

ISSN 2077-6594





**ЗАСНОВНИКИ**

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

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.  
Заступники головного редактора – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.  
Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.  
Літературний редактор – Ратаніна О.М.  
Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.  
Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Погоріляк Р.Ю. (Ужгород)

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

Болдижар О.О.	Грузева Т.С.	Лисак В.П.	Сайдакова Н.О.
Вороненко Ю.В.	Децик О.З.	Любінець О.В.	Фера О.В.
Гойда Н.Г.	Карамзіна Л.А.	Мельник П.С.	Чепелевська Л.А.
Голованова І.А.	Ковальова О.М.	Нагорна А.М.	Чопей І.В.
Голубчиков М.В.	Котуза А.С.	Рогач І.М.	Шатило В.Й.

**РЕДАКЦІЙНА РАДА**

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

Авраменко О.І. (Київ)	Коваленко О.С. (Київ)	Миронюк І.С. (Ужгород)	Степаненко А.В. (Київ)
Бояр І. (Польща)	Кудренко М.В. (Київ)	Моїсеєнко Р.О. (Київ)	Толстанов О.К. (Київ)
Бугорков І.В. (Донецьк)	Лашкул З.В. (Запоріжжя)	Овоц А. (Польща)	Ярош Н.П. (Київ)
Дудіна О.О. (Київ)	Лобас В.М. (Донецьк)	Огнєв В.А. (Харків)	Ященко Ю.Б. (Київ)
Дудник С.В. (Київ)	Майоров О.Ю. (Харків)	Рудень В.В. (Львів)	
Жилка Н.Я. (Київ)	Матюха Л.Ф. (Київ)	Ситенко О.Р. (Київ)	
Клименко В.І. (Запоріжжя)	Медведовська Н.В. (Київ)	Станчак Я. (Польща)	

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).  
Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».  
Протокол № 9 від 26.11.2015 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна  
Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09  
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.  
Підписано до друку 27 листопада 2015 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 2461

**Видавець:**

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

**Видавник:**

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

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

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



## ЗМІСТ

### АКТУАЛЬНА ТЕМА

<i>Шафранський В.В.</i> Використання документів Всесвітньої організації охорони здоров'я в розвитку громадської охорони здоров'я України. Частина перша .....	7
---	---

### ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗИ

<i>Лаишул З.В.</i> Прогнозування розвитку артеріальної гіпертензії в дорослого населення Запорізької області на основі покрокового множинного логістичного регресійного аналізу .....	12
<i>Рудень В.В., Тімченко Н.Ф., Ковальська О.Р.</i> Про стан втрати працездатності серед населення України з причини гострого інфаркту міокарда .....	20

### ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

<i>Слабкий Г.О., Шатило В.Й., Шпита О.О.</i> Характеристика оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання первинної медико-санітарної допомоги при інфекційних та паразитарних хворобах .....	27
<i>Пасечников С.П., Сайдакова Н.О., Гродзінський В.І.</i> Соціальний вектор жінок репродуктивного віку, госпіталізованих із приводу гострого необструктивного пієлонефриту .....	33
<i>Качур О.Ю.</i> Сучасні методологічні підходи до оцінки діяльності рентгенологічної служби в системі охорони здоров'я України .....	40
<i>Слабкий Г.О., Зацук Н.С.</i> Концептуальні підходи до створення регіональних служб профілактики та медичної допомоги населенню із суїцидальною схильністю .....	45
<i>Якимець О.В.</i> Оцінка пацієнтами стаціонарної отоларингологічної допомоги .....	49

<i>Готь Н.Р.</i> Результати соціологічного опитування лікарів обласної лікарні щодо організації високоспеціалізованої медичної допомоги .....	53
--	----

<i>Скрип В.В.</i> Характеристика мережі закладів охорони здоров'я Закарпатської області та їх основних ресурсів .....	58
--	----

<i>Бідний В.В.</i> Ліжковий фонд урологічної спеціалізованої служби для дорослого населення міста Києва та основні показники його використання .....	62
---	----

### РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<i>Жилка Н.Я., Кудря А.В.</i> Рівень задоволеності та інформованості населення щодо послуг лікаря загальної практики – сімейного лікаря (Інтернет-опитування) .....	66
--	----

<i>Шпита О.О.</i> Впровадження загальної лікарської практики – сімейної медицини в систему охорони здоров'я Житомирської області .....	70
---	----

### МЕДИЧНІ КАДРИ

<i>Погоріляк Р.Ю., Гульчій О.П.</i> Вивчення проблеми підготовки сучасних керівних кадрів охорони здоров'я в Україні .....	76
---	----

<i>Вежновець Т.А., Парій В.Д.</i> Вплив віку, досвіду роботи та особистісних рис медичного персоналу на якість надання медичної допомоги .....	81
---	----

<i>Прохорова А.І.</i> Вплив східноєвропейських країн – членів Євросоюзу на забезпеченість Закарпаття молодшим медичним персоналом .....	87
--	----

<i>Бугорков И.В.</i> Совершенствование системы обучения на предаттестационном цикле по стоматологическим специальностям .....	91
--	----



## **БОРОТЬБА З СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ**

<i>Антоненко Ж.В., Юрченко О.В.</i> <b>Актуальність підвищення якості надання послуг у сфері ВІЛ/СНІДу в м. Києві .....</b>	<b>94</b>
<i>Жилка Н.Я., Орлова О.О.</i> <b>Стан інформованості ВІЛ-інфікованих жінок про методи та засоби планування сім'ї .....</b>	<b>98</b>
<i>Крисько М.О.</i> <b>Результати комплексної експертної оцінки з питань інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень .....</b>	<b>102</b>

## **НАУКА – ПРАКТИЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

<i>Онисько О.В., Корчинська О.О., Петренко Т.Г., Волошина У.В.</i> <b>Особливості прегравідарної підготовки жінок із синдромом полікістозних яєчників на фоні інсулінорезистентності в анамнезі .....</b>	<b>107</b>
--	------------

<i>Костенко С.Б.</i> <b>Експериментально-порівняльна оцінка ідентифікації фотополімерних пломбувальних матеріалів .....</b>	<b>112</b>
--	------------

<i>Козаренко Т.М., Логаніхіна К.Ю., Синюта С.Б., Гурандо В.Р.</i> <b>Можливості комплексної мультidetекторної комп'ютерної томографії в діагностиці раку привушних слинних залоз .....</b>	<b>117</b>
---	------------

<i>Братасюк Н.М., Волошина У.В., Корчинська О.О.</i> <b>Системний інтегративний підхід у роботі з вагітними парами на етапі підготовки до пологів .....</b>	<b>123</b>
--	------------

## **ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ**

<i>Ціборовський О.М., Сорока В.М.</i> <b>Найстаріша лікарня Києва – Кирилівська: шлях від богадільні до губернської земської лікарні .....</b>	<b>130</b>
---	------------



## CONTENT

### ACTUAL THEME

- Shafransky V.V.*  
The use of WHO documents in developing  
of Public Health in Ukraine. Part first ..... 7

### HEALTH OF THE POPULATION: TENDENCIES AND FORECASTS

- Lashkul Z.V.*  
Prediction of hypertension in the adult population  
of Zaporizhzhya region based on multiple stepwise  
logistic regression analysis ..... 12
- Ruden V.V., Timchenko N.F., Kovalska O.R.*  
About the state of loss of work capacity  
among the population of Ukraine due to causes  
of acute myocardial infarction ..... 20

### ORGANIZATION OF MEDICAL CARE PROVISION

- Slabky G.O., Shatilo V.Yo., Shpyta O.O.*  
Characteristic of optimized functional-and-  
organizational model of primary medical-and-  
sanitary aid at infectious and parasitic diseases ..... 27
- Pasechnikov S.P., Saidakova N.O., Grodzinsky V.I.*  
Social vector of women at reproductive  
age hospitalized for acute  
non-obstructive pyelonephritis ..... 33
- Kachur O.Yu.*  
Contemporary methodological approaches  
to radiological aid evaluation in health  
service system of Ukraine ..... 40
- Slabky G.O., Zaschyk N.S.*  
Conceptual approaches to the creation  
of regional services of prevention and medical aid  
to population with suicidal tendencies ..... 45
- Yakymets O.V.*  
Assessment of in-patient  
otolaryngological aid by the patients ..... 49
- Got N.R.*  
The results of sociological survey of regional  
hospital physicians as for the organization  
of highly specialized medical aid ..... 53

- Skryp V.V.*  
Characteristic of the network of healthcare  
institutions of Transcarpathian region  
and their main resources ..... 58

- Bidny V.V.*  
Hospital beds fund of specialized  
urological service for adult population of Kyiv  
and basic indices of its exploitation ..... 62

### REFORMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

- Zhylka N.Ya., Kudria A.V.*  
Level satisfaction and awareness  
on services of family doctor (Internet survey) ..... 66
- Shpyta O.O.*  
The introduction of a common doctoral  
practice – family medicine in the health  
system of Zhytomyr region ..... 70

### MEDICAL PERSONNEL

- Pogoriliak R.Yu., Gulchiy A.P.*  
Study problems of modern  
preparation of managerial personnel  
of health care in Ukraine ..... 76
- Vezhnovets T.A., Pariy V.D.*  
The influence of age, work experience  
and personal qualities of medical staff  
on the quality of medical care ..... 81
- Prokhorova A.I.*  
Impact of eastern European countries,  
members of the European union, on labor supply  
of junior medical staff in Transcarpathia ..... 87
- Bugorkov I.V.*  
Improvement of instruction system  
at pre certification course  
in stomatological specialties ..... 91

### STRUGGLE AGAINST SOCIAL-DANGEROUS DISEASES

- Antonenko Zh.V., Yurchenko O.V.*  
Relevance of quality improvement  
of HIV/AIDS services in Kyiv city ..... 94



*Zhylka N.Ya., Orlova O.O.*  
**State awareness of HIV-infected women  
 methods and means of family planning ..... 98**

*Krysko M.O.*  
**The results of comprehensive expert review  
 on integration of medical aid to patients  
 with HIV/AIDS at primary level ..... 102**

---

#### THE SCIENCE FOR HEALTH CARE PRACTICE

---

*Onysko O.V., Korchynska O.O.,  
 Petrenko T.G., Voloshyna U.V.*  
**The modern approachments on polycystic  
 ovary syndrom of women with insulin resistance ..... 107**

*Kostenko S.B.*  
**Experimental and comparative assessment  
 identifying curing filling materials ..... 112**

*Kozarenko T.M. , Loganihina K.Yu.,  
 Syniuta S.B. , Gurando V.R.*  
**Possibility of integrated multidetector  
 computed tomography in diagnosis  
 of cancer of the parotid salivary glands ..... 117**

*Bratasiuk N.M., Voloshyna U.V., Korchynska O.O.*  
**Systemic integrative approach  
 in working with pregnant couples  
 in preparation for childbirth ..... 123**

---

#### HISTORY OF MEDICINE

---

*Tsiborovsky O.M., Soroka V.M.*  
**The oldest Kyiv Hospital – Cyril's Hospital:  
 from almshouse to province zemsky hospital ..... 130**



УДК 614.2:316.772(100)

В.В. Шафранський

## ВИКОРИСТАННЯ ДОКУМЕНТІВ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РОЗВИТКУ ГРОМАДСЬКОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ. Частина перша

Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

**Мета** – проаналізувати документи ВООЗ, скеровані на розвиток охорони громадського здоров'я, з позиції їх використання в Україні.

**Матеріали та методи.** Використано документи, прийняті ВООЗ і скеровані на розвиток громадської охорони здоров'я, а також такі методи бібліосемантичний, контент-аналізу, системного підходу.

**Результати.** Розкрито мету та завдання для регіонального та державного рівнів основних документів ВООЗ щодо реформи й розвитку системи охорони здоров'я та громадського здоров'я.

**Висновки.** Показано значення Європейської політики «Здоров'я – 2020» та «Європейського плану дій з укріплення потенціалу і послуг громадської охорони здоров'я» для розвитку системи охорони здоров'я та громадського здоров'я в Україні.

**Ключові слова:** ВООЗ, документи, аналіз, громадське здоров'я, розвиток.

### Вступ

Громадська охорона здоров'я – це система охорони здоров'я, орієнтована як на здоров'я популяції й громади, так і на індивідуальне здоров'я й діяльність конкретного працівника в охороні здоров'я. При цьому громадська охорона здоров'я передбачає обов'язкову взаємодію закладів охорони здоров'я (медичних, фармацевтичних), навчальних, науково-дослідницьких інституцій, інформаційних служб, органів управління (міністерства, відомства, адміністрації тощо), добровільних об'єднань громадян (асоціації), медичні страхові компанії, приватну медичну та психологічну практику тощо [3].

Сьогодні громадська охорона здоров'я – це комплексна наукова дисципліна і сфера практичної діяльності, яка включає різні види індивідуальної, групової та державної діяльності.

Основне призначення громадської охорони здоров'я – це управління громадським здоров'ям, зміни в напрямку підтримки здоров'я поведінкових стереотипів населення через освіту, консультації, підтримку здорового способу життя. Основна мета полягає у формуванні компетентності особистості та громадськості у сфері здоров'я й залучення самих громадян до процесу підтримки та зміцнення власного здоров'я.

**Мета роботи** – проаналізувати документи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), скеровані на розвиток охорони громадського здоров'я, з позиції їх використання в Україні.

### Матеріали та методи

У ході дослідження використано документи, прийняті ВООЗ і скеровані на розвиток громадської охорони здоров'я. У роботі застосовано такі методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, системного підходу.

### Результати дослідження та їх обговорення

За даними ВООЗ, співвідношення факторів, які впливають на здоров'я людей, таке: умови та спосіб життя і харчування – 50%, спадковість – 20%, зовнішнє середовище та природні умови – 20%, стан охорони здоров'я – 10%.

Названі фактори поєднуються в три основні групи, які визначають громадську охорону здоров'я:

1. Соціально-економічні: законодавство з охорони здоров'я населення; умови суспільного життя, праця, відпочинок, харчування; міграційні процеси, рівень освіти і культури; організація медичної допомоги.

2. Природнокліматичні: природні ресурси, біокліматичний рівень.

3. Біологічні: стать, вік, конституційні особливості, спадковість, генетичні особливості.

Сьогодні виникають нові складні проблеми, які впливають на здоров'я людей. Тому на глобальному рівні необхідно не тільки координувати чіткі й послідовні дії на виклики здоров'ю населення, але й планувати сумісну довготривалу роботу, використовуючи наявні фактичні дані та ресурси відповідно до найбільш ефективних підходів і шляхів вирішення існуючих проблем.

У ході аналізу встановлено, що основними документами ВООЗ, прийнятими останнім часом і



скерованими на розвиток системи громадського здоров'я в Європейському регіоні, є програма «Здоров'я – 2020. Основи Європейської політики і стратегії для ХХІ століття» [1] та Європейський план дій з укріплення потенціалу і послуг громадської охорони здоров'я [4].

Слід зазначити, що політика «Здоров'я – 2020» базується на цінностях, визначених статутом ВООЗ [2]. Це – досягнення якомога вищого рівня здоров'я як основне право людини. У ній визнається взаємозв'язок між діючими суб'єктами, діями та викликами у сфері охорони здоров'я на місцевому, регіональному, національному й глобальному рівнях та рекомендується підтримувати підходи і прийняти єдину основу політики, орієнтовану на результат.

Основи Європейської політики показують, яким чином особи, що формують політику в країнах, можуть із більшою результативністю та коефіцієнтом позитивної дії вирішувати сучасні соціальні, епідеміологічні та фінансові проблеми. Для цього їм потрібно знову визначити пріоритети, ініціювати дії в інших секторах й прийняти нові підходи до організації взаємодії секторів охорони здоров'я з іншими заінтересованими сторонами.

Для того, щоб досягти більш високого і справедливого рівня здоров'я та благополуччя населення, необхідно об'єднати зусилля багатьох партнерів, адже охорона здоров'я людей – це обов'язок усього суспільства і держави на всіх рівнях. Основа Європейської політики розрахована на те, щоб допомогти подолати головні перепони, які дотепер заважали тим, хто забезпечує охорону здоров'я населення. У ній на основі досліджень і вивчення досвіду багатьох країн пропонується бачення майбутнього, вказується стратегічний шлях, визначається комплекс пріоритетів і подається ряд пропозицій щодо найбільш дієвих заходів для залучення зацікавлених сторін і партнерів.

В основах політики «Здоров'я – 2020» пропонуються нові підходи до визначення достовірної різниці в стані здоров'я населення та зосередження індивідуальних і колективних зусиль на способах зменшення цієї різниці. У ній показано, яким чином найбільш успішно досягається прогрес у тих країнах, де завдяки сильним державним службам і стійкості державного фінансування забезпечується доступна медична допомога.

В основі політики «Здоров'я – 2020» визнається, що держава зможе добитися реального поліпшення здоров'я населення, якщо на всіх рівнях та у всіх секторах державного управління буде проводитися робота з вирішення двох взаємопов'язаних стратегічних завдань:

- поліпшення здоров'я для всіх і зменшення нерівності щодо здоров'я;
- удосконалення лідерства і керівництва в інтересах здоров'я.

Потреби державної політики, такі як прагнення до підвищення загальної конкурентноздатності, є не самоціллю, а засобом досягнення реальної цілі: благополуччя населення Європи. Адже соціальний прогрес все більше оцінюється за такими критеріями, як соціальна згуртованість, плюралізм, безпечність, розумне

співвідношення між роботою й життям, гарне здоров'я та гарна освіта.

Як уже відмічалось, політика «Здоров'я – 2020» будується на цінностях, визначених у статуті ВООЗ і скерованих на забезпечення «досягнення якомога найвищого рівня здоров'я» як основного права людини, яке належить усім, хто проживає в Європейському регіоні. У міру того, як проходить перебудова європейських держав для загального блага, необхідно постійно проявляти пильність й активно сприяти проведенню політики, заснованої на цінностях і правах людини.

Виходячи з глобальних пріоритетів, установлених для ВООЗ, її країни-члени у політиці «Здоров'я – 2020» для стратегічних дій запропонували чотири пріоритетні області, які відповідають особливим потребам і досвіду Європейського регіону. Дії в рамках цих областей також ґрунтуються на відповідних стратегіях і планах дій ВООЗ регіонального й глобального рівнів.

Вказані чотири пріоритетні області включають:

- інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини та розширення прав і можливостей громадян;
- зменшення тягаря основних неінфекційних та інфекційних хвороб в Європі;
- укріплення систем охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей, та потенціалу громадського здоров'я, включаючи підтримку готовності до надзвичайних ситуацій і потенціалу для здійснення відповідних заходів;
- створення сприятливих умов середовища та забезпечення стійкості місцевих громад.

