики, а також в автоматизованому тестовому режимі в комп'ютерному класі всі одночасно демонстрували наявні (вхідний рівень) та набуті (заклучний рівень) знання за конкретною лікарською спеціальністю та відповідною атестаційною категорією. У 1995 році курс медичної інформатики у Львівському державному медичному університеті був реформований у кафедру медичної інформатики (зав. кафедри – Сабан О. Я.), де окрім слухачів кафедр факультету вдосконалення лікарів і провізорів, знаннями з основ інформатики почали оволодівати і студенти.

У травні 1998 року вперше в Україні на кафедрі організації і управління охороною здоров'я для організаторів охорони здоров'я було започатковано навчальну дисципліну «Біоетика в системі охорони здоров'я та медичній освіті», яку почала викладати монахиня чину Згромадження сестер служебниць Непорочної Діви Марії УГКЦ сестра Діогена (Терешкевич Г.Т.), що була зарахована на посаду асистента кафедри. З вересня 1998 року навчальну дисципліну «Біоетика та християнська етика» у Львівському державному медичному університеті (кафедра гуманітарних дисциплін – зав. кафедри Снігур А. А.) почали викладати для студентів як елективний курс, а з 2005 року «Основи етики та біобезпеки» читаються кандидатом наук з державного управління доцентом Терешкевич Г.Т. як нормативна дисципліна для студентів на кафедрі філософії та економіки (зав. кафедри – професор Держко І.З.).

Наукове напрацювання Ярослава Базилевича – організаційно-управлінська інновація «Медичного обслуговування населення на первинному рівні за принципом «сімейної медицини», була вперше запроваджена до практичної системи охорони здоров'я у вересні 1988 року. Це дало можливість колективу кафедри реалізувати та розпочати у практичній охороні здоров'я на базі поліклініки № 2 м. Львова (головний лікар Євген Полатайко) перший річний медико-соціальний експеримент із впровадження сімейної медицини в Україні.

Результати реалізації експерименту «Сімейний лікар» на первинному рівні медичної допомоги та його науковий супровід кафедрою були обговорені в жовтні 1989 року у місті Львові на розширеній нараді науковців і працівників

охорони здоров'я під егідою МОЗ України і схвалені до подальшого впровадження даного нововведення до практичної охорони здоров'я та медичної освіти в Україні.

Викладачами кафедри здійснювався організаційний та науково-методичний супровід також таких організаційно-управлінських форм надання медичної допомоги населенню як: організація роботи денних і домашніх стаціонарів, діагностичного відділення центральної районної лікарні, відділення диспансеризації в поліклінічному закладі з використанням автоматизованої системи управління здоров'ям населення тощо.

На кафедрі були напрацьовані нормативно-правові проекти документів, що засвідчували певну точку зору стосовно перетворень у діючій системі медичної допомоги, серед яких: Національна концепція розвитку охорони здоров'я громадян України; Законопроект «Основи законодавства про охорону здоров'я»; Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні; Концепція первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; Законопроект про запровадження в Україні страхової медицини.

В той час на кафедрі також працювали проф. Ладний О. Я., проф. Огірко І. В., доценти Рудень В.В., Мікієвич Є.І. кандидати наук Бучко Ю.Я., Мажак І.М., асистенти Ердманіс Д.Ф., Цвенгрош Ю.Г., Стасюк О.І., Долинська О.М., Острроверха Ю.А., Дячишин В.І., Фуртак І.І., Гринаш В.М., Щерба Г.І., Пилипенко А.А., старші лаборанти Шабаліна Л.І., Пашкаускас Г.Є., Берко І.П., техніки Сенишин Р.М., Шубенко О.Р., лаборанти Циганова М.А., Навроцька Н.І., Касіян О.П.

У 2000-2001 році кафедрою керував доцент, кандидат медичних наук, Хобзей Микола Кузьмич.

З 2002 року і по теперішній час кафедрою очолює професор, доктор медичних наук Любінець Олег Володимирович.