Дії в названих областях не ізольовані, а взаємопов'язані й доповнюють один одного. Для їх реалізації необхідно поєднувати різні підходи до стратегічного управління: ієрархічний, розподільчий та колективний, щоб здоров'я та благополуччя були досяжними для всіх.

Україна підписала цей документ і прийняла його до впровадження у вересні 2012 р., але реальні кроки з його імплементації не зроблені.

Європейський план дій з укріплення потенціалу і послуг громадської охорони здоров'я визначає 10 основних функцій громадського здоров'я:

1. Епідеміологічний нагляд та оцінка здоров'я і благополуччя населення.
2. Моніторинг та реагування на небезпеку для здоров'я і при надзвичайних ситуаціях в області охорони здоров'я.
3. Захист здоров'я, який включає безпеку навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо.
4. Зміцнення здоров'я, включаючи вплив на соціальні детермінанти та скорочення нерівності в показниках здоров'я.
5. Профілактика хвороб, включаючи раннє виявлення порушень у здоров'ї.
6. Забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я.
7. Забезпечення сфери громадського здоров'я кваліфікованими кадрами в достатній кількості.



8. Забезпечення організаційних структур та їх фінансування.

9. Інформаційно-пояснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

10. Сприяння розвитку досліджень в області громадського здоров'я з метою наукового обґрунтування політики та практики.

Для України зазначений документ має надзвичайно важливе значення, адже ці оперативні функції та їх складові підлягали впровадженню в державі. Але в Україні ще не створена система громадського здоров'я та не проведена оцінка потенціалу держави для створення такої системи.

Слід наголосити, що політика «Здоров'я – 2020» включає головні всеохоплюючі регіональні цільові орієнтири, які мають підкріплюватися відповідними показниками та представлятися у звітах у вигляді усереднених даних по регіону. Передбачається, що цільові орієнтири носитимуть як кількісний, так і якісний характер і відповідатимуть принципу «SMART»: конкретні, вимірювані, досяжні, реальні та визначені конкретні часові рамки. Кожний із них буде відображати реально можливий

прогрес щодо процесів, проміжних і кінцевих результатів реалізації основ політики «Здоров'я – 2020».

Цільові орієнтири розроблені по трьох основних областях, які охоплюють два стратегічні завдання й чотири стратегічні пріоритети, покладені в основу політики «Здоров'я – 2020».

Три основні області:

- тягар хвороб і фактори ризику їх розвитку;
- здоров'я людини, благополуччя та їх детермінанти;
- процеси, стратегічне управління і системи охорони здоров'я.

Слід зазначити, що використання цільових орієнтирів – це не самоціль програми. Цільові орієнтири сприяють укріпленню здоров'я й благополуччя тим, що підвищують ефективність роботи й підзвітність. Ці орієнтири є регіональними в тому понятті, що вони узгоджені, а країни мають вносити свій вклад в їх досягнення зі встановленням національних цілей і завдань, пов'язаних з охороною здоров'я.

Запропоновані регіональні цільові орієнтири наведено в таблиці.

Таблиця

Цільові орієнтири на рівні Європейського регіону на 2020 р.

Широкі цільові області політики «Здоров'я – 2020»	Цільові орієнтири	Зв'язок зі стратегічними завданнями політики «Здоров'я – 2020»	Зв'язок зі стратегічними пріоритетами політики «Здоров'я – 2020»
1. Тягар хвороб і фактори ризику	1. Скорочення до 2020 р. попереджувальної смертності серед населення Європи	1. Поліпшення здоров'я для всіх і скорочення різниці в показниках здоров'я	2. Вирішення найбільш актуальних проблем регіону, які стосуються неінфекційних та інфекційних захворювань
2. Здорові люди, благополуччя та детермінанти	2. Підвищення середньої тривалості життя в Європі	1. Поліпшення здоров'я для всіх та скорочення відриву за показниками здоров'я	1. Інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини і розширення прав та можливостей громадян. 4. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища
	3. Скорочення несправедливості щодо охорони здоров'я в Європі (орієнтир у сфері соціальних детермінант)	1. Поліпшення здоров'я для всіх та скорочення відриву за показниками здоров'я	1. Інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини і розширення прав та можливостей громадян. 4. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища
	4. Підвищення рівня благополуччя населення Європи	1. Поліпшення здоров'я для всіх та скорочення відриву за показниками здоров'я	1. Інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини і розширення прав та можливостей громадян. 4. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища



3. Процеси, стратегічне керування і системи охорони здоров'я	5. Всезагальне охоплення і «право на здоров'я»	2. Удосконалення лідерства і колективного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я	3. Зміцнення систем охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей, нарощування потенціалу громадського здоров'я та забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій
	6. Встановлення державами-членами національних цільових орієнтирів	2. Удосконалення лідерства та колективного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я	3. Зміцнення систем охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей, нарощування потенціалу громадського здоров'я та забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій

В Україні створені правові передумови для імплементації вказаних міжнародних документів. Такими правовими передумовами є:

1. *Коаліційна угода*, якою визначені:
  - Структурна реорганізація системи медичного обслуговування.
  - Забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою.
  - Здійснення раціональної фармацевтичної політики.
  - Формування здорового способу життя населення і формування громадського здоров'я.
2. *Програма дій уряду*, якою визначені:
  - Усунення корупційних схем під час проведення тендерних закупівель.
  - Трансформація і модернізація мережі лікарень.
  - Дерегуляція фармацевтичного ринку.
  - Суттєве зменшення кількості ліцензій та дозволів.
3. *Угода про Європейську асоціацію*, якою визначені:

- Зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема, шляхом проведення реформи.
- Попередження і контроль над інфекційними хворобами, зокрема, ВІЛ/СНІДом і туберкульозом.
- Попередження та контроль за хронічними неінфекційними хворобами.
- Забезпечення якості та безпечності субстанції людського походження.
- Здоров'я у всіх політиках держави.

### Висновки

Показано значення Європейської політики «Здоров'я – 2020» та Європейського плану дій з укріплення потенціалу і послуг громадської охорони здоров'я для розвитку системи охорони здоров'я та громадського здоров'я в Україні.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням інших документів ВООЗ щодо їх можливого впливу на розвиток системи охорони здоров'я й громадського здоров'я в Україні.

### Література

1. *Здоровье – 2020*. Основы европейской политики и стратегия для XXI века [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.
2. *Устав* (Конституция) Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс] // В кн.: Основные документы, Дополнение, октябрь 2006 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006. – Режим доступа : [http://www.who.int/entity/governance/eb/who\\_constitution\\_ru.pdf](http://www.who.int/entity/governance/eb/who_constitution_ru.pdf). – Название с экрана.
3. *Acheson D. Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function* / D. Acheson. – London, H. M. Stationery Office, 1988.
4. *European action plan for strengthening public health capacities and services* [Electronic resource]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. 2012. – Access mode : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.11.2015 р.



**Использование документов Всемирной организации здравоохранения в развитии общественного здравоохранения Украины.**

Часть первая

*В.В. Шафранский*

Министерство здравоохранения Украины,  
г. Киев, Украина

**Цель** – проанализировать документы ВОЗ, направленные на развитие общественного здравоохранения, с позиции применения в Украине.

**Материалы и методы.** Использованы документы, принятые ВОЗ и направленные на развитие общественного здравоохранения, а также такие методы: библиосемантический, контент-анализа, системного подхода.

**Результаты.** Раскрыта цель и задачи для регионального и государственного уровней основных документов ВОЗ относительно реформы и развития системы здравоохранения и общественного здоровья.

**Выводы.** Показано значение Европейской политики «Здоровье – 2020» и Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения для развития системы здравоохранения и общественного здоровья в Украине.

**Ключевые слова:** ВОЗ, документы, анализ, общественное здоровье, развитие.

**The use of WHO documents  
in developing of public health in Ukraine.**  
Part first

*V.V. Shafransky*

Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to analyze WHO documents directed to developing Public Health from the point of their use in Ukraine.

**Materials and methods.** Documents approved by WHO and directed to the development of public health, bibliosemantic, content-analysis and systemic methods.

**Results.** Objective and tasks for the regional and national levels of main WHO documents as for reforming and development of health service systems and public health are revealed.

**Conclusions.** It is shown the influence of European policy «Health – 2020» and «European plan of action for strengthening capacity and services of Public health» upon the development of health systems and public health in Ukraine.

**Key words:** WHO, documents, analysis, public health, development.

**Відомості про автора**

**Шафранський Віктор Вікторович** – к.мед.н., заступник Міністра охорони здоров'я; Міністерство охорони здоров'я України; вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, Україна.



УДК 614.1:612.12-008.331.1-036-053.8(477.64)

З.В. Лаишкул

## ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ОСНОВІ ПОКРОКОВОГО МНОЖИННОГО ЛОГІСТИЧНОГО РЕГРЕСІЙНОГО АНАЛІЗУ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

**Мета** – науково обґрунтувати модель прогнозування розвитку артеріальної гіпертензії на основі покрокового множинного логістичного регресійного аналізу та застосування концепції персоналізованої медицини у профілактиці цього захворювання серед дорослого населення.

**Матеріали та методи.** Опрацьовано дані соціологічного опитування, застосовано методи математичного моделювання, статистичний, системного аналізу. Загальноприйнятими методами визначено відносний ризик із розрахунком 95% довірчого інтервалу.

**Результати.** Науково обґрунтовано модель прогнозування розвитку артеріальної гіпертензії на основі покрокового множинного логістичного регресійного аналізу та застосування концепції персоналізованої медицини в профілактиці цього захворювання серед дорослого населення.

**Висновки.** Доведено, що застосування остаточної прогностичної моделі розвитку артеріальної гіпертензії з включенням найбільш значущих факторів ризику має високі операційні характеристики: чутливість – 78,6%, специфічність – 96,6%, позитивне предиктивне значення – 95,85%, негативне предиктивне значення – 81,86%, площу над ROC кривою – 0,9623. Обґрунтовано застосування концепції персоналізованої медицини в профілактиці цього захворювання серед дорослого населення шляхом вивчення асоціацій між медико-соціальними факторами ризику і розвитком артеріальної гіпертензії.

**Ключові слова:** фактори ризику артеріальної гіпертензії, прогностична модель, персоналізована профілактика.

### Вступ

Профіль факторів ризику (ФР) у різних верст населення може відрізнятися, що обґрунтовує потребу в розробці системи профілактики артеріальної гіпертензії (АГ) для кожного індивідуума з визначенням чітких ФР. У цьому аспекті з результатами наших досліджень конгруентна теорія ідеального серцево-судинного здоров'я [1, 4–6], яка зміщує пріоритети з визначення ФР розвитку хвороб системи кровообігу (ХСК) на фактори здоров'я серцево-судинної системи (ССЗ), зокрема, поняття «ризикована» поведінка, яка підвищує вірогідність розвитку ССЗ та інсульту або умов, які призводять до їх розвитку, таких як гіпертонія, дисліпідемія і діабет, змінюється на «здорову» поведінку. На сьогодні визначення «ідеальне серцево-судинне здоров'я» добре відоме і характеризується одночасно наявністю 4 критеріїв «здорової» поведінки (утримання від куріння протягом останнього року, ідеальний індекс маси тіла  $<25 \text{ кг/м}^2$ , рекомендована фізична активність, споживання відповідного набору продуктів, які попереджають розвиток ССЗ) та 3 сприятливих факторів здоров'я (загальний холестерин  $<200 \text{ мг/дл}$  ( $4,5 \text{ ммоль/л}$ ), кров'яний тиск  $<120/80 \text{ мм рт. ст.}$ , відсутність цукрового діабету й клінічних проявів ХСК, у тому числі ішемічної хвороби серця (ІХС), інсульту, серцевої недостатності тощо [7, 8, 10–12].

**Мета роботи** – науково обґрунтувати модель

прогнозування розвитку АГ на основі покрокового множинного логістичного регресійного аналізу й застосування концепції персоналізованої медицини у профілактиці цього захворювання серед дорослого населення.

Використано методи математичного моделювання, статистичний, системного аналізу. Загальноприйнятими методами визначено відносний ризик (ВР) із розрахунком 95% довірчого інтервалу (ДІ).

### Результати дослідження та їх обговорення

Початковим етапом дослідження було вивчення асоціації між ФР і розвитком АГ у дорослого населення.

Встановлено, що на розвиток АГ серед населення Запорізької області найбільше впливає обтяжливий сімейний анамнез, тому до сприятливих факторів здоров'я обов'язково слід додати такий критерій, як відсутність ХСК у близьких родичів. У визначення «ідеальне серцево-судинне здоров'я» окремим модулем потрібно включити соціальні детермінанти здоров'я – задовільний рівень життя, який передбачає достатній середній рівень життя і достойну зарплатню.

За оцінкою експертів ВООЗ, на показники захворюваності й смертності від ХСК впливають: низький рівень життя населення; пов'язані з ним безробіття, стреси, алкоголізація; відсутність мотивації в населення бути здоровими; відсутність мотивації в



медичних працівників якісно працювати, низький рівень матеріально-технічної бази охорони здоров'я, недостатнє фінансування галузі [3].

У нашому дослідженні серед опитаних респондентів без АГ в обстеженій когорті (1000 осіб без АГ) лише 56 осіб мають ідеальне серцево-судинне здоров'я (табл. 1).

Таблиця 1  
Асоціації між факторами ризику  
й розвитком артеріальної гіпертензії в дорослого населення, n (%)

Фактор ризику	Особи з АГ n=1000	Особи без АГ n=1000	ВШ (95% ДІ)	p
Соціальний статус – працівник	878 (87,8)	740 (74,0)	2,53 (1,99–3,205)	<0,001
Низький рівень освіти	423 (42,3)	234 (23,4)	2,39 (1,97–2,91)	<0,0001
Заробітна плата <1500 грн	664 (66,4)	342 (34,2)	3,80 (3,15–4,57)	<0,0001
Незадовільний рівень життя	670 (67,0)	453 (45,3)	2,45 (2,04–2,94)	<0,0001
Професія, пов'язана зі стресами	320 (32,0)	320 (32)	1,00 (0,83–1,21)	1,00
Безробіття	122	68	1,9 (1,38–2,64)	<0,0001
Самотність	264 (26,4)	265 (26,5)	0,99 (0,82–1,21)	0,960
Низький середній дохід	670 (67,0)	132 (13,20)	13,35 (10,65–16,73)	<0,0001
Відсутність закладу охорони здоров'я в місці проживання	116 (11,60)	320 (32,0)	0,29 (0,22–0,35)	<0,0001
Вживання солі >5 г на день	524 (52,4)	64 (6,4)	16,09 (12,14–21,34)	<0,0001
Надмірне вживання жирних сортів м'яса, риби щодня	423 (42,3)	342 (34,2)	1,41 (1,18–1,69)	<0,0001
Вживання недостатньої кількості овочів і фруктів	854 (86,4)	245 (24,5)	18,02 (14,36–22,62)	<0,0001
Рівень цукру в крові >6,0 ммоль/л	158 (15,8)	66 (6,6)	2,65 (1,96–3,59)	<0,0001
Рівень холестерину >4,5 ммоль/л	363 (36,3)	152 (15,2)	3,18 (2,56–3,94)	<0,0001

За даними табл. 1, прогностична модель розвитку АГ включає критерії усіх 3 модулів: «кризова поведінка», «несприятливі фактори здоров'я» та «соціальні детермінанти розвитку АГ». Для визначення ризику розвитку АГ в окремого індивідуума при кумулятивній дії декількох факторів застосовується покроковий множинний логістичний регресійний метод, який базується на розрахунках ризику, що об'єднує та інтегрує преморбідні стани, доступні і мінімально інтрузивні

демографічні й медичні критерії, які легко зрозумілі окремим особам і доступні в медичних закладах.

Перша прогностична модель, яка включає тільки один ФР – гіподинамію, має низькі операційні характеристики (рис. 1). Додавання наступного ФР – надмірної ваги – залишає достовірний вплив на розвиток АГ такого фактора, як гіподинамія, але дещо збільшує операційні характеристики моделі, зокрема, площа над ROC-кривою збільшується на 23,4% (рис. 2).

```

. . estat classification, cutoff(0.8)
Logistic model for AH

```

Classified	True D	~D	Total
+	0	0	0
-	1000	1000	2000
Total	1000	1000	2000

```

Classified + if predicted Pr(D) >= .8
True D defined as AH != 0

```

Sensitivity	Pr( +   D)	0.00%
Specificity	Pr( -   ~D)	100.00%
Positive predictive value	Pr( D   +)	.%
Negative predictive value	Pr( ~D   -)	50.00%
False + rate for true ~D	Pr( +   ~D)	0.00%
False - rate for true D	Pr( -   D)	100.00%
False + rate for classified +	Pr( ~D   +)	.%
False - rate for classified -	Pr( D   -)	50.00%
Correctly classified		50.00%

Операційні характеристики прогностичної моделі, що включає 1 фактор ризику – гіподинамію

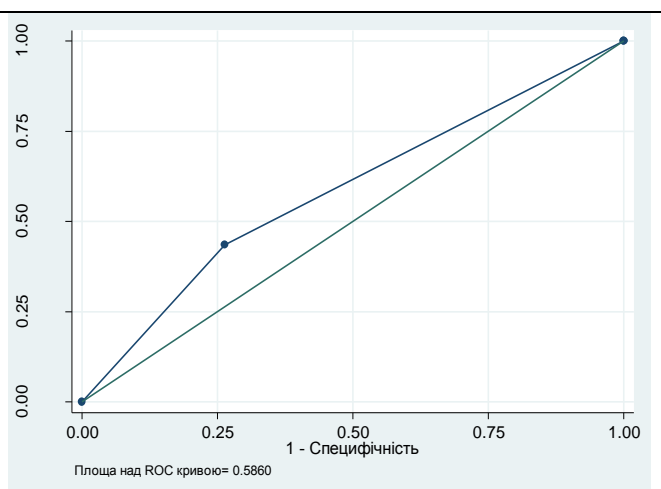
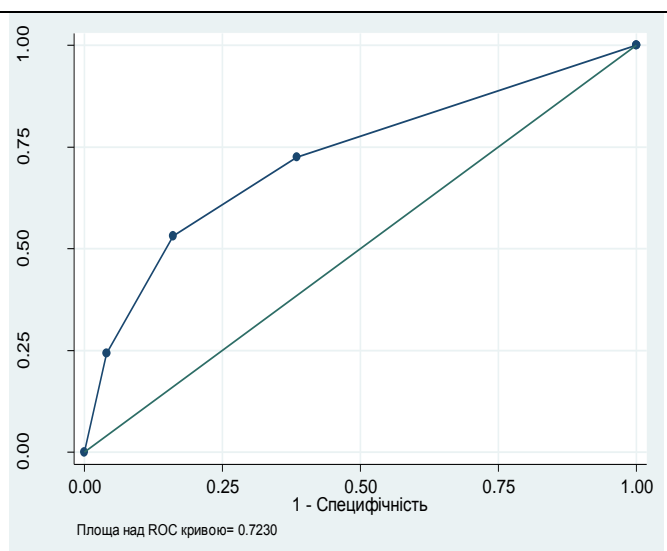


Рис. 1. ROC-крива прогностичної моделі, що містить 1 фактор ризику – гіподинамію



Logistic model for AH			
Classified	True		Total
	D	~D	
+	243	40	283
-	757	960	1717
Total	1000	1000	2000
Classified + if predicted Pr(D) >= .8 True D defined as AH != 0			
Sensitivity	Pr(+ D)		24.30%
Specificity	Pr(- ~D)		96.00%
Positive predictive value	Pr(D +)		85.87%
Negative predictive value	Pr(~D -)		55.91%
False + rate for true ~D	Pr(+ ~D)		4.00%
False - rate for true D	Pr(- D)		75.70%
False + rate for classified +	Pr(~D +)		14.13%
False - rate for classified -	Pr(D -)		44.09%
Correctly classified			60.15%

**Операційні характеристики прогностичної моделі, що включає 2 фактори ризику – гіподинамію та надмірну вагу**



**Рис. 2. ROC-крива прогностичної моделі, що містить 2 фактори ризику – гіподинамію та надмірну вагу**

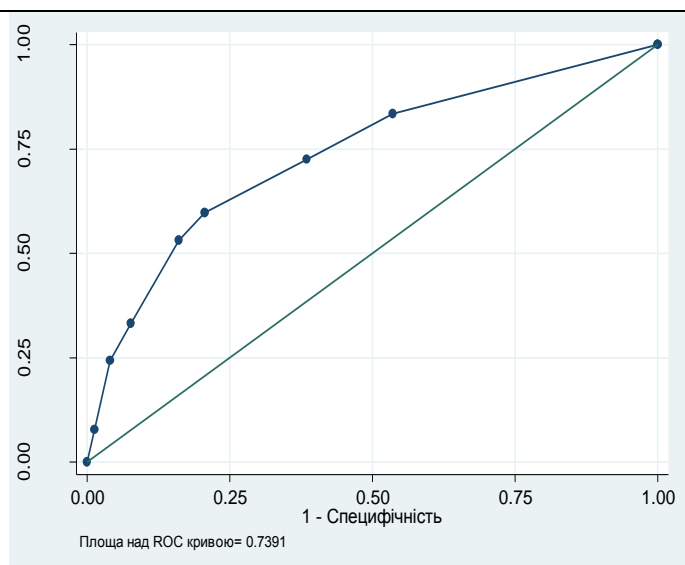
Додавання в прогностичну модель третього ФР з модулю «ризикована поведінка» – паління – підвищує характеристики моделі лише на 2,2%, проте ФР – надмірне вживання солі – на 13,8%, залишаючи усі попередні ФР достовірними (рис. 3).

Таким чином, при множинному логістичному регресійному аналізі усі вищеперелічені ФР модулю «ризикована поведінка» достовірно асоціюються з розвитком АГ. Але найбільший вплив на розвиток АГ має надмірна вага і невідповідна дієта – надмірне вживання солі. Включення усіх 4 факторів ризику з модулю «ризикована поведінка» досить суттєво підвищує площу над ROC-кривою, що свідчить про високі прогностичні характеристики такої моделі.

Наступними ФР, доданими в прогностичну модель, є фактори з модулю «несприятливі фактори здоров'я». За даними табл. 2, додавання такого ФР, як несприятлива спадковість, значно підвищує характеристики моделі, а площа над ROC-кривою збільшується відразу на 12,2% – з 0,8413 до 0,9439. Проте додавання в модель ФР «підвищений рівень глюкози» або «підвищений рівень холестерину» підвищує прогностичну цінність моделі лише на 0,2%. Таким чином, саме ФР модулю «ризикова поведінка» та обтяжлива спадковість найбільше асоціюються з розвитком АГ, а призначення додаткових методів дослідження не збільшує прогностичної сили моделі.

. . estat classification, cutoff(0.8)			
Logistic model for AH			
Classified	True		Total
	D	~D	
+	243	40	283
-	757	960	1717
Total	1000	1000	2000
Classified + if predicted Pr(D) >= .8 True D defined as AH != 0			
Sensitivity	Pr(+ D)		24.30%
Specificity	Pr(- ~D)		96.00%
Positive predictive value	Pr(D +)		85.87%
Negative predictive value	Pr(~D -)		55.91%
False + rate for true ~D	Pr(+ ~D)		4.00%
False - rate for true D	Pr(- D)		75.70%
False + rate for classified +	Pr(~D +)		14.13%
False - rate for classified -	Pr(D -)		44.09%
Correctly classified			60.15%

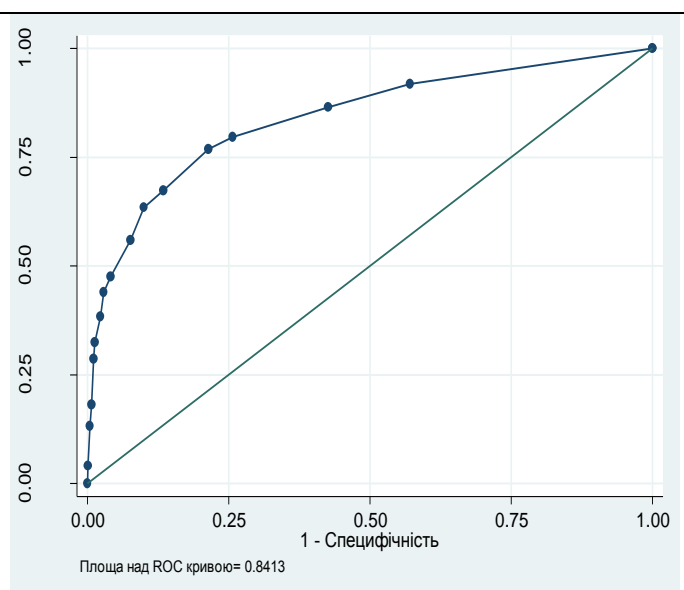
**Операційні характеристики прогностичної моделі, що включає 3 фактори ризику – гіподинамію, надмірну вагу та паління**



**Рис. 3. ROC-крива прогностичної моделі, що містить 3 фактори ризику – гіподинамію, надмірну вагу та паління**



Logistic model for AH			
Classified	True		Total
	D	~D	
+	440	29	469
-	560	971	1531
Total	1000	1000	2000
Classified + if predicted Pr(D) $\geq$ .8 True D defined as AH != 0			
Sensitivity	Pr( +   D)		44.00%
Specificity	Pr( -   ~D)		97.10%
Positive predictive value	Pr( D   +)		93.82%
Negative predictive value	Pr( ~D   -)		63.42%
False + rate for true ~D	Pr( +   ~D)		2.90%
False - rate for true D	Pr( -   D)		56.00%
False + rate for classified +	Pr( ~D   +)		6.18%
False - rate for classified -	Pr( D   -)		36.58%
Correctly classified			70.55%



**Операційні характеристики прогностичної моделі, що включала 4 фактори ризику – гіподинамію, надмірну вагу, паління та невідповідна дієта**

**Рис. 4. ROC-крива прогностичної моделі, що містить 4 фактори ризику – гіподинамію, надмірну вагу, паління та невідповідну дієту**

З модулю «соціальні детермінанти розвитку АГ» включено тільки один ФР – низький дохід, який з усіх інших факторів зазначеного модулю має найбільше ВШ розвитку АГ (ВШ – 13,35). При цьому операційні характеристики прогностичної моделі, яка включає 8 факторів ризику, збільшуються на 2,1% (рис. 5). Таким чином, додаткове включення інших факторів ризику в модель тільки ускладнює розрахунки, але не поліпшує прогнозування.

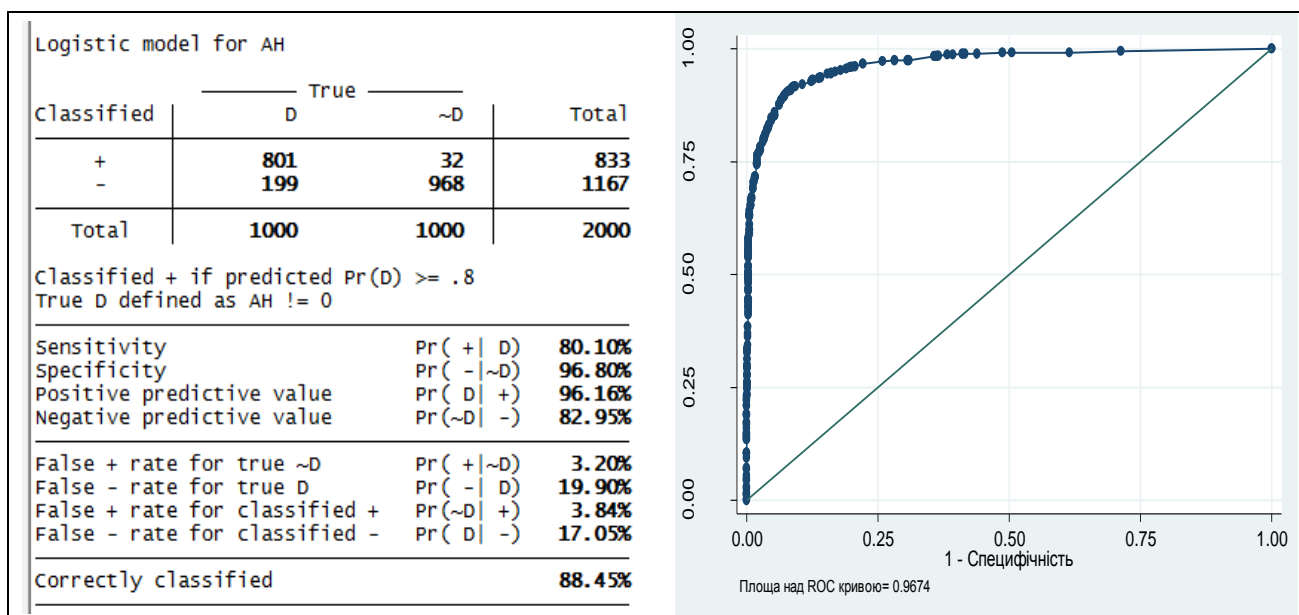
Тому в нашу остаточну модель входять ФР, які найбільше асоціюються з розвитком АГ: надмірна вага,

невідповідна дієта, несприятливий сімейний анамнез та низький дохід, тобто фактори, які можна з'ясувати при безпосередній бесіді з пацієнтом, або фактори, які кожний індивідуум може визначити в себе безпосередньо. Прогностична модель, в яку включені тільки перелічені вище фактори, також має високі операційні характеристики: чутливість – 78,6%, специфічність – 96,6%, позитивне предикативне значення – 95,85%, негативне предикативне значення – 81,86%, площу над ROC-кривою – 0,9623, що лише на 0,0051 менше за прогностичну модель, яка включає 8 ФР.

**Таблиця 2**  
**Клінічні прогностичні моделі розвитку артеріальної гіпертензії в дорослого населення**

Прогностичні змінні	$\beta$	m	ВШ	95% ДІ	P	Площа над ROC	% збільшення площі
<i>Ризикова поведінка</i>							
Гіподинамія	0,768	0,095	2,15	1,78–2,60	<0,001	0,5860	
Надмірна вага	1,76	0,108	5,83	4,72–7,21	<0,001	0,723	23,4
Паління	0,51	0,109	1,68	1,35–2,08	<0,001	0,739	2,2
Не відповідна дієта	2,73	0,152	15,42	11,44–20,78	<0,001	0,8413	13,8
<i>Несприятливі фактори здоров'я</i>							
Несприятливий сімейний анамнез	3,91	0,18	50,01	35,10–71,24	<0,001	0,9439	12,2
Підвищений рівень холестерину	0,76	0,18	2,14	1,49–3,08	<0,001	0,946	0,2
Підвищений рівень глюкози	0,79	0,25	2,20	1,34–3,59	0,002	0,9478	0,2
<i>Соціальні детермінанти розвитку артеріальної гіпертензії</i>							
Низький дохід	2,63	0,187	13,87	9,61–20,04	<0,001	0,9674	2,1





**Операційні характеристики прогностичної моделі, що включає 8 факторів ризику**

**Рис. 5. ROC-крива прогностичної моделі, що містить 8 факторів ризику**

Таким чином, при плануванні системи профілактики першочергове значення має визначення наявності в окремого індивідуума ФР із модулю «кризова поведінка», а розроблені заходи повинні бути спрямовані на модифікацію наявних ФР.

Наше дослідження показало, що профілактика АГ має базуватися на з'ясуванні наявності в особи ФР з 3 ключових модулів:

- «здорова поведінка» – утримання від куріння протягом останнього року, ідеальний індекс маси тіла [ $<25 \text{ кг/м}^2$ ], рекомендована фізична активність, споживання відповідного набору продуктів, які попереджають розвиток ССЗ;

- «сприятливі фактори здоров'я» – загальний холестерин  $<200 \text{ мг/дл}$  ( $4,5 \text{ ммоль/л}$ , кров'яний тиск  $<120/80 \text{ мм рт. ст.}$ , відсутність цукрового діабету та клінічних ХСК (у тому числі ІХС, інсульту, серцевої недостатності тощо);

- «соціальні детермінанти здоров'я» – низький рівень освіти, низький середній дохід, у т.ч. заробітна плата  $<1500 \text{ грн}$ , незадовільний рівень життя населення, пов'язані з ним безробіття, стреси, алкоголізація, відсутність мотивації в населення бути здоровими, відсутність закладу охорони здоров'я в місці проживання.

Тому система профілактики АГ має бути спрямована не тільки на кожного індивідуума, який має свої індивідуальні відмінності в генах та способі життя, але й на популяцію в цілому, яка формує його оточуюче середовище. У цьому аспекті саме концепція персоналізованої медицини (*Precision medicine*) є тим інструментом, який дасть змогу впливати на кожного індивідуума в популяції [2, 9]. На початку 2015 р. концепція персоналізованої медицини визначена одним зі стратегічних напрямів фундаментальних досліджень Національного інституту здоров'я, США, метою якої є забезпечення здоров'я окремого індивідуума та

подовження тривалості його життя шляхом застосування профілактичних або лікувальних заходів з урахуванням індивідуальних відмінностей у генах, середовищі та способі життя пацієнта. З цією концепцією тісно перетинається теорія «ідеального серцево-судинного здоров'я» (American Heart Association Strategic Planning Task Force, 2015), яка протягом останніх років широко розповсюджується в розвинених країнах світу. Ця теорія базується на основних поняттях, що стосуються галузі зміцнення здоров'я та профілактики захворювань: 1) важливості первинної (премордіальної) профілактики; 2) наявності доказів того, що ХСК та ФР їх виникнення часто розвиваються в ранньому віці; 3) потребі відповідного балансу між підходами для зміцнення здоров'я і профілактики захворювань на популяційному та індивідуальному рівнях в осіб із високим ризиком, тобто першорядне значення має зосередження на профілактиці ФР на всіх рівнях, а ухилення від несприятливих рівнів ФР може бути найбільш ефективним засобом для запобігання розвитку захворювання протягом усього життя.

Значний вклад у персоналізовану медицину мають вносити сімейні лікарі. Сімейне виховання – це індивідуальна первинна профілактика. Як правило, ідеологія сімейного виховання – це запобігання не конкретній хворобі, а профілактика захворюваності в цілому. Сімейний лікар повинен брати участь у формуванні конкретної програми родинного виховання, орієнтованої на прихильність членів сім'ї до виконання правил здорового способу життя та запобігання аліментарнозалежним хворобам.

Пацієнтові мають бути запропоновані конкретні оздоровчі заходи, що включають частіше нефармакологічні, стимулюючі природні механізми репарації: режим дня та відпочинку, фізичні вправи, правильне харчування. Консультації і допомогу в їх



реалізації пацієнт може отримати на основі мультимодальної участі з боку різних служб громадської охорони здоров'я, у тому числі фахівців із технології харчування, фізичної культури, туризму, екології, агрохімії тощо.

Таким чином, поєднання персоналізованої профілактики на основі мультимодальної системи її організації дасть змогу підвищити ефективність профілактичних заходів та їх економічну рентабельність.

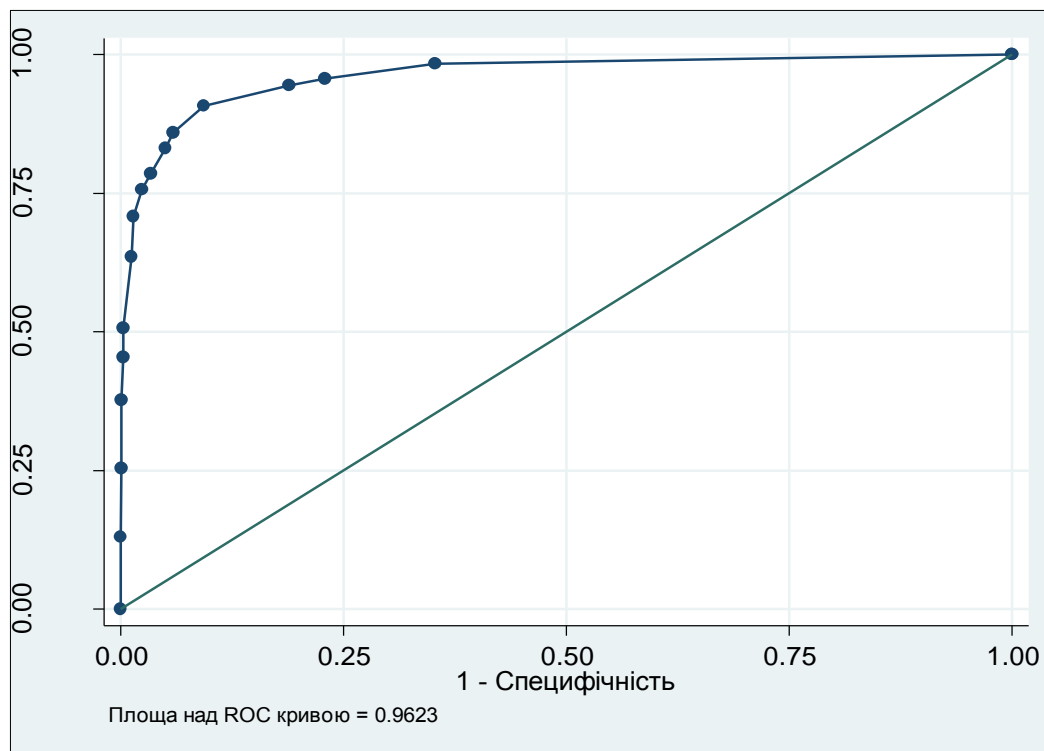


Рис. 6. Прогностична модель розвитку артеріальної гіпертензії в дорослого населення

### Висновки

Виявлено, що поряд із відомими ФР, такими як спадковість, надмірна вага, гіподинамія, надмірне споживання алкоголю, зв'язок яких доведений фундаментальними дослідженнями, для мешканців Запорізької області притаманні й інші ФР соціально-економічної спрямованості, зокрема, незадовільний рівень життя (ВШ – 4,31 [95% ДІ 3,56–5,23]), заробітна плата <1500 грн (ВШ – 2,39 [95% ДІ 1,98–2,87]), самотність (ВШ – 2,36 [95% ДІ 1,86–2,99]), безробіття (ВШ – 1,9 [95% ДІ 1,38–2,64]), низький рівень освіти (ВШ – 1,41 [95% ДІ 1,17–1,7]) та професія зі стресовими навантаженнями (ВШ – 1,34 [95% ДІ 1,09–1,63]).