Навчальна робота кафедри організована за наступними напрямками:

- підготовка спеціалістів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»;
- передатестаційне вдосконалення слухачів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»;

- проведення курсів тематичного вдосконалення для головних лікарів, заступників головних лікарів з медичної роботи, з експертизи непрацездатності, з поліклінічної роботи, лікарів-статистиків, методистів, держслужбовців управлінь та відділів охорони здоров'я за спрямуваннями: «Актуальні проблеми організації в охороні здоров'я», «Організація надання екстреної медичної допомоги на дошпитальному та ранньому шпитальному етапах», «Реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі в контексті програми реформи Президента України», «Валеологічні аспекти лікарської практики в контексті реформи охорони здоров'я

України», «Реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі в контексті автономізації лікувально-профілактичних закладів»;

- проведення курсів «Організації і управління охороною здоров'я» для слухачів курсів спеціалізації «Загальна практика – сімейна медицина»;
- проведення циклів занять «Медична статистика» і «Маркетинг та менеджмент в охороні здоров'я» для клінічних ординаторів першого року навчання;
- проведення курсів «Організації і управління охороною здоров'я» для інтернів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина».

Навчальний процес зосереджено на питаннях управлінського забезпечення функціонування й удосконалення діяльності існуючої системи охорони здоров'я, а також щодо висвітлення найбільш актуальних питань управління лікувально-профілактичними закладами та організації лікувально-діагностичного процесу в сучасних умовах в Україні та за кордоном. При проведенні лекційних, практичних та семінарських занять висвітлюються питання щодо методів організації і управління, планування та прогнозування у сфері охорони здоров'я.

Окремі практичні та семінарські заняття проводяться кафедрою у закладах охорони здоров'я. Базами кафедри служать: Львівський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, Львівська обласна клінічна лікарня, Львівський регіональний лікувально-діагностичний онкологічний центр, Львівський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення, Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Комунальна Львівська міська лікарня «Хоспіс», лікарські амбулаторії загальної практики – сімейної медицини: с.Зимна Вода, с.Зіболки, с.Холодновідка, ТзОВ «Медичний центр Святої Параскеви», ТзОВ «Медичний центр «Євроклінік», ПП «Медіс», клініка «Біокурс» та інші.

З метою оптимізації діяльності медичних установ на місцях і мінімізації матеріальних витрат кафедрою широко використовується виїзна форма циклових занять, які проводилися в містах Львівської області, а також м. Луцьк, м. Ковель, м. Ужгород, м. Мукачево, м. Івано-Франківськ, м. Рівне, м. Звягель, м. Саки, м. Сімферополь, м. Херсон та інші.

На кафедрі є практика запрошення до виступів з лекціями ведучих закордонних спеціалістів з питань громадського здоров'я. Лекцію на тему «Проблеми громадського здоров'я у світовій медицині» для слухачів циклу спеціалізації прочитав фулбрайтівський стипендіат професор Девід Нордстром з Університету штату Мінесота, США, заняття з слухачами проводив професор коледжу громадського здоров'я Університету штату Кентуккі, США Раймонд

Хілл, лекцію на тему «Фактори ризику серцевих захворювань – значення і профілактика» прочитав професор Йозеф Новотний, старший викладач студій здоров'я Вищої політехнічної школи м. Єглава, Чехія.

У 2004 році доценти Любінець О. В. і Сенюта І. Я. вперше в Україні підготували, а Міністерством охорони здоров'я України 27 вересня 2004 була затверджена програма «Медичне право» для факультетів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти МОЗ України, що відіграло значний вклад в подальше впровадження навчання з медичного права у медичних вузах. Продовженням стало створення першої в Україні кафедри медичного права, яку очолила тоді кандидат, зараз професор, доктор юридичних наук Ірина Сенюта.

Кафедрою у 2011-2012 роках у співпраці з головним лікарем Любомльської ЦРЛ Володимиром Дибелем та за активної підтримки голови Волинської ЛОДА Бориса Климчука реалізовано проект створення територіального медичного об'єднання «Єдиний медичний простір Любомльського і Шацького районів» у Волинській області.

Співробітниками кафедри здійснено науковий супровід організаційно-управлінських експериментів з впровадження інновацій в систему управління мережею лікувально-профілактичних закладів у Львівській, Волинській, Полтавській, Миколаївській, Херсонській областях і Автономній Республіці Крим.

За активної ініціативної участі співробітників кафедри на базі Зіболківської амбулаторії сімейної медицини у 2000–2004 роках вперше в Україні було створено автоматизоване робоче місце лікаря загальної практики–сімейної медицини. Про результати цієї розробки кафедри заступник голови Львівської ОДА Богдан Матолич в лютому 2004 року доповів на підсумковій колегії МОЗ України в м. Комсомольську Полтавської області, яка прийняла рішення розширити ці ініціативні розробки на інші регіони країни для їх адаптації і апробації. Створена на цій основі модель управління охороною здоров'я населення регіону була рекомендована органам місцевого самоврядування для впровадження в практичній системі охорони здоров'я на місцях виїзним засіданням Комітету Верховної Ради України в травні 2008 року після тижневого вивчення і схвалення висновку групи експертів МОЗ України.