Доведено, що застосування остаточної прогностичної моделі розвитку АГ із включенням найбільш значущих факторів ризику (невідповідна дієта, надмірна вага, несприятливий сімейний анамнез і низький дохід) з усіх 3 модулів «ризикова поведінка», «несприятливі фактори здоров'я» та «соціальні

детермінанти розвитку АГ» має високі операційні характеристики: чутливість – 78,6%, специфічність – 96,6%, позитивне предиктивне значення – 95,85%, негативне предиктивне значення – 81,86%, площу над ROC кривою – 0,9623.

Обґрунтовано застосування концепції персоналізованої медицини в профілактиці АГ серед дорослого населення шляхом вивчення асоціацій, між медико-соціальними ФР і розвитком АГ та визначення на їх основі 3 модулів – «ризикова поведінка», «несприятливі фактори здоров'я» й «соціальні детермінанти розвитку АГ», з яких пріоритетне значення має модуль «ризикова поведінка».

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з обґрунтуванням і запровадженням, з урахуванням прогнозованих модулів розвитку АГ серед різних прошарків дорослого населення, профілактики цієї хвороби на основі концепції персоналізованої медицини.



## Література

1. *Артеріальна гіпертензія : оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах : додаток до наказу МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» [Електронний ресурс].* – Режим доступу : [www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_2012\\_0524\\_384.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_2012_0524_384.html). – Назва з екрана.
2. *Галковская Галина* Персонализированная медицина: здравоохранение будущего? [Электронный ресурс] / Галина Галковская // *Lancet*. – 2007. – Vol. 370. – P. 829–840. – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/214475>. – Название с экрана.
3. *Моніторинг* розвитку соціальної сфери України за 2012 рік // МОЗ соціальної політики України. – Київ : Національна академія наук України, 2013. – 142 с.
4. *ADVANCE Collaboration* // *Lancet*. – 2007. – Vol. 370. – P. 829–840.
5. *Blood pressure targets in subjects with type 2 diabetes mellitus/impaired fasting glucose* / S. Bangalore [et al.] // *Circulation*. – 2011. – Vol. 123. – P. 2799–2810.
6. *Blood pressure and risk of cardiovascular diseases in type 2 diabetes: further findings from the Swedish National Diabetes Register (NDR-BP II)* / J. Cederholm, S. Gudbjornsdottir, B. Eliasson [et al.] // *J. Hypertension*. – 2012. – Vol. 30. – P. 2020–2030.
7. *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice* // *Eur. Heart J.* – 2012. – Vol. 33 (13). – P. 1635–1701.
8. *European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension* // *J. Hypertension*. – 2007. – Vol. 25. – P. 1105–1187.
9. *Personalized vascular medicine: individualizing drug therapy* / E. M. Degoma, G. Rivera, S. M. Lilly [et al.] // *Vasc. Med.* – 2011. – Vol. 16. – P. 391–404.
10. *Safety and efficacy of low blood pressures among patients with diabetes subgroup analyses from the ONTARGET (ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial)* / J. Redon, G. Mancia, P. Sleight [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2012. – Vol. 59. – P. 74–83.
11. *The ACCORD Study Group* // *New Engl. J. Med.* – 2010. – Vol. 362. – P. 1575–1585.
12. *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure.* – US Department of Health and Human Service. NIH Publication No. 03-5233, 2003. – 34 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.11.2015 р.



**Прогнозирование развития артериальной гипертензии у взрослого населения Запорожской области на основе пошагового множественного логистического регрессионного анализа***З.В. Лашкул*

ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования», г. Запорожье, Украина

**Цель** – научно обосновать модель прогнозирования развития артериальной гипертензии на основе пошагового множественного логистического регрессионного анализа и применения концепции персонализированной медицины в профилактике этого заболевания среди взрослого населения.

**Материалы и методы.** Исследованы данные социологического опроса, методы математического моделирования, статистический, системного анализа. Общепринятыми методами определен относительный риск с расчетом 95% доверительного интервала.

**Результаты.** Научно обоснована модель прогнозирования развития артериальной гипертензии на основе пошагового множественного логистического регрессионного анализа и применения концепции персонализированной медицины в профилактике болезни среди взрослого населения.

**Выводы.** Доказано, что применение окончательной прогностической модели развития артериальной гипертензии с включением наиболее значимых факторов риска имеет высокие операционные характеристики: чувствительность – 78,6%, специфичность – 96,6%, положительное предиктивное значение – 95,85%, отрицательное предиктивное значение – 81,86%, площадь над ROC кривой – 0,9623. Обосновано применение концепции персонализированной медицины в профилактике этого заболевания среди взрослого населения путем изучения ассоциаций между медико-социальными факторами риска и развитием артериальной гипертензии.

**Ключевые слова:** факторы риска артериальной гипертензии, прогностическая модель, персонализированная профилактика

**Prediction of hypertension in the adult population of Zaporizhzhya region based on multiple stepwise logistic regression analysis***Z.V. Lashkul*

SI «Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health Care of Ukraine», Zaporizhzhya, Ukraine

**Purpose** – to prove scientifically forecasting model of hypertension based on multiple stepwise logistic regression analysis; and the concept of personalized medicine in the prevention of hypertension among adults.

**Materials and methods.** Data from the survey, mathematical modeling, statistical, system analysis. It is generally accepted methods determined the relative risk with the expectation 95% confidence interval.

**Results.** Scientifically grounded forecasting model of hypertension based on multiple stepwise logistic regression analysis and the concept of personalized medicine in the prevention of hypertension among adults.

**Conclusions.** It is proved that the application of the final predictive model of hypertension with the inclusion of the most significant risk factors has high operational characteristics: sensitivity 78.60%, specificity 96.60%, positive predictive value of 95.85%, a negative predictive value of 81.86% the area of ROC curve of 0.9623. The application of the concept of personalized medicine in the prevention of hypertension among adults by examining the association between medical and social RF and the development of hypertension.

**Key words:** risk factors for hypertension, model predictive, personalized prevention.

**Відомості про автора**

**Лашкул Зінаїда Василівна** – к.мед.н., доц., заслужений лікар України, зав. кафедри соціальної медицини, організації і управління охорони здоров'я та медико-соціальної експертизи ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; вул. Чапаєва, 2, м. Запоріжжя, 69000, Україна.



УДК 614.8.067.1:616.127-005.8[(477)]

В.В. Рудень, Н.Ф. Тімченко, О.Р. Ковальська

## ПРО СТАН ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ З ПРИЧИНИ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

**Мета** – науково обґрунтувати стан втрати працездатності внаслідок гострого інфаркту міокарда серед населення України.

**Матеріали та методи.** Дослідження виконано за офіційними статистичними даними МОЗ і Держкомстату України за 2000, 2005, 2010 та 2013 рр.; використано методи ретроспективного, статистичного, математичного, структурно-логічного аналізу з дедуктивним освідомленням і врахуванням принципів системності.

**Результати.** Встановлено, що за аналізовані роки збільшилося число хворих із гострим інфарктом міокарда на 5387 (11,9%) осіб, тоді як кількість випадків із тимчасовою втратою працездатності та первинного виходу на інвалідність знизилася відповідно на 11 780 (55,3%) і 6592 (32,9%); у структурі груп стійкої втрати працездатності домінувала III група (P=49,1–84,7%), друге рейтингове місце посідала II група (P=47,0–12,8%), а третє – I група (5,7–1,3%).

**Висновки.** Незважаючи на зменшення частки тимчасової втрати працездатності та первинного виходу на інвалідність серед усіх пацієнтів із гострим інфарктом міокарда при збільшенні кількості хворих із гострим коронарним синдромом, захворюваність на гострий інфаркт міокарда з тимчасовою втратою працездатності та інвалідністю серед населення України є складною медико-соціальною проблемою та економічним тягарем для держави в цілому. А це потребує впровадження ефективної стратегії багатofакторної первинної профілактики гострого інфаркту міокарда в діяльність практичної охорони здоров'я.

**Ключові слова:** гострий інфаркт міокарда, захворюваність, економічно зайняте населення, населення працездатного віку, особи пенсійного віку, тимчасова втрата непрацездатності, інвалідність, профілактика.

### Вступ

На сьогодні беззаперечним є науковий факт, коли хвороба в людини незалежно від віку безальтернативно супроводжується певною втратою взаємозв'язку з оточуючим середовищем, що характеризується порушенням активності / зниження життєдіяльності, включаючи втрату працездатності [7].

Саме через хвороби працюючого населення Україна щорічно втрачає на певний час (тимчасова / стійка втрата працездатності) або назавжди (повна втрата працездатності) продуктивні сили [6], що безпосередньо впливає на економічні можливості країни в питанні інтеграції її народногосподарського комплексу в систему світового господарства в умовах глобалізації світового простору [14], а також на питання бюджету [2] і кошти Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності України [11] в контексті формування дохідної та витратної їх частин.

Захворюваність населення України на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) не є винятком у цьому, оскільки дана патологія, незважаючи на процес зменшення чисельності постійного населення в країні [1, 9] та малоефективну профілактику [15], в останнє десятиліття має стійку тенденцію до зростання, за показником темпу росту на +18%, при коефіцієнті поширеності даної патології серед населення країни у 2013 р. 135,7 випадку на 100 тис. населення [5].

Не менш важливим є і те, коли медична допомога пацієнту з гострим коронарним синдромом (ГКС) поєднує в класичному варіанті: лікування хворого в кардіологічному блоці інтенсивної терапії стаціонару лікарні; медичну, фізичну та психологічну реабілітацію в стаціонарі лікарні, а також кардіореабілітацію на постстаціонарний етап (амбулаторний чи санаторний) [16], що і робить процес лікування ГІМ довготривалим і фінансово збитковим як для бюджету країни, самого хворого/сім'ї, медичної галузі, діючої системи соціального страхування, так і для економічного комплексу держави.

**Мета роботи** – науково обґрунтувати стан втрати працездатності внаслідок ГІМ серед населення України.

### Матеріали та методи

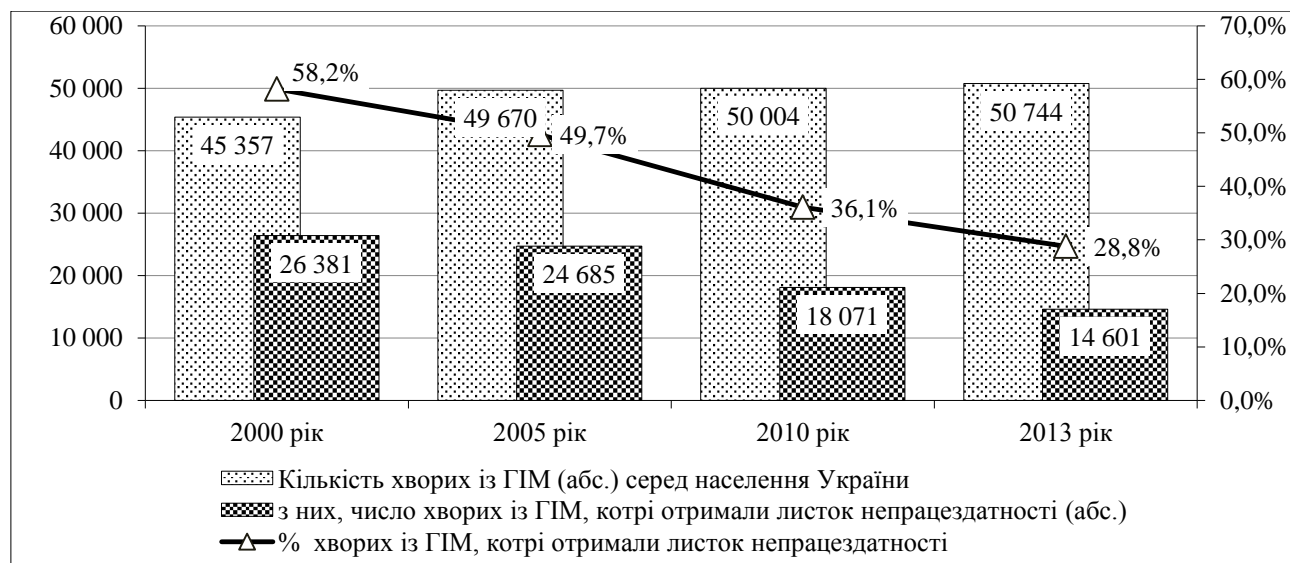
У роботі використано офіційні статистичні дані МОЗ України [8, 10], Державної служби статистики України [13] за 2000, 2005, 2010 та 2013 рр.; застосовано історичний, медико-статистичний методи дослідження, а також методи структурно-логічного аналізу й дедуктивного освідомлення, що базувалося на принципах системного підходу та системного аналізу. Статистичні дані опрацьовано та проаналізовано автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм Microsoft Office Excel 2010.



### Результати дослідження та їх обговорення

Отримані результати наукового дослідження за аналізовані роки засвідчили (рис. 1) таку особливість у стані

захворюваності на ГІМ, як початок у 2000 р. так званого «перехресного переходу» між збільшенням кількості хворих на ГІМ і зменшенням числа осіб із тимчасовою втратою працездатності (ТВП) унаслідок цієї патології.



**Рис. 1.** Стан тимчасової непрацездатності серед хворих на гострий інфаркт міокарда в Україні за 2000–2013 рр. (абс.; %)

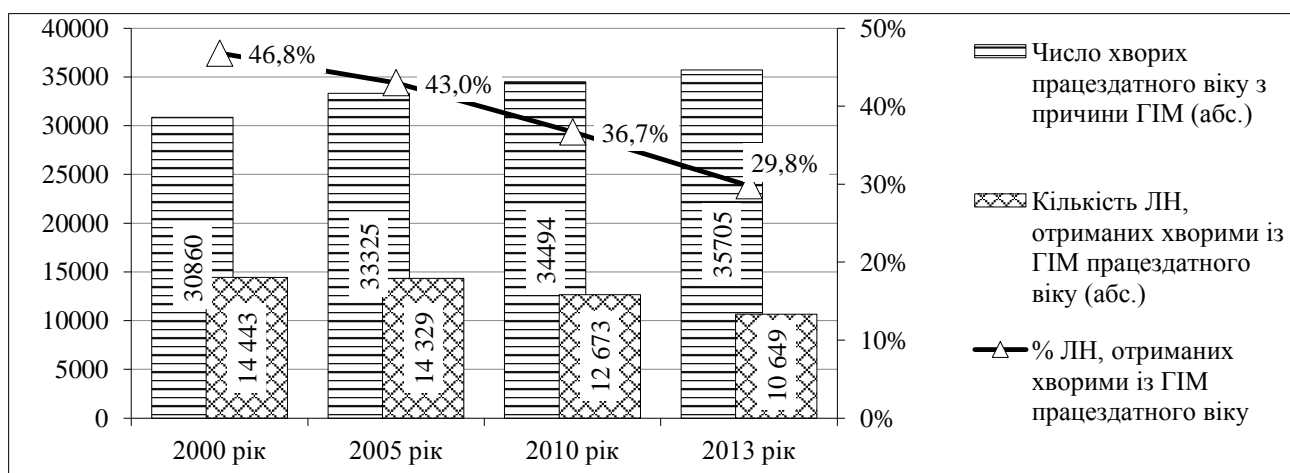
У 2013 р. число хворих із ГІМ порівняно з 2000 р. за показником абсолютного приросту збільшилося на 5387 осіб, або на 11,9%, і склало 50 744 пацієнти.

При цьому рівень ТВП унаслідок ГІМ знизився по країні у 2013 р. за показником темпу зменшення на 11780 осіб, або на 55,3%, порівняно з даними 2000 р., що склало 14601 пацієнт, або 28,8%, які отримали листок непрацездатності (ЛН) від загального числа госпіталізованих із даною патологією.

Слід зазначити, що, за показником співвідношення 1 випадок ТВП унаслідок ГІМ у 2000 р. припав на 1,8 пацієнта з ГІС, тоді як цей індекс вже у 2013 р. становив 1:3,5.

Враховуючи нестабільну економічну ситуацію в країні, зокрема, в питаннях зайнятості та напруги на ринку праці, а також недосконалості регулювання попиту й пропозиції робочої сили з боку держави [3], нами вивчався стан ТВП у хворих із ГІМ серед пацієнтів працездатного віку.

Встановлено, що ЛН у зв'язку з ГІМ зайнятим на виробництвах пацієнтам (рис. 2) видавали, відповідно до числового виразу показника темпу росту, у 2013 р. на 26,3% менше ( $n = -3794$ ), ніж у 2000 р., коли цей документ отримали 14 443 пацієнти з даною патологією.



**Рис. 2.** Стан тимчасової непрацездатності серед хворих на гострий інфаркт міокарда з числа пацієнтів працездатного віку за 2000–2013 рр. в Україні (абс.; %)

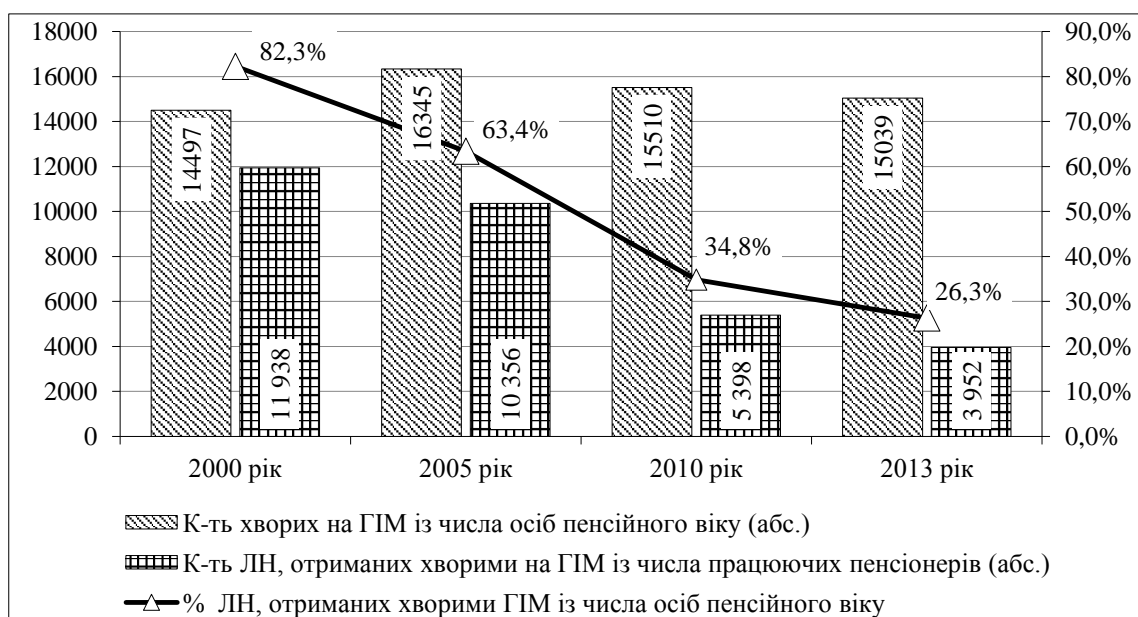


Доведено, що питома вага працюючих пацієнтів, які одержали ТВП через ГКС, у 2013 р. становила 29,8% (10 649 осіб) від загального числа випадків ГІМ серед осіб працездатного віку, що було за показником темпу росту на 36,3% менше, ніж у 2000 р., де цей коефіцієнт становив 46,8% (14 443 особи).

У співвідношенні між числом виданих ЛН працевлаштованим хворим із ГКС і кількістю хворих на ГІМ, спроможних працювати за віком, в аналізовані роки даний показник засвідчив, що його числовий вираз у 2000 р. становив 1:2,2; у 2005 р. – 1:2,4; у 2010 р. – 1:2,8, а у 2013 р. – 1:3,4, що також вказувало на загальну тенденцію до зменшення ТВП із причини зменшення в країні працюючого населення [4].

Згідно із законодавством України, «... держава гарантує кожному ветерану праці та громадянину похилого віку ... реалізацію права на працю відповідно до професійної підготовки, трудових навичок і з урахуванням стану здоров'я» [12], а це означає, що в країні є така категорія населення, як працюючі пенсіонери.

Зважаючи на те, що за показником структури захворюваності ГІМ реєструвався протягом 2000–2013 рр. у 2,18 разу частіше серед осіб пенсійного віку ( $68,6 \pm 0,7\%$ ), ніж серед населення працездатного віку ( $31,4 \pm 0,7\%$ ), нами вивчалася чисельність працюючих пенсіонерів серед даної категорії хворих з отриманням ЛН (рис. 3).



**Рис. 3.** Стан тимчасової непрацездатності серед хворих на гострий інфаркт міокарда з числа осіб пенсійного віку за 2000–2013 рр. в Україні (абс.; %)

З'ясовано, що за аналізовані роки, незважаючи на збільшення кількості хворих ГІМ серед осіб пенсійного віку на 3,8% (на 542 особи), число отримання ЛН унаслідок даної патології серед працюючих пенсіонерів зменшилося за показником темпу зниження в 3,1 разу (на 7986 осіб) (з 11 938 випадків у 2000 р. до 3952 епізодів у 2013 р.).

При цьому частота осіб із ТВП серед хворих із категорії пенсіонерів характеризувалася тотальною тенденцією до зменшення у 2013 р. (26,3 випадку ТВП на 100 пенсіонерів, хворих на ГІМ) у 3,1 разу порівняно з 2000 р., де даний індекс становив 82,3 випадки ТВП на 100 пенсіонерів, хворих на ГІМ.

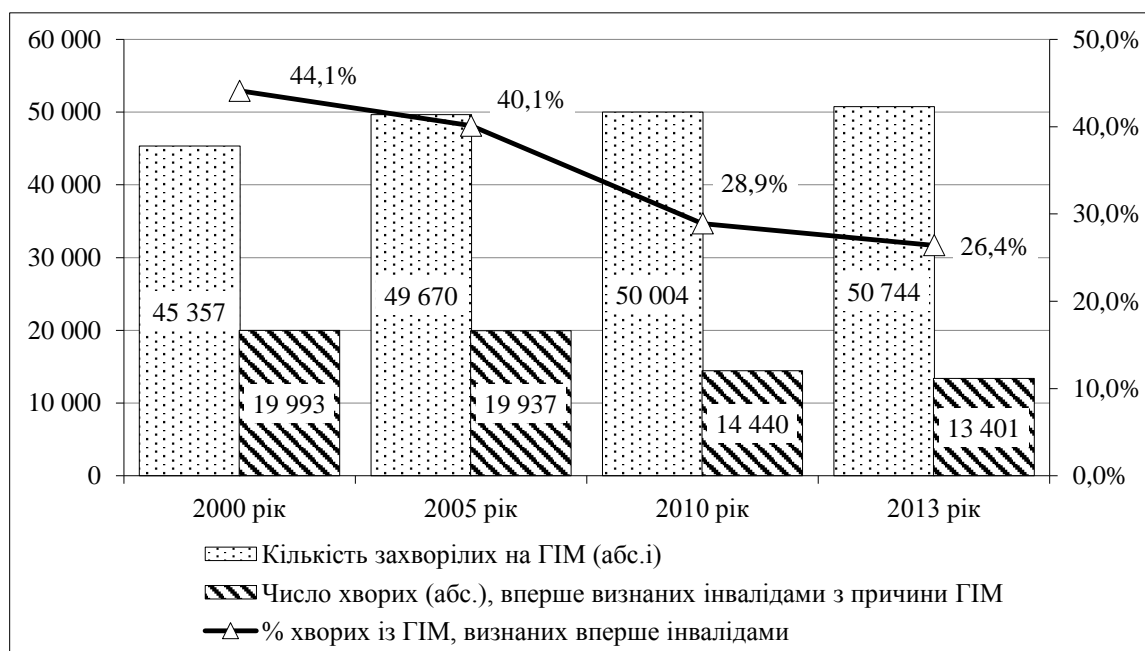
На користь зменшення числа видачі ЛН пацієнтам із ГІМ серед осіб пенсійного віку засвідчили співвідношення: у 2000 р. число ЛН до кількості хворих пенсійного віку на цю патологію становило 1:1,2; у 2005 р. – 1:1,6; у 2010 р. – 1:2,9, а у 2013 р. – 1:3,8.

У процесі дослідження в контексті втрати працездатності вивчався стан інвалідності внаслідок ГІМ.

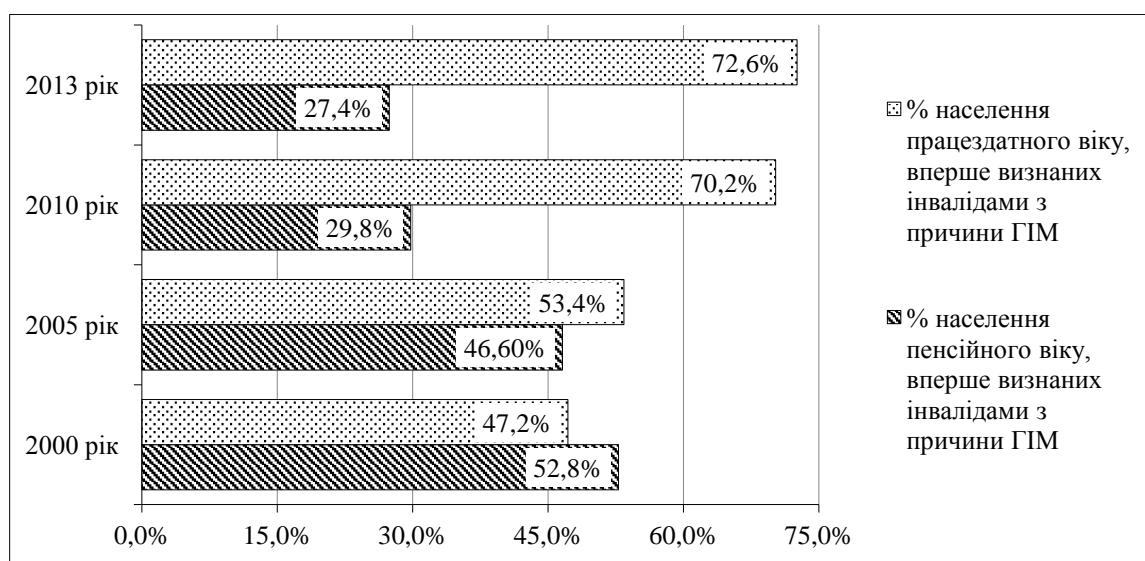
Аналіз (рис. 4) абсолютних даних стосовно первинного виходу на інвалідність населення України з причини ГІМ за 2000–2013 рр. засвідчив пряму тенденцію до зменшення цього явища на 32,97% (на 6592 особи): з 19 993 випадків первинного виходу на інвалідність унаслідок ГІМ у 2000 р. до 13 401 випадку у 2013 р. Частка вперше визнаних інвалідами від загального числа пролікованих хворих стосовно даної патології також підтвердила дану тенденцію: індекс темпу зменшення становив -40,1% (з 44,1% випадків інвалідності у 2000 р. до 26,4% епізодів у 2013 р.).

Аналіз показників первинного виходу на інвалідність унаслідок ГІМ (рис. 5) вказав на зменшення цього суспільного явища на 48,1% серед когорти пацієнтів пенсійного віку ( $52,8\%$  – у 2000 р. та  $27,4\%$  – у 2013 р.), тоді як в абсолютному виразі аналізовані дані у 2013 р. серед осіб пенсійного віку за показником темпу росту зменшилися на 6889 випадків ( $n=3674$ ) порівняно з 2000 р.





**Рис. 4.** Кількість вперше визнаних інвалідами з причини гострого інфаркту міокарда від загального числа пролікованих із даною патологією за 2000–2013 рр. в Україні (абс.; %)



**Рис. 5.** Показники первинного виходу на інвалідність із причини гострого інфаркту міокарда в населення працездатного та пенсійного віку за 2000–2013 рр. в Україні (%)

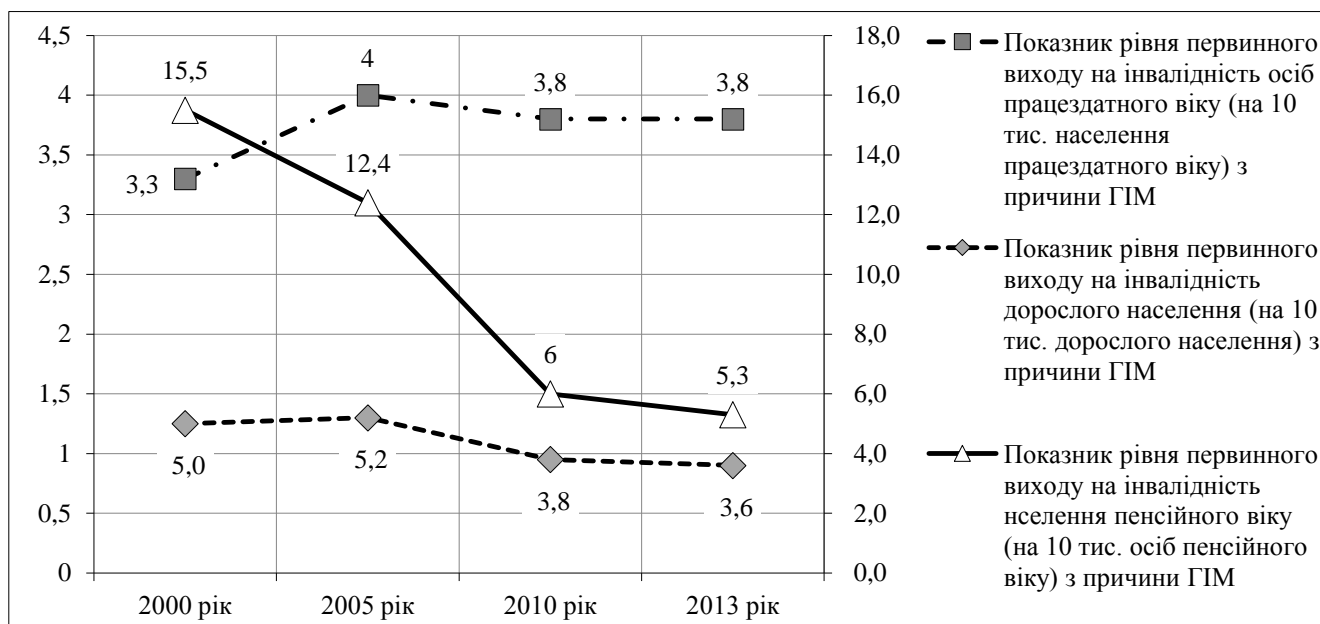
Стосовно первинного виходу на інвалідність унаслідок ГІМ серед осіб працездатного віку в аналізовані роки відзначалася тенденція до збільшення питомої ваги даного явища у 2013 р. на 53,8%, що становило 72,6% порівняно з 2000 р. (47,2%).

Аналіз показників рівня первинного виходу на інвалідність дорослого населення в Україні, у тому числі серед осіб працездатного та пенсійного віку (рис. 6) з причини ГІМ у 2000–2013 рр., переконливо засвідчив тенденцію до зниження аналізованого рівня серед усього

дорослого населення у 2013 р. порівняно з 2000 р. за показником темпу зменшення -28% ( $n=6592$ ): з 5,0 випадку первинного виходу на інвалідність унаслідок ГІМ на 10 тис. дорослого населення до 3,6 випадку.

Дане упередження напряму стосувалося й когорти населення пенсійного віку, де спостерігалася різке зниження за показником темпу зменшення – -65,8% ( $n=6889$ ): з 15,5 випадку первинної інвалідності унаслідок ГІМ на 10 тис. осіб пенсійного віку у 2000 р. до 5,3 випадку у 2013 р.





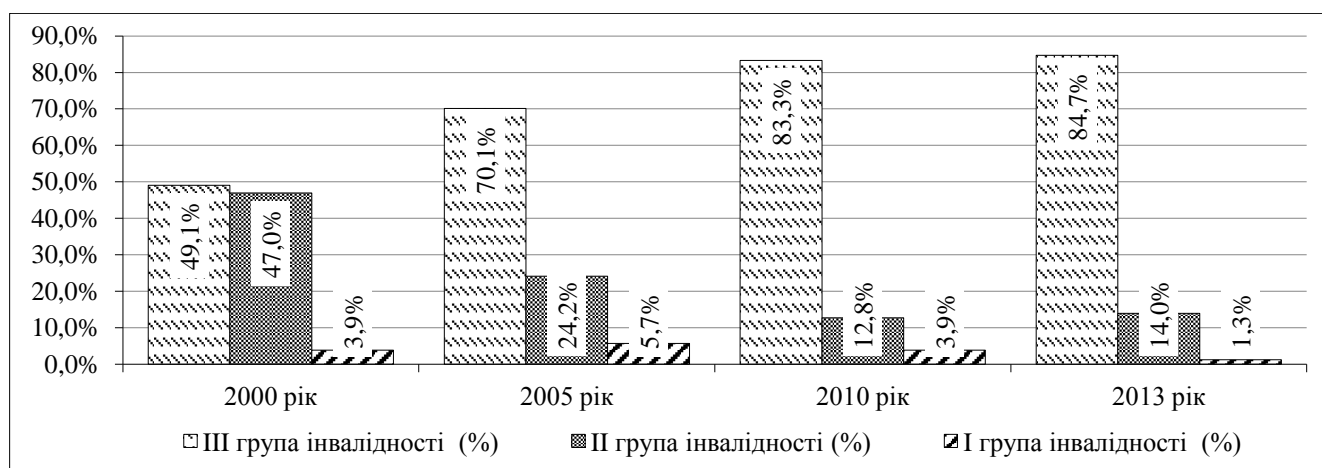
**Рис. 6.** Рівень первинного виходу на інвалідність серед дорослого населення, у тому числі працездатного та пенсійного віку (на 10 тис. населення відповідного віку), з причини гострого інфаркту міокарда за 2000–2013 рр. в Україні

Стосовно рівня первинного виходу на інвалідність за наслідком ГІМ працездатного населення України виявлено зростання відповідно до ознаки темпу приросту на 15,2% аналізованого індексу у 2013 р. порівняно з 2000 р., що становило 3,8 випадку первинного виходу на інвалідність унаслідок ГІМ серед працездатних осіб на 10 тис. населення працездатного віку у 2013 р. порівняно з 3,3 випадку у 2000 р.

У зв'язку з медичними показаннями в стані здоров'я пацієнтів, які перенесли ГІМ і залежно від

ступеня обмеження їх життєдіяльності, МСЕК встановлює відповідні групи інвалідності.

У дослідженні аналізувалися показники структури первинного виходу на інвалідність із причини ГІМ за групами інвалідності (рис. 7). Показник питомої ваги І групи інвалідності за досліджувані роки знаходився в межах 5,7–1,3% і носив хвилюподібний характер із підйомом у 2005 р. ( $P=5,7\%$ ) і спадом у 2010 ( $P=3,9\%$ ) і 2013 ( $P=1,3\%$ ) роках.



**Рис. 7.** Структура первинної інвалідності з причини гострого інфаркту за групами серед населення України за 2000–2013 рр. (%)

За абсолютним виразом кількість населення, якому вперше встановлена І група інвалідності унаслідок ГІМ, у 2013 р. становила 174 особи, тоді як у 2000 р. – 780, у 2005 р. – 1136, у 2010 р. – 563 інваліди. Цей показник носив хвилюподібний характер із підйомом у 2005 р. та

характеризувався різким спадом, про що засвідчив індекс темпу приросту –  $-77,7\%$  ( $n=606$ ).

Аналогічна тенденція спостерігалася серед осіб, яким була встановлена II група інвалідності унаслідок ГІМ, де показник темпу приросту за аналізовані роки за



питомою вагою становив -70,2%, а показник темпу росту в абсолютному виразі зменшився в 5 разів.

На протигагу проаналізованим I та II групам інвалідності, вперше встановлена III група інвалідності унаслідок ГІМ характеризувалася тенденцією до збільшення в досліджуваний період, про що засвідчили як показник темпу росту за частотою її встановлення в +1,7 разу, так і індекс темпу приросту – +15,6% (n=+1535) у кількісному виразі осіб із III групою інвалідності.