Від часу створення кафедри проведено 446 циклів з підвищення кваліфікації керівників медичних закладів. За цей період навчанням було охоплено більше 10 тисяч слухачів. Основний контингент слухачів, як передбачено планами МОЗ України, формується із західних областей.

З ініціативи та за безпосередньої участі співробітників кафедри було організовано та проведено понад 200 науково-практичних конференцій, більше 1 000 семінарів, диспутів, круглих столів та проблемних дискусій з актуальних питань управління охороною здоров'я, як правило, спільно з обласними та міськими управліннями охорони здоров'я, Львівським регіональним інститутом державного управління Національної академії державного управління при Президенті України, обласними, районними, міськими комунальними, державними, відомчими, приватними та іншими установами у Львівській, Волинській, Рівненській, Закарпатській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Житомирській, Полтавській, Миколаївській, Херсонській областях та Автономній Республіці Крим.

Одним з напрямків підвищення кваліфікації керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності було проведення міжнародних товариських зустрічей. За сприяння президента Польського Товариства Соціальної Медицини та Громадського Здоров'я професора Альфреда Овоца організовані зустрічі лікарів Львівщини, Волині, Закарпаття з медиками Воєводського Шпиталю імені Папи Яна Павла II в м. Замосць, Воєводського Спеціалізованого Шпиталю в м. Хелм (Польща), приватного медичного закладу «Szpital Specjalistyczny PRO-FAMILIA» та мережі приватних лікарських амбулаторій «Centrum Medyczne – Medyk» в м. Жешів.

Як результат тривалої співпраці колективом кафедри було організовано та проведено у Львові та Жешуві українсько-польські симпозиуми: «Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я» присвячений 25-річчю кафедри та 100-літтю Польського Товариства; «Сучасні проблеми організації амбулаторної медичної допомоги»; «Громадське здоров'я і реабілітація – імпакт «2017», 190 років курорту Трускавець». Участь у цих заходах брали і спеціалісти з інших країн Східної Європи.

За ініціативи професора Олега Любінца та підтримки ректора університету академіка Бориса Зіменковського Національним банком України випущена срібна ювілейна монета номіналом 5 гривень «225 років Львівському національному медичному університету» присвячена одному з найстаріших вищих медичних навчальних закладів України – Львівському національному медичному університету, якому в 1998 році присвоєно ім'я Данила Галицького. З університетом пов'язана діяльність багатьох відомих науковців, виникнення і становлення більше 20

наукових шкіл. Монету введено в обіг 28 жовтня 2009 року. Вона належить до серії «Вищі навчальні заклади України». Це перша ювілейна монета присвячена закладу вищої освіти Львівщини та перша – медичним університетам України.



Вже минуло 5 років з того часу, коли кафедра організації і управління охороною здоров'я відповідно до рішення Вченої Ради університету у 2018 році наказом ректора університету – академіка Національної академії медичних наук України професора Бориса Зіменковського була перейменована на кафедру ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.

На виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р „Про затвердження Концепції реформування системи громадського здоров'я”, наказу МОЗ України від 03.11.2017 р. № 1363 „Про деякі питання реорганізації державних підприємств та установ МОЗ України”, відповідно до рішення Вченої Ради ЛНМУ імені Данила Галицького (протокол № 2-ВР від 28.02.2018 р.) наказом ректора від 13.04.2018 р. № 1272-з назву – «Кафедра організації і управління охороною здоров'я ФПДО» перейменовано на назву – «Кафедра громадського здоров'я ФПДО».

Наука громадського здоров'я вивчає питання пов'язані з організацією охорони здоров'я, її управлінням, політикою здоров'я, медичною інформатикою, культурою управління, медичним правом, здоров'ям населення, біостатистикою, системним аналізом, моніторингом та оцінюванням, економічними показниками системи охорони здоров'я. Звідси, питання профілактики захворювань, маркетингу та менеджменту, організація та управління медичною допомогою, вивчення впливу шкідливих факторів на здоров'я, переорієнтація в медичному обслуговуванні з лікування хворого на економічні механізми управління здоров'ям, опрацювання алгоритмів зміцнення здоров'я української нації та збереження її генофонду віднайшли свою реалізацію в навчальному процесі для керівників органів та закладів різних рівнів медичного обслуговування.