### Висновки

Встановлено, що у 2000–2013 рр. серед загального числа пацієнтів із ГІМ зменшилася частка ТВП на 44,7% (на 11 780 осіб) і первинного виходу на інвалідність на 32,9% (на 6592 особи) при збільшенні кількості хворих на

ГКС у 2013 р. на 11,9% (на 5387 осіб), що становило 50 744 випадки.

Доведено, що захворюваність на ГКС із ТВП та інвалідністю серед населення України є складною медико-соціальною проблемою та економічним тягарем для держави в цілому. А це потребує впровадження ефективної стратегії багатофакторної первинної профілактики ГІМ у діяльність практичної охорони здоров'я з метою позитивного впливу на якість життя людини та трудового потенціалу країни.

### Перспективи подальших досліджень

У подальшому вивчатимуться прямі та непрямі економічні збитки внаслідок ТВП та інвалідності серед хворих на ГІМ як для держави, так і для суспільства.

### Література

1. *Барило І. М.* Особливості сучасних демографічних процесів регіонів України [Електронний ресурс] / І. М. Барило, Т. Г. Погребський, Є. Ю. Телебенева // Економічна та соціальна географія : наук. зб. / [ред. кол.: С. І. Іщук (відп. ред.) та ін.]. – 2014. – Режим доступу : <http://ekhnuir.univer.kharkov.ua/handle/123456789/9782>. – Назва з екрана.
2. *Бюджетна система* : підручник / за ред. С. І. Юрія, В. Г. Дем'янишина, О. П. Кириленко. – Тернопіль : ТВПЕУ, 2013. – 624 с.
3. *Глевацька Н. М.* Зайнятість населення України в умовах нестабільної економічної ситуації: основні проблеми і напрями їх вирішення [Електронний ресурс] / Н. М. Глевацька, В. А. Михайлович // Наукові праці КНТУ. Економ. науки. – 2010. – Вип. 17. – Режим доступу : [http://www.kntu.kr.ua/doc/zb\\_17\\_ekon/stat\\_17/29.pdf](http://www.kntu.kr.ua/doc/zb_17_ekon/stat_17/29.pdf). – Назва з екрана.
4. *Лук'яновець А.* Пенсійне забезпечення в Україні [Електронний ресурс] / А. Лук'яновець // Острозька Академія : науковий блог. – Режим доступу : <http://naub.ua.edu.ua/author/artur-lukianovets>. – Назва з екрана.
5. *Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз: аналітично-статистичний посібник* / за ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – Київ : СПД ФО «Коломіцин В. Ю.», 2013. – 239 с.
6. *Миронова Л. Г.* Аналіз та прогнозування рівня трудового потенціалу України [Електронний ресурс] / Л. Г. Миронова // Ефективна економіка. – 2011. – № 9. – Режим доступу : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=694>. – Назва з екрана.
7. *Міжнародні інструктивно-методичні матеріали про життєдіяльність людини та її порушення* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://helpiks.org/3-25078.html>. – Назва з екрана.
8. *Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2002 рік* : аналіт.-інформ. довід. / Укр. держ. н.-д. ін-т медико-соц. пробл. інвалідності ; В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні [та ін.]. – Дніпропетровськ : Пороги, 2001, 2006, 2011, 2014.
9. *Офіційний сайт Державної служби статистики України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрана.
10. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2000–2013 роки* / Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ, 2001–2014.
11. *Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням* : Закон України від 18.01.2001 р. № 2240-III (із змінами та доповненнями) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2240-14>. – Назва з екрана.
12. *Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні* : Закон України від 16.12.1993 р. № 3721-XII (зі змінами та доповненнями) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3721-12>. – Назва з екрана.
13. *Соціальний захист населення України: статистичний збірник* / Державна служба статистики України / відповідальний за випуск І. В. Калачова. – Київ, 2014. – 130 с.
14. *Стратегічні виклики XXI століття суспільству та економіці України: монографія*. В 3 т. / за ред. акад. НАН України В. М. Гейця, акад. НАН України В. П. Семиноженка, чл.-кор. НАН України Б. Є. Кваснюка. – Київ : Фенікс, 2007. – 539 с.
15. *Уваренко А. Р.* Превентивна медицина: монографія. – Житомир : Полісся, 2014. – 88 с.
16. *Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Гострий коронарний синдром з елевациєю сегмента ST* : наказ МОЗ України від 02.07.2014 р. № 455 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.dec.gov.ua>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.09.2015 р.



**О состоянии потери работоспособности  
среди населения Украины вследствие  
острого инфаркта миокарда**

*В.В. Рудень, Н.Ф. Тимченко, О.Р. Ковальская*  
Львовский национальный медицинский университет  
имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

**Цель** – научно обосновать состояние потери трудоспособности вследствие острого инфаркта миокарда среди населения Украины.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено по официальным статистическим данным Минздрава и Госкомстатистики Украины за 2000, 2005, 2010 и 2013 гг.; использованы методы ретроспективного, статистического, математического, структурно-логического анализа с дедуктивным осведомлением и учетом принципов системности.

**Результаты.** Установлено, что за анализируемые годы увеличилось число больных с острым инфарктом миокарда на 5387 (11,9%) человек, тогда как количество случаев по временной потере трудоспособности и первичному выходу на инвалидность снизилось соответственно на 11 780 (-55,3%) и 6592 (32,9%); в структуре групп стойкой потери трудоспособности доминировала III группа (P=49,1–84,7%), второе рейтинговое место занимала II группа инвалидности (P=47, 0–12,8%), а третья – I группа (5,7–1,3%).

**Выводы.** Несмотря на уменьшение количества лиц с вторичной потерей трудоспособности и первичным выходом на инвалидность среди всех пациентов с острым инфарктом миокарда при увеличении количества больных острым коронарным синдромом, заболеваемость острым инфарктом миокарда с вторичной потерей трудоспособности и инвалидностью среди населения Украины является сложной медико-социальной проблемой и экономическим бременем для государства в целом. А это требует внедрения эффективной стратегии многофакторной первичной профилактики острого инфаркта миокарда в деятельность практического здравоохранения.

**Ключевые слова:** острый инфаркт миокарда, заболеваемость, экономически занятое население, люди трудоспособного возраста, лица пенсионного возраста, временная потеря нетрудоспособности, инвалидность, профилактика.

**About the state of loss of work capacity  
among the population of Ukraine due to causes  
of acute myocardial infarction**

*V.V. Ruden, N.F. Timchenko, O.R. Kovalska*  
Danylo Halytsky Lviv National Medical University,  
Lviv, Ukraine

**Purpose** – scientific grounding of the state of loss of work capacity caused by acute myocardial infarction among the population of Ukraine.

**Materials and methods.** Done according to official statistical data of MoH and the State Statistics Committee of Ukraine for 2000, 2005, 2010 and 2013 using the retrospective, statistical, mathematical, structural and logical analysis with deductive awareness and taking into account the principles of systematic.

**Results.** It is established that according to the analyzed years increased the number of patients with acute myocardial infarction up to +5387 (+11,9%) persons, while the number of cases with TLWC and the primary disability retirement decreased respectively by 11780 (55,3%) and by 6592 (32,9%) episodes and the III group was dominant (P=49,1–84,7%) in the structure of the groups of permanent loss of work capacity, the II group (P=47,0–12,8%) had the second rating place, the significance of the I group was within 5,7–1,3%.

**Conclusions.** In spite of the decrease among the general number of patients with acute myocardial infarction the specific weight of TLWC and the primary disability retirement by increasing the number of patients with ACS, ACS morbidity with TLWC and disability among the population of Ukraine is the complicated medical-social problem and economic burden for the state and society, requiring the implementation in activity of practical health care the effective multifactor strategy of the primary prevention of acute myocardial infarction.

**Key words:** acute myocardial infarction, morbidity, economically occupied population, people of working age, persons of retirement age, temporary loss of work capacity, disability, prevention.

**Відомості про авторів**

**Рудень Василь Володимирович** – заслужений лікар України, академік АН ВО України, д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів-10, 79010, Україна.

**Тимченко Наталія Федорівна** – асистент кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів-10, 79010, Україна.

**Ковальська Оксана Романівна** – к.мед.н., асистент кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів-10, 79010, Україна.



УДК 616.9:614.446.001.57

Г.О. Слабкий<sup>1</sup>, В.Й. Шатило<sup>2</sup>, О.О. Шнута<sup>3 4</sup>

## ХАРАКТЕРИСТИКА ОПТИМІЗОВАНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ТА ПАРАЗИТАРНИХ ХВОРОБАХ

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна<sup>2</sup>Житомирський інститут медсестринства, м. Житомир, Україна<sup>3</sup>Житомирське міськрайонне управління Головного управління Держсанепідслужби в Житомирській області, м. Житомир Україна<sup>4</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – обґрунтувати та розробити оптимізовану функціонально-організаційну модель надання первинної медико-санітарної допомоги при інфекційних та паразитарних хворобах.

**Методи:** бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання, системного підходу.

**Результати.** Обґрунтована та розроблена функціонально-організаційна модель є комплексною і охоплює всі напрямки діяльності: первинну профілактику інфекційних та паразитарних хвороб; протиепідемічну роботу у вогнищі хвороби; надання медичної допомоги та лікування хворих на інфекційні та паразитарні хвороби; у необхідних випадках госпіталізацію хворих на інфекційні та паразитарні хвороби з наступним проведенням заходів санітарно-протиепідемічного характеру; диспансерний нагляд за реконвалесцентами із забезпеченням розробки індивідуальних програм реабілітації та їх виконання; виявлення бактеріоносіїв та їх оздоровлення.

**Висновки.** Розроблена функціонально-організаційна модель надання первинної медико-санітарної допомоги при інфекційних і паразитарних хворобах забезпечить підвищення її якості та ефективності.

**Ключові слова:** інфекційні та паразитарні хвороби, медична допомога, первинний рівень, модель.

### Вступ

Інфекційні хвороби становлять загрозу розвитку людства, оскільки є причиною третини загальної щорічної кількості смертей у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), смертність хворих унаслідок інфекційних хвороб посідає друге місце у світі [3, 7]. При цьому ВООЗ оголосила ХХІ століття віком вірусів. Найбільш масовими захворюваннями є грип і парагрип, гепатити (А, В, С) та ВІЛ/СНІД [8, 12].

Однією з найбільш актуальних проблем інфекційної патології є гострі кишкові інфекції. За даними ВООЗ, щорічно у світі реєструється понад 4 млрд випадків захворювань на кишкові інфекції, при цьому захворюваність серед дітей перевищує таку в дорослих [4, 6].

В Україні щороку на інфекційні хвороби хворіють від 616 991 до 1 020 947 осіб (без урахування грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій – ГРВІ) [1, 5, 10].

Актуальність проблеми інфекційної захворюваності в Україні значно посилюється недосконалістю організації надання медичної допомоги хворим на інфекційну патологію на первинному рівні, розвиток якої є пріоритетним в охороні здоров'я України [2, 9, 11].

**Мета роботи** – обґрунтувати і розробити оптимізовану функціонально-організаційну модель

надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) при інфекційних та паразитарних хворобах (ІПХ).

**Методи:** бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання, системного підходу.

### Результати дослідження та їх обговорення

Обґрунтована та розроблена оптимізована функціонально-організаційна модель надання первинної медико-санітарної допомоги при інфекційних і паразитарних хворобах представлена на рисунку.

Стратегічним напрямом моделі є забезпечення епідеміологічного благополуччя населення, якому лікар загальної практики – сімейний лікар (ЛЗПСЛ) надає ПМСД.

Тактичним напрямком моделі є проведення комплексної профілактичної роботи серед населення та надання хворим, реконвалесцентам і бактеріоносіям медичної допомоги і проведення профілактичної та лікувальної роботи серед контактних за місцем їх проживання (сім'я) і роботи чи навчання. При цьому чітко визначені експертним шляхом обсяг роботи, яку виконує ЛЗПСЛ самостійно, за консультативної підтримки лікарів-спеціалістів, а також нозології і стани, при яких пацієнт, хворий на ІПХ, скеровується на вищі рівні надання медичної допомоги.



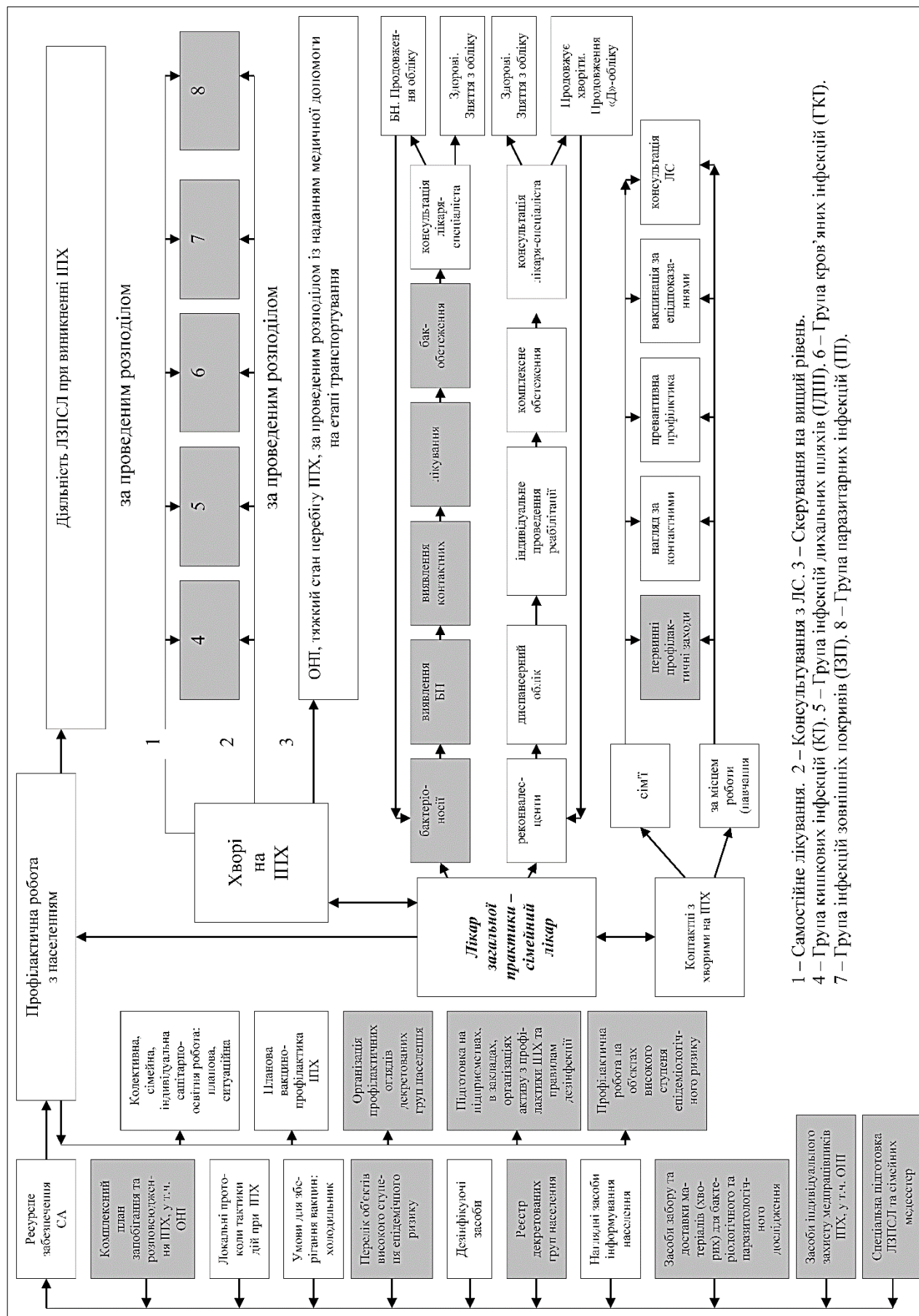


Рис. Оптимізована функціонально-організаційна модель надання первинної медико-санітарної допомоги при інфекційних та паразитарних хворобах



Центральним елементом системи є ЛЗПСЛ, який забезпечує проведення комплексу протиепідемічних заходів серед населення.

Для здійснення діяльності щодо забезпечення населення епідеміологічного благополуччя ЛЗПСЛ повинен мати відповідне ресурсне забезпечення.

До ресурсного забезпечення організаційного забезпечення ми вперше віднесли наявність комплексного плану запобігання і поширення ІПХ, у тому числі особливо небезпечним інфекціям (ОНІ).

Складові такого плану:

*Основні заходи:* облік та статистичний аналіз захворюваності населення на ІПХ, регулярне проведення засідань міжсекторальних комісій (надзвичайних протиєпізоотичних комісій – НПК, комісій техногенно-екологічної безпеки і надзвичайних ситуацій – ТЕБ і НС тощо) місцевих органів влади із представниками зацікавлених сторін (Міністерства внутрішніх справ, Міністерства надзвичайних ситуацій тощо), підготовка кадрів і закладів охорони здоров'я до проведення протиєпідемічних заходів і роботи в період епідемічного підйому захворюваності на ІПХ.

Даний план розробляється для кожної сімейної амбулаторії, погоджується з органами місцевого самоврядування та затверджується головним лікарем центру ПМСД.

Уперше ЛЗПСЛ проводить профілактичну роботу з декретованими контингентами, яку раніше проводили спеціалісти санітарно-епідеміологічної станції (СЕС), для чого він повинен мати перелік об'єктів високого ступеня епідемічного ризику та реєстр населення, яке відноситься до декретованої групи.

Враховуючи первинне звернення пацієнтів з інфекційними та паразитарними хворобами до ЛЗПСЛ і важливість бактеріологічного дослідження первинного матеріалу, до початку специфічного лікування, сімейні амбулаторії мають бути оснащені засобами з метою забору й доставки до бактеріологічної лабораторії первинного матеріалу для проведення бактеріологічного та паразитарного дослідження. Це засоби матеріально-технічного забезпечення.

Враховуючи можливість звернення до ЛЗПСЛ хворих на висококонтагіозні інфекційні хвороби та ОНІ, лікар має бути захищеним від особистого інфікування. Нами до даного переліку внесені засоби індивідуального захисту медичних працівників при наданні медичної допомоги таким пацієнтам.

Чинними табелями оснащення сімейних амбулаторій, затвердженими МОЗ України, не передбачена наявність ні засобів забору матеріалів у хворих на інфекційні хвороби для бактеріологічного дослідження, ні засобів індивідуального захисту медичних працівників при наданні медичної допомоги пацієнтам при ІПХ.

До інших складових ресурсного забезпечення, наявність яких у сімейних амбулаторіях є обов'язковою, нами віднесені:

- локальні протоколи з організації та надання медичної допомоги при ІПХ;

- наглядні та друковані засоби інформування населення з питань профілактики та тактики дій при ІПХ: плакати, листівки, буклети, санітарні бюлетені тощо;

- дезінфікуючі засоби в достатній кількості та асортименті.

Важливою складовою ресурсного забезпечення нами передбачена наявність достатнього рівня підготовки (теоретичної та практичної) ЛЗПСЛ і сімейних медичних сестер із питань організації та забезпечення епідеміологічного благополуччя населення й надання медичної допомоги при ІПХ. Для цього нами запропоновано МОЗ України організувати для них цикли тематичного удосконалення. До проходження таких курсів для медичних працівників первинної ланки необхідно організувати тренінги із зазначених питань на базі регіональних тренінгових центрів ПМСД.

Основою діяльності ЛЗПСЛ щодо забезпечення епідеміологічного благополуччя населення є комплексна планова безперервна профілактична робота на рівні громади. Згідно із запропонованою моделлю, вона включає заходи, які на сьогодні ЛЗПСЛ використовуються, так і нові для них функції та заходи.

До заходів, які вже використовуються, але є обов'язковими в моделі, нами віднесені:

- санітарно-освітня робота з пропаганди санітарних знань і профілактики ІПХ. Така робота має проводитися планово і охоплювати все населення, а не оцінюватися кількістю проведених заходів, як це робиться в теперішній час. Формами комунікаційного впливу мають стати колективні заходи на підприємствах, організаціях і закладах, які підкріплюються груповими заняттями в «школах здоров'я», а основою такої роботи має стати освітня робота на рівні сім'ї та індивідуальні форми комунікацій;

- планова вакцинація населення відповідно до календаря щеплень із контролем рівня колективного імунітету.

До заходів профілактичної спрямованості, які рекомендовані нами ЛЗПСЛ і внесені до запропонованої моделі, належать:

- організація профілактичних оглядів декретованої групи населення відповідно до програм, затверджених МОЗ України;

- профілактична робота на об'єктах високого ступеня епідемічного ризику (контрольну та наглядову функції, згідно з чинним законодавством, ЛЗПСЛ здійснювати не може). Для проведення профілактичної роботи на вказаних об'єктах нами рекомендоване укладання відповідних угод між власником об'єкту та центром ПМСД в особі головного лікаря.

Наступна діяльність ЛЗПСЛ пов'язана з наданням медичної допомоги хворим при ІПХ.

ЛЗПСЛ проводить лікувальні заходи залежно від нозологічної форми та стану пацієнта самостійно, під консультуванням лікаря-спеціаліста (лікаря-інфекціоніста) чи скеровує на вторинний рівень медичної допомоги.

Обов'язковій госпіталізації підлягають хворі на ОНІ; пацієнти з хворобами, визначеними за результатами



експертного розподілу; дорослі, незалежно від нозологічної форми з тяжким перебігом хвороби; діти, незалежно від нозологічної форми з перебігом середньої тяжкості й тяжким перебігом. ЛЗПСЛ організовує госпіталізацію таких пацієнтів, у тому числі забезпечує транспортом сімейної амбулаторії з наданням невідкладної допомоги в амбулаторії та на етапі госпіталізації.

При виявленні підозри на ОНІ припиняється доступ у сімейну амбулаторію відвідувачів, пацієнт ізолюється, а після госпіталізації проводиться санітарна обробка автотранспорту, на якому транспортувався хворий, та заключна санітарна обробка приміщення амбулаторії з подальшим бактеріологічним дослідженням змивів.

Не менш важливим розділом роботи, як організація лікування хворих на ІПХ, є виявлення та організація роботи з контактними особами. Вона проводиться як за місцем проживання (рівень сім'ї та побутових контактів), так і за місцем роботи чи навчання.

Обсяг діяльності ЛЗПСЛ із контактними особами полягає в такому:

- проведення первинних профілактичних заходів: визначення обсягів вогнища інфекції; встановлення контингенту контактних осіб та наявності в них щеплень; складання списку осіб, що підлягають вакцинації за епідепоказаннями; відбір і доставка матеріалу для бактеріологічного дослідження від контактних осіб; організація та контроль проведення поточної та заключної дезінфекції у вогнищі інфекції;
- медичний нагляд за контактними: проводиться за розробленими програмами відповідно до нозологічної форми ІПХ;
- превентивна профілактика: проводиться за розробленими програмами відповідно до нозологічної форми ІПХ;
- вакцинація за епідеміологічними показаннями: проводиться за складеними списками осіб, які їй підлягають;
- консультування лікаря-спеціаліста: проводиться за направленням ЛЗПСЛ із метою визначення подальшої тактики стосовно контактної особи.

Враховуючи відсутність спеціальної служби для проведення дезінфекції, ЛЗПСЛ має в кожній організації, закладі та підприємстві навчити визначених наказом у вказаних організаціях працівників проведенню дезінфекції.

Важливими складовими моделі є робота з бактеріоносійми.

Дана робота, яка в обов'язки ЛЗПСЛ вводиться вперше, полягає в такому.

ЛЗПСЛ проводять виявлення бактеріоносіїв двома шляхами:

- за медичними показаннями обстеження, коли населення звертається по медичну допомогу з наявністю певних скарг;
- при проведенні профілактичних оглядів декретованих груп населення.

Виявлені бактеріоносії беруться ЛЗПСЛ під диспансерний облік, і їм призначається курс лікування.

Крім того, відповідно до затвердженого МОЗ України переліку, певні представники декретованої групи населення на період лікування відстороняються від виконання своїх обов'язків.

Після проведеного курсу лікування проводиться повторне обстеження. Обстеження проводиться трикратно. Після обстеження бактеріоносій скеровується на консультацію до лікаря-інфекціоніста.

При невиявленні бактеріоносійства пацієнт знімається з обліку і йому даються рекомендації санітарного характеру.

При виявленні факту бактеріоносійства йому призначається повторний курс лікування і продовжується диспансерний нагляд.

У роботі ЛЗПСЛ із надання ПМСД при ІПХ, що і включено в запропоновану модель, важливе місце займає робота з реконвалесцентами.

Особи, які перенесли ІПХ, беруться ЛЗПСЛ під диспансерний нагляд. На кожного з них розробляється індивідуальна програма реабілітації.

Програми реабілітації включають такі розділи:

- медикаментозна реабілітація;
- дієтичне харчування;
- соціальна реабілітація (для певних захворювань);
- фізична реабілітація.

Тривалість реабілітації залежить як від нозологічної форми хвороби, так і від тяжкості перебігу захворювання.

Після проведеного курсу реабілітації пацієнт підлягає комплексному обстеженню і консультації лікаря-спеціаліста.

За медичним висновком лікаря-спеціаліста реконвалесцент знімається з диспансерного обліку з наданням йому рекомендацій санітарного та медико-профілактичного характеру або ЛЗПСЛ продовжує диспансерний нагляд із забезпеченням виконання рекомендацій лікаря-спеціаліста.

## Висновки

Обґрунтована та розроблена функціонально-організаційна модель надання ПМСД при ІПХ є комплексною й охоплює всі напрямки діяльності: первинну профілактику ІПХ; протиепідемічну роботу у вогнищі хвороби; надання медичної допомоги та лікування хворих на ІПХ; у необхідних випадках госпіталізацію хворих на ІПХ із подальшим проведенням заходів санітарно-протиепідемічного характеру; диспансерний нагляд за реконвалесцентами із забезпеченням розробки індивідуальних програм реабілітації та їх виконання; виявлення бактеріоносіїв та їх оздоровлення.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням якості та ефективності надання медичної допомоги при інфекційних хворобах на первинному рівні медичної допомоги.



## Література

1. *Андрейчин М. А.* Інфекційна захворюваність в Україні: ілюзії та реалії / М. А. Андрейчин // Інфекційні хвороби (Тернопіль). – 2008. – № 3. – С. 77–84.
2. *Андрейчин М. А.* Інфекційні хвороби в загальній практиці та сімейній медицині / М. А. Андрейчин. – Тернопіль : ТДМУ, 2007. – 500 с.
3. *Вірусні гепатити і рак печінки* / М. А. Андрейчин [та ін.] ; Тернопільський держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ «Укрмедкнига», 2010. – 188 с.
4. *Возіанова Ж. І.* Інфекції – реальна загроза населенню України / Ж. І. Возіанова, М. А. Андрейчин, С. О. Крамарев // Інфекційні хвороби (Тернопіль). – 2007. – № 1. – С. 76–78.
5. *Епідеміологічний нагляд за особливо небезпечними інфекційними захворюваннями та їх профілактика в Україні : матеріали наради-семінару з питань організації і проведення заходів профілактики особливо небезпечних інфекцій, м. Рівне, 19–21 жовтня 2004 р.* / ред. кол. : С.В. Шуляренко [та ін.] ; МОЗ України, Рівненська облСЕС. – Рівне, 2004. – 151 с.
6. *Інфекційні хвороби в дітей : підручник* / С. О. Крамарев, О. Б. Надрага, Л. В. Пипа [та ін.] ; за ред. проф. С. О. Крамарєва, О. Б. Надраги. – Київ : ВСВ «Медицина», 2010. – 392 с.
7. *Крамарєв С. О.* Проблема щодо інфекційних хвороб в Україні [Електронний ресурс] / С. О. Крамарєв. – Режим доступу : <http://health.unian.net/ukr/detail/187580>. – Назва з екрана.
8. *Лехан В. М.* Стан здоров'я населення України. Рівність і справедливість в охороні здоров'я / В. М. Лехан, Н. О. Рингач, В. С. Стешенко // Главный врач. – 2005. – № 7. – С. 29–35.
9. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Главный врач. – 2010. – № 1. – С. 20–37.
10. *Михайлова А. М.* Інфекційні хвороби у дітей / А. М. Михайлова. – Київ : Здоров'я, 2001. – 418 с.
11. *Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України : метод. рекомендації* / Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2010. – 25 с.
12. *Федорченко С. В.* Хроническая HCV-инфекция : монография / С. В. Федорченко. – Київ : Медицина, 2010. – 272 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.11.2015 р.



## Характеристика оптимизированной функционально-организационной модели оказания первичной медико-санитарной помощи при инфекционных и паразитарных болезнях

Г.А. Слабкий<sup>1</sup>, В.И. Шатило<sup>2</sup>, А.А. Шпита<sup>3 4</sup>

<sup>1</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

<sup>2</sup>Житомирский институт медсестринства,  
г. Житомир, Украина

<sup>3</sup>Житомирское горрайонное управление Главного  
управления Госсанэпидслужбы в Житомирской области,  
г. Житомир, Украина

<sup>4</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – обосновать и разработать оптимизированную функционально-организационную модель оказания первичной медико-санитарной помощи при инфекционных и паразитарных болезнях.

**Методы:** библиосемантический, структурно-логического анализа, описательного моделирования, системного подхода.

**Результаты.** Обоснованная и разработанная функционально-организационная модель является комплексной и охватывает все направления деятельности: первичную профилактику инфекционных и паразитарных болезней; противоэпидемическую работу в очаге болезни; оказание медицинской помощи и лечение больных инфекционными и паразитарными болезнями; в необходимых случаях госпитализацию больных инфекционными и паразитарными болезнями с дальнейшим проведением мероприятий санитарно-противоэпидемического характера; диспансерный надзор за реконвалесцентами с обеспечением разработки индивидуальных программ реабилитации и их выполнения; выявления бактерионосителей и их оздоровления.

**Выводы.** Разработанная функционально-организационная модель оказания первичной медико-санитарной помощи при инфекционных и паразитарных болезнях обеспечит повышение ее качества и эффективности.

**Ключевые слова:** инфекционные и паразитарные болезни, медицинская помощь, первичный уровень, модель.

## Characteristic of optimized functional-and-organizational model of primary medical-and-sanitary aid at infectious and parasitic diseases

G.O. Slabky<sup>1</sup>, V.Yo. Shatylo<sup>2</sup>, O.O. Shpyta<sup>3 4</sup>

<sup>1</sup>SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine

<sup>2</sup>Zhitomir Institute of Nursing, Zhitomyr, Ukraine

<sup>3</sup>Zhytomir city district of the Main Control  
GosSanEpidemNadzor in the Zhytomir region,  
Zhytomir Ukraine

<sup>4</sup>SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to ground and develop optimized functional-and-organizational model of primary medical-and-sanitary aid at infectious and parasitic diseases.

**Methods:** bibliosemantic and structural-and-logical analysis methods, method of descriptive modeling, systemic approach method.

**Results.** The functional-and-organizational model grounded and developed is comprehensive and covers all the directions of practice: primary prevention of infectious and parasitic diseases; antiepidemic work in the fire of the disease; provision of medical care and treatment of patients with infectious and parasitic diseases; in necessary cases provision of hospitalization of patients with infectious and parasitic diseases with the subsequent sanitary-and-antiepidemic measures; supervision of the convalescents with the development of individual rehabilitation programs and their implementation; detection of bacteria carrier and their sanitation.

**Conclusions.** The developed functional-and-organizational model of primary medical-and-sanitary aid at infectious and parasitic diseases will provide the increase of its quality and effectiveness.

**Key words:** infectious and parasitic diseases, medical aid, primary level, model.

## Відомості про авторів

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф., зав. кафедри громадського здоров'я, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Шатило Віталій Йосипович** – Заслужений лікар України, кавалер ордена «За заслуги» III ступеня, д.мед.н., проф., ректор КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»; вул. Велика Бердичівська, 46/15, м. Житомир, 10002, Україна.

**Шпита Олександр Олександрович** – начальник Житомирського міськрайонного управління Головного управління Держсанепідслужби у Житомирській області; вул. Гагаріна, 55, м. Житомир, 10002, Україна.



УДК 616.61-002.253-055.26:001.8

С.П. Пасєчніков<sup>1, 2</sup>, Н.О. Сайдакова<sup>2</sup>, В.І. Гродзінський<sup>3</sup>

## СОЦІАЛЬНИЙ ВЕКТОР ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ІЗ ПРИВОДУ ГОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна<sup>2</sup>ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна<sup>3</sup>Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна

**Мета** – виявити особливості складу жінок репродуктивного віку, госпіталізованих із приводу гострого необструктивного пієлонефриту протягом 2013 р., за соціальними ознаками з урахуванням клінічного перебігу захворювання на основі анамнестичного методу з тим, щоб дослідити предиктори й детермінанти.

**Матеріали та методи.** Наведено результати аналізу 183 історій хвороби і стільки ж карт вибулих зі стаціонару хворих жінок репродуктивного віку, госпіталізованих із приводу гострого необструктивного пієлонефриту протягом 2013 р. За отриманими даними складено «профіль» молодої жінки, яка відноситься до групи ризику. Доведено причинно-наслідкові зв'язки між характером перебігу гострого необструктивного пієлонефриту й передумовами його виникнення.

**Результати та висновки.** Виявлена лінійна залежність між інтенсивністю проявів хвороби та її перебігом при відсутності такої між кількістю ознак і частотою звернень по медичну допомогу. Простежена низька медична активність, недостатня поінформованість щодо даної патології, необізнаність щодо контрацептивних заходів, недотримання здорового способу життя мотивують необхідність підвищення рівня інформаційного забезпечення, розробки програми профілактики розвитку гострого необструктивного пієлонефриту.

**Ключові слова:** гострий необструктивний пієлонефрит, соціальні ознаки, клінічний перебіг.

### Вступ

Останніми роками в медичній літературі все активніше обговорюються різні аспекти інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) як проблеми, що має медико-соціальне значення з огляду на поширеність, здатність до рецидивів, серйозних структурних змін у нирках із відповідними наслідками [1, 3, 16]. Крім того, наголошується на спричинену нею частоту звернень і госпіталізацій. Гострий неускладнений пієлонефрит (ГНП) є однією з її загрозливих, з точки зору несприятливого перебігу та прогнозу, нозологічних форм, що підкреслює актуальність різнобічного вивчення [6, 14, 17]. А притаманні йому гендерні та повікові особливості обумовлюють необхідність їх урахування при розробці, плануванні лікувально-профілактичних заходів. За даними різних авторів, близько 59% жінок мають неспецифічні ІСШ, а ГНП з однозначною перевагою вважається прерогативою жінок репродуктивного віку (25–35%). Дані офіційної статистики свідчать, що, зокрема, в Росії рівень захворюваності щорічно становить 0,9–1,3 на 1 млн відповідного населення [2, 9, 11, 13, 18].

Така ситуація пов'язана з факторами ризику, які є для даної категорії специфічними. До них передусім відносяться відомі анатомо-фізіологічні ознаки. Особливого значення, на яке слід звернути увагу, набувають так звані «поведінкові» фактори. Для молодих жінок характерними є частота статевих стосунків, має значення вид контрацептивів. Розвиток ГНП безпосередньо пов'язаний із частотою запальних

захворювань нижніх сечових шляхів, статевих органів, спричинених у тому числі збудниками різного таксономічного положення, на що все частіше наголошується в публікаціях [3–5, 8, 10]; підкреслюється поширеність і трудність діагностики.

Таким чином, обґрунтовано, що дана соціальна група є досить актуальною, тому її слід розглядати окремо, що допоможе визначитись при розробці профілактичних заходів, які гарантують як зменшення частоти захворювання, так і його негативних наслідків [12, 15].

**Мета роботи** – вивчити особливості складу госпіталізованих жінок репродуктивного віку, хворих на ГНП, за соціальними ознаками з урахуванням клінічного перебігу захворювання.

### Матеріали та методи

Робота виконана на базі відділу запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України» та урологічних відділень Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, де найбільш повно представлена категорія пацієнтів з інфекцією сечовивідних шляхів. Первинним документом були історія хвороби та карта вибулого зі стаціонару. Анамнестичний метод дослідження став провідним при виконанні роботи.

Для дослідження відібрані усі випадки госпіталізації жінок репродуктивного віку, хворих на ГНП, 2013 р. У результаті компаративному аналізу були піддані 183 пацієнтки.



Важливою особливістю дослідження став розподіл хворих за віком на такі групи: 15–18; 19–24; 25–29; 30–34; 35–39; 40–45 років.

При визначенні статистичної достовірності показників, що дає право на узагальнення явища, розраховували середню похибку. За їх допомогою визначали значення критерію Стьюдента, загальноприйнятого показника для оцінки значущості відмінності двох статистичних коефіцієнтів.

## Результати дослідження та їх обговорення

Результати аналізу вивчення складу госпіталізованих жінок репродуктивного віку, хворих на ГНП, з точки зору виявлення їх соціальних особливостей і опосередковано пов'язаних із ними предикторів ризику, подано в порівняльному аспекті між групами зі сприятливим і несприятливим перебігом захворювання (відповідно 1-а чи 2-а група). У табл. 1 наведено розподіл зазначеної категорії за віком.