За роки існування кафедри були виконані і виконуються науково-дослідні роботи, що стосуються управління первинною медико-санітарною допомогою, організації денних та домашніх стаціонарів сімейної медицини. Результати даних робіт стали науковим підґрунтям для:

- формування політики, стратегії і тактики розвитку системи охорони здоров'я України;
- розробки методичних підходів з дослідження процесів управління в органах і закладах охорони здоров'я;
- удосконалення первинної медико-санітарної допомоги;
- розвитку позалікарняних видів медичного забезпечення населення;
- розвитку мережі денних стаціонарів амбулаторно-поліклінічних закладів;
- розвитку загально-лікарської та сімейної медичної практики, розробки та впровадження автоматизованого робочого місця сімейного лікаря;
- підвищення економічної ефективності використання ліжкового фонду в стаціонарах;
- удосконалення державного управління в сфері охорони здоров'я населення.

За час існування кафедри доктором медичних наук став чинний завідувач кафедри Олег Володимирович Любінець з захистом дисертаційної роботи на тему: «Медико-соціальне обґрунтування подовження середньої очікуваної тривалості життя населення України»;

Кандидатами наук стали:

- Рудень Василь Володимирович – «Організація та оптимізація діяльності домашніх стаціонарів терапевтичного профілю»;
- Мікієвич Євген Іванович – «Наукове обґрунтування комплексу заходів по зміцненню здоров'я та удосконаленню медичного обслуговування шахтарів Львівсько-Волинського вугільного басейну на основі медико-соціальних досліджень»;
- Дячишин Віра Іванівна – «Державне управління медикаментозним забезпеченням населення України на сучасному етапі формування ринкових відносин»;
- Терешкевич Галина Тарасівна – «Розвиток біоетики в Україні (державно-управлінський аспект)»;
- Сенюта Ірина Ярославівна – «Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні»;
- Фуртак Іван Іванович – «Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України»;
- Серєда Орест Миколайович – «Наукова спадщина Рудольфа Вейгля – винахідника вакцини проти висипного тифу»;
- Олексюк Ольга Богданівна – «Медико-соціальне обґрунтування моделі запобіжної госпіталізації в педіатрії»;
- Комар Володимир Степанович – «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі відновного лікування населення з хворобами шкіри та підшкірної клітковини»;
- Чемерис Наталія Михайлівна – «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю»;
- Гржибовський Ярослав Леонідович – «Медико-соціальні детермінанти здоров'я сільського населення та обґрунтування концептуальної моделі моніторингу його показників».

Співробітники кафедри брали участь у роботі Дорадчої ради з питань охорони здоров'я Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України, міждисциплінарної робочої групи МОЗ України з впровадження медико-економічних стандартів в управління охороною здоров'я та їх моніторингу, робочої групи МОЗ України з мінімізації наслідків економічної кризи для системи охорони здоров'я, робочої групи МОЗ України з розробки медико-соціальних стандартів та нормативів фінансування у сфері охорони здоров'я, Координаційної ради з питань розвитку сімейної

медицини Львівської облдержадміністрації. В даний час працівники кафедри беруть участь у роботі Координаційної ради з питань профілактики неінфекційних захворювань Львівської ОДА (Любінець О.В.), Громадської ради при ЛОДА (Любінець О.В.), Госпітальної ради госпітального округу Львівщини (Зуб В.І.), Атестаційної комісії з атестації організаторів охорони здоров'я Департаменту охорони здоров'я Львівської ОДА (Любінець О.В.).

На кафедрі в даний час виконується науково-дослідна робота «Неінфекційні захворювання: основні детермінанти негативного впливу на стан громадського здоров'я в Україні».

За час діяльності кафедри працівниками кафедри опубліковано понад тисячу наукових праць, випущено 22 монографії і 9 навчальних посібників, а також 33 інформаційних листів, методичних рекомендацій та робочих програм, затверджених МОЗ України. Отримано 13 Свідоцтв про реєстрацію авторського права на твір. У закордонних виданнях, в т. ч. наукометричних баз, працівниками кафедри опубліковано більше 120-ти наукових робіт. Завідувач кафедри, професор Олег Любінець є членом редакційних рад чотирьох науково – практичних журналів, в т. ч. 2 закордонних: «Annals of Agricultural and Environmental Medicine» (Польща) та «Professional journal of nursing and midwifery» (Словаччина).

Завідувач кафедри професор Олег Любінець є членом Спеціалізованої вченої Ради Д 61.051.09 з правом прийняття до розгляду та проведення захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальностями 14.01.15 «Нервові хвороби» та 14.02.03 «Соціальна медицина» в ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України.

Кафедрою громадського здоров'я налагоджені наукові зв'язки з кафедрою наук про здоров'я Ужгородського національного університету (завідувач кафедри професор Генадій Слабкий), Польським Товариством Соціальної Медицини та Громадського Здоров'я (президент професор Alfred Owoc), з медичним інститутом Державного навчального закладу імені Яна Гродка в м. Санок (директор інституту доктор медицини Izabela Gaska).

В останні роки на кафедрі працювали доценти Паробецька І.М., Гутор Т.Г., Телішевська М.Г., Мікієвич Є.І. кандидати наук, асистенти – Лобойко М.С., Комар В.С., Чемерис Н.М., Терешкевич Г.Т., Фуртак І.І., Серета О.М., Ябчанка О.В., Трач В.П., асистенти – Варава А.І., Матюшко Є.М., Макух Н.І., Кавчук М.Р., Гичка М.М., Тертичний П.П., Колачинський М.І., Кашуба Я.М., Гузар О.З., Сакалош А.В., Цісінський Б.Л., Гринаш В.М., Давидів М.Р., Пилипець Я.Д., Вуїв О.Г., Пошивак Т.П., Пилипчук Н.Г.; старші лаборанти Гетьман Н.М., Ткачук Ю.І., Верес Н.В.; лаборант Циганова М.А.

На даний час на кафедрі працюють: завідувач кафедри професор Любінець Олег Володимирович, професор Рудень Василь Володимирович, доценти Дутка Ігор Юрійович, Гржибовський Ярослав Леонідович, Олексюк Ольга Богданівна, старші викладачі Ходор Орест Євгенович, Олійник Андрій Миронович, кандидат медичних наук асистент Зуб Володимир Іванович, асистент Децик Михайло Олександрович, старші лаборанти Мозіль Мар'яна Миронівна, Самчук Богдан Миколайович, Лебедева Людмила Михайлівна, лаборанти Костишин Оксана Володимирівна, Навроцька Наталія Іванівна, Швець Надія Михайлівна.

На кафедрі навчаються в аспірантурі та виконують дисертаційні роботи на здобуття наукового ступеню доктора філософії Михайло Децик, Вікторія Мілашовська, Всеволод Боровець, Андрій Коваль.

Плани кафедри на майбутнє:

- з метою подальшого розвитку науки і підготовки фахівців до самостійної науково-практичної та викладацької діяльності у сфері громадського здоров'я, здатних розв'язувати складні задачі і проблеми у зазначеній сфері заплановано підготувати до затвердження освітню програму другого (магістерського) рівня вищої освіти 229 «Громадське здоров'я»;

- залучення до лекцій провідних фахівців з громадського здоров'я та організаторів охорони здоров'я з інших ЗВО України та зарубіжжя;

- розробка нових циклів тематичного удосконалення: «Економічні основи діяльності медичних закладів» та «Промоція здоров'я».

35 років – це порівняно невеликий вік для кафедри Львівського національного медичного університету, якому виповнилося 238 років. Водночас за ці три з половиною десятиліття колектив кафедри досягнув вагомих здобутків і зробив важливі напрацювання у галузі громадського здоров'я. У наших найближчих планах – підготовка до затвердження освітньої програми другого (магістерського) рівня вищої освіти 229 "Громадське здоров'я"; залучення до лекцій провідних фахівців галузі громадського здоров'я та організаторів охорони здоров'я з інших закладів вищої освіти України та зарубіжжя; розробка нових циклів тематичного удосконалення – "Економічні основи діяльності медичних закладів" та "Промоція здоров'я".



З вірою у перемогу над російськими окупантами та йдучи у ногу з часом, згуртований колектив кафедри із оптимізмом дивиться у майбутнє і сподівається на успішну реалізацію своїх планів і задумів.

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 чи англійською мовами, які містять такі необхідні елементи:

Шифр УДК

Далі (українською 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 невирішених раніше частин загальної проблеми.

Мета дослідження

Містить до 3-х речень, в яких сформульовано яку проблему або гіпотезу вирішує автор і з якою метою.

Матеріали та методи

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, яке 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 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 статті здійснювати після отримання підтвердження про її прийняття до друку.

Редакційна рада