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком з урахуванням клінічного перебігу гострого необструктивного пієлонефриту

Вік, років	Усього			У тому числі					
				сприятливий перебіг 1-а група			несприятливий перебіг 2-а група		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
15–18	19	10,4	1,5	10	9,9	2,9	9	11,0	3,4
19–24	79	43,2	3,6*	42	41,6	4,9*	37	45,1	5,5*
25–29	44	24,0	3,1	30	29,7	4,5 <sup>Δ</sup>	14	17,1	4,1
30–34	22	12,0	2,4	14	13,9	3,4	8	9,8	3,2
35–39	13	7,1	1,8	2	2,0	1,3	11	13,4	3,7
40–45	6	3,3	0,2	3	3,0	1,6	3	3,6	2,0
Разом	183	100,0		101	100,0		82	100,0	

Примітки: \* – різниця достовірна між величинами в стовпчику;  $p < 0,05$ ;

<sup>Δ</sup> – різниця достовірна між величинами в рядку;  $p < 0,05$ .

За даними табл. 1, як серед загальної кількості, так і в обох групах із різним перебігом вірогідно більше жінок було у віці 19–24 роки. За частотою госпіталізації на другому місці виявилися хворі 25–29 років. При чому їх достовірно було більше в 1-й групі –  $29,7 \pm 3,4\%$  ( $17,1 \pm 4,1\%$  у 2-й із несприятливим перебігом). Слід зазначити, що з віком зменшувався відсоток госпіталізованих. Незначним він був серед підлітків. Звертала на себе увагу перевага хворих у віці 19–34 роки. На них припадало  $79,2\%$  від загальної кількості та  $85,1 \pm 3,5\%$  і  $72,0 \pm 4,9\%$  у кожній із виділених груп спостереження ( $p < 0,05$ ). Така перевага дала змогу вважати цю вікову категорію найбільш вразливою. Наявність достовірної різниці питомої ваги таких хворих між групами не мала принципового значення, що обумовлено суттю питання, що вирішувалося. Отже, середній вік жінок становив  $27,6 \pm 5,8$  року, меншим він виявився серед тих, у кого був несприятливий перебіг захворювання, –  $25,3 \pm 1,6$  року.

Достовірна більшість хворих мали вищу освіту:  $46,4 \pm 3,6\%$  проти  $32,8 \pm 3,4\%$  осіб зі спеціальною та  $20,8 \pm 3,0\%$  середньою. Останніх було найменше (38 осіб) як серед усіх, так і по групах –  $16,8 \pm 3,7\%$  у 1-й групі проти  $25,6 \pm 4,3\%$  у 2-й групі ( $p < 0,05$ ), тоді як інші розподілились практично однаково. Так, із вищою освітою в групі зі сприятливим перебігом було  $49,5 \pm 4,9\%$ , із несприятливим –  $42,7 \pm 5,4\%$ , зі спеціальною освітою –  $33,7 \pm 4,7\%$  та

$31,7 \pm 5,1\%$  відповідно ( $p > 0,05$ ). Цікаві дані отримані стосовно соціального статусу (табл. 2).

Результати аналізу табл. 2 засвідчили, що серед усіх жінок репродуктивного віку без різниці між собою більша питома вага припадала на службовців та безробітних:  $35,0 \pm 3,5\%$  та  $28,4 \pm 3,3\%$  відповідно ( $p > 0,05$ ). Проте увагу привертала дані по групах зі сприятливим та несприятливим перебігом. Зокрема, серед останніх вірогідно було більше робітників ( $23,2 \pm 4,6\%$  проти  $14,8 \pm 3,5\%$ ), тоді як серед перших – службовців ( $47,5 \pm 4,9\%$  проти  $19,5 \pm 4,3\%$ ). Але більш важливим було те, що в разі несприятливого перебігу достовірну більшість становили непрацюючі жінки. На долю безробітних і домогосподарок приходилося  $53,7 \pm 5,5\%$  (44 хворі) проти  $31,7 \pm 4,6\%$  зі сприятливим перебігом. Тобто соціально незахищеним, більш вразливим виявився цей контингент.

Далі ми подали окремі відомості щодо клінічного перебігу ГНП, які мали причинно-наслідковий характер із соціальними ознаками. Прокоментували такий зв'язок із проявом типового симптомокомплексу, зокрема, почали з підвищення температури тіла. Аналіз варіантів розподілу жінок при госпіталізації показав, що переважна більшість (110 хворих –  $60,0 \pm 3,6\%$ ) реагували на запальний процес у нирці гектичною температурною реакцією ( $\geq 39,0^\circ\text{C}$ ). Лише у 20 з них ( $11,0 \pm 2,3\%$ ) температура була на рівні субфебрильних значень. Відмінність між групами полягала в тому, що випадків із високою температурою було достовірно більше серед жінок 2-ї групи –



78,0±4,5% (45,5±4,9% – у першій групі). Водночас, із субфебрильною та фебрильною, навпаки, в 1-й групі показники були вищими у 2,5 разу. Важливою ознакою при цьому була тривалість температури до госпіталізації. Ці дані наведено в таблиці 3.

За результатами аналізу табл. 3 можна зробити декілька важливих висновків. Так, кожна друга жінка потрапляла на стаціонарне лікування через три доби від початку підвищення температури тіла, а кожна третя –

через дві, і лише 15% – протягом першої доби. Виявлені дані засвідчили, з одного боку, низький рівень обізнаності жінок, самооцінки стану здоров'я та байдуже ставлення до нього. З іншого боку, можна припустити, що таке явище стало наслідком зниження доступності та якості амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Характерною реакцією прояву ГП є дріощі, частота й тривалість яких певною мірою згоджується і підпорядковується попередньому симптому (табл. 4).

Таблиця 2

**Структура хворих за соціальним статусом  
з урахуванням клінічного перебігу гострого необструктивного пієлонефриту**

Соціальний стан	Усього			У тому числі					
				сприятливий перебіг 1-а група			несприятливий перебіг 2-а група		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Робітник	34	18,6	2,8	15	14,8	3,5	19	23,2*	4,6
Службовець	64	35,0	3,5	48	47,5	4,9	16	19,5*	4,3
Безробітна	52	28,4	3,3	13	12,9	3,3	39	47,6*	5,5
Домогосподарка	24	13,1	2,5	19	18,8	3,8	5	6,1*	2,6
Учениця	9	5,0	2,5	6	6,0	2,3	3	3,6	2,0
Разом	183	100,0		101	100,0		82	100,0	

Примітка: \* – різниця достовірна між показниками груп спостереження;  $p < 0,05$ .

Таблиця 3

**Розподіл хворих за тривалістю гіпертермії до госпіталізації  
з урахуванням клінічного перебігу гострого необструктивного пієлонефриту**

Тривалість гіпертермії (дів)	До госпіталізації								
	усього			1-а група			2-а група		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
1	29	15,8	2,6	26	25,7*	4,3	3	3,7 <sup>Δ</sup>	2,0
2	56	30,6	3,4	36	35,6	4,7	20	24,3 <sup>Δ</sup>	4,7
3	98	53,6*	3,6	39	38,4	4,8	59	72,0* <sup>Δ</sup>	4,9
Разом	183	100,0	-	101	100,0	-	82	100,0	-

Примітки: \* – різниця достовірна між показниками в стовпчику;  $p < 0,05$ ;

<sup>Δ</sup> – різниця достовірна між показниками в рядку;  $p < 0,05$ .

Таблиця 4

**Розподіл хворих за тривалістю дріощів  
з урахуванням клінічного перебігу гострого необструктивного пієлонефриту**

Тривалість дріощів (дів)	Усього спостережень			Перебіг захворювання					
				сприятливий 1-а група			несприятливий 2-а група		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
1	19	15,7	3,3	18	34,6 <sup>Δ</sup>	6,5*	1	1,4	1,1
2	26	21,5	3,7	18	34,6	6,5*	8	11,6	3,8
3	51	42,1*	4,4	15	28,8	6,2	36	<sup>Δ</sup> 52,2*	6,0
4	25	20,7	3,6	1	2,0	1,6	24	<sup>Δ</sup> 34,8	5,7
Разом	121	100,0		52	100,0		69	100,0	

Примітки: \* – різниця достовірна між показниками в стовпчику;  $p < 0,05$ ;

<sup>Δ</sup> – різниця достовірна між показниками в рядку;  $p < 0,05$ .



Як видно з табл. 4, вони спостерігались у 121 із 183 хворих, що становило 66,1%. У  $57,0 \pm 4,5\%$  лихоманка була в пацієнток 2-ї групи, що вірогідно виділяло їх серед решти зі сприятливим клінічним перебігом ( $43,0 \pm 4,5\%$ ). Як з'ясувалося, озноб випереджав появу підвищеної температури тіла. Кожна п'ята жінка відмічала його за добу до неї, а приблизно у половини ці два симптоми співпадали за часом прояву, який дорівнював трьом дням. Лише у 15,7% вони проявлялися за добу до госпіталізації, що потребувало позитивної оцінки з точки зору своєчасної госпіталізації. І, як наслідок, у таких випадках тільки в одного хворого був несприятливий клінічний перебіг (1,4%). Протилежна картина мала місце, коли багаторазовий озноб тривав 4 доби. За таких умов сприятливий результат також був лише в однієї (2,0%) пацієнтки, тоді як несприятливий – у  $34,8 \pm 5,7\%$  випадках.

Поточні дизуричні прояви були в 111 (60,0%) пацієнток у вигляді частого сечовипускання,

імперативних позивів. Вони асоціювалися з гострим циститом, який передував розвитку ГНП і сприймався як джерело інфікування нирок чи супроводжував інфекційне запалення органу. Серед хворих 2-ї групи на дизурію скаржилось  $81,7 \pm 4,2\%$ , серед 1-ї групи –  $43,5 \pm 4,9\%$  ( $p < 0,05$ ). Крім того, простежено, що характер клінічного перебігу прямим чином залежав від тривалості вказаного симптому. Серед 71 пацієнтки при його наявності 4 і більше діб 64 ( $82,0 \pm 4,5\%$ ) увійшли в 2-гу групу. За таких умов у 1-й групі серед 40 хворих лише у 14 ( $35,0 \pm 7,5\%$ ) спостерігалась так тривало дизурія; різниця достовірна.

Попереково-абдомінальний больовий синдром (144 хворих – 78,7%) був однаково представленим по групах ( $49,3\%$  та  $50,7\%$  у 1-й та 2-й відповідно). Наявність декількох проявів ГНП ускладнювала ситуацію, робила її більш небезпечною з точки зору наслідків захворювання. Ретельний аналіз первинної документації дав змогу вивчити це питання (табл. 5).

Таблиця 5  
Розподіл хворих на гострий необструктивний пієлонефрит за комплексом скарг з урахуванням клінічного перебігу

Комплекс скарг	Усього			Перебіг захворювання					
				сприятливий 1-а група			несприятливий 2-а група		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Одна	54	29,5	3,3	52	51,5*	4,9	2	2,4 <sup>Δ</sup>	1,4
Дві	21	11,5	2,3	18	17,8	3,8	3	3,7 <sup>Δ</sup>	2,0
Три	41	22,4	3,0	13	12,9	3,3	28	34,1 <sup>Δ</sup>	5,2
Чотири і більше	67	36,6*	3,5	18	17,8	3,8	49	59,8*	5,4
Разом	183	100,0		101	100,0		82	100,0	

Примітки: \* – різниця достовірна між показниками в стовпчику;  $p < 0,05$ ;

<sup>Δ</sup> – різниця достовірна між показниками в групах спостереження в рядку;  $p < 0,05$ .

За результатами аналізу даних табл. 5 звертала на себе увагу частота комплексу скарг, кількість яких сягала чотирьох і більше. Таких випадків серед загальної кількості хворих вірогідно було більше ( $36,6 \pm 3,5\%$ ). Практично кожна третя жінка пред'являла одну ( $29,5 \pm 3,3\%$ ). Як перший, так і другий показники насторожували і по суті наводили на один висновок. Він полягав у недбалому ставленні до власного здоров'я, непоінформованості щодо можливого небезпечного перебігу захворювання, виникнення ускладнень, загрозливих для якості життя. Як один з аргументів наводимо приклад: при госпіталізації із 54 жінок, які посилалися на одну скаргу під час детального збору анамнезу, виявилось, що їх перелік розширився у 15 (27,7%). Простежувалася лінійна залежність між інтенсивністю проявів хвороби та її перебігом. У міру збільшення скарг зростала загроза несприятливого перебігу ГНП (табл. 5). Так, у 2-й групі у  $59,8 \pm 5,4\%$  хворих було чотири і більше симптомів, тоді як у 1-й групі їх кількість дорівнювала  $17,8 \pm 3,8\%$  ( $p < 0,05$ ). Протилежні дані спостерігались при наявності однієї скарги. Проте відсутність залежності між кількістю ознак та частотою звернення по медичну допомогу свідчила про провідну

роль необізнаності та недооцінки стану власного здоров'я, що вказувало на потребу негайного інформаційного забезпечення населення з даної проблеми.

По допомогу зверталось лише 55 (30,0%) хворих. Своєчасність і адекватність лікування з яких отримало 44 (80%), що відбилось на подальшому перебігу захворювання. Водночас, половина з них (22 хворих) і решта тих, хто звертався в поліклініку, (11 хворих) не дотримувались призначень, займались самолікуванням. Водночас, відмітимо розповсюдження самолікування серед контингенту. Воно мало місце у  $46,4 \pm 3,6\%$  випадках. Із 85 таких хворих у 43 (50,6%) перебіг ГНП був несприятливим.

Переважає більшість жінок, хворих на ГНП, пов'язувала своє захворювання із переохолодженням. На нього вказували 154 (84,2%) із 183 хворих. Підвищене навантаження та стрес як мотив розвитку хвороби посідали друге місце в структурі безпосередньої причини. При чому дослідити різницю їхньої впливовості на характер клінічного перебігу не представилось можливим.

Фактор статевого життя як передумови ГНП не можна не враховувати, оскільки при поглибленому вивченні виявилось, що практично кожна третя жінка



(53 особи, або 28,9%) мала статеві стосунки  $\geq 4$  рази на тиждень. З їх числа у 33 жінок відмічався несприятливий перебіг захворювання, що становило  $62,3 \pm 6,6\%$  проти  $37,7 \pm 6,6\%$  хворих зі сприятливим ( $p < 0,05$ ). Опосередковано на значення інфекцій, що передаються статевим шляхом, як вагомого фактора ризику захворювання ГНП, вказувало те, що кожна третя жінка цієї когорти не була заміжною, а із 45 (24,6%) жінок, які дотримувались бар'єрної контрацепції, достовірна більшість приходилась на 2-гу групу ( $60,0 \pm 7,3\%$  проти  $40,0 \pm 7,3\%$  у 1-й групі).

Слід зазначити, що кожна третя ( $30,6 \pm 3,4\%$ ) жінка репродуктивного віку була обтяжена трьома і більше факторами, які спричинили вказане захворювання. На наш погляд, з одного боку, це лише відображало загальну життєву активність, притаманну людям даної вікової групи, а з іншого – пояснювало перевагу жінок репродуктивного віку серед усіх хворих на ГНП. Вражало неблагополуччя стану їхнього здоров'я –  $36,0\%$  із 183 осіб знали про наявність у них тих чи інших супутніх гострих чи хронічних запальних хвороб. Частіше це були випадки гострого циститу ( $26,2\%$ ), гострого пієлонефриту ( $14,7\%$ ), уретриту ( $5,0\%$ ); 46 ( $25,1\%$ ) жінок періодично відвідували гінеколога. Серед достатньо широкого спектра хвороб в їх структурі більше представлені ерозія шийки матки ( $32,6\%$ ), хронічний аднексит ( $13,0\%$ ), вульвовагініт ( $8,7\%$ ). Поодинокими були випадки альгодисменореї, полікістоз яєчників. Вірогідно частіше на це вказували жінки 2-ї групи:  $35,4 \pm 5,2\%$  проти  $16,8 \pm 3,7\%$  ( $p < 0,05$ ). Серед захворювань інших нозологій переважали гострі респіраторні захворювання, хронічний бронхіт, тонзиліт, гастрит, гайморит тощо.

Таким чином, у ході виконання дослідження виявлено, що анамнестичний метод дослідження є достатньо інформативним при вивченні причин виникнення ГНП, їх зв'язку з характером клінічного перебігу.

Встановлено, що жінки репродуктивного віку становлять окрему соціальну групу населення, яка потребує підвищеної уваги. Виявлені факти, що є передумовою розвитку ГНП, несприятливого його перебігу, дають змогу певною мірою скласти «профіль» молоді жінки, яка відноситься до групи підвищеного ризику. Основні ознаки такі: найбільш вразливою категорією є жінки віком 19–34 роки, із середньою освітою, які не мають постійної роботи; кожна третя з активним статевим життям, не була заміжною і дотримується бар'єрної контрацепції. При явних ознаках захворювання частіше звертається по медичну допомогу на 3–4-ту добу від їх виникнення, більшість займається самолікуванням. Практично 50% жінок репродуктивного віку мають супутні гострі чи хронічні захворювання запального характеру, частіше гострий цистит, пієлонефрит, гінекологічну патологію.

Вищевикладене обумовлює необхідність підвищення рівня інформаційного забезпечення

населення і першочергово окреслену соціальну її групу. Такий підхід має носити міждисциплінарний характер із залученням зацікавлених суспільних і державних організацій. За таких умов можна очікувати як зменшення рівня захворюваності, так і уникнення несприятливих перебігів, що дасть змогу в разі необхідності здійснювати лікування в амбулаторних умовах.

## Висновки

Виявлено, що до найбільш вразливої категорії жінок репродуктивного віку відносяться особи віком 19–34 роки ( $79,2\%$ ); в групі несприятливого перебігу ГНП на них припадає  $85,1 \pm 3,5\%$  (в групі сприятливого –  $72,0 \pm 4,9\%$ ;  $p < 0,05$ ); середній вік хворих у ній –  $25,3 \pm 1,6$  року проти  $27,6 \pm 5,8$  серед усіх; вірогідно більше з робітничими професіями ( $23,2 \pm 4,6\%$  проти  $14,8 \pm 3,5\%$  відповідно) та непрацюючих (безробітних, домогосподарок) –  $53,7 \pm 5,5\%$  проти  $31,7 \pm 4,6\%$  відповідно.

Доведено причинно-наслідкові зв'язки між характером перебігу ГНП та передумовами його виникнення, серед яких за частотою виділяються супутні запальні захворювання сечостатевої системи (гострий цистит), гінекологічні (аднексит), інших органів і систем (гострі респіраторні вірусні інфекції), вагомість яких підсилюється в разі їх поєднання з детермінантами, що більше притаманні жінкам із несприятливим перебігом.

Виявлена лінійна залежність між інтенсивністю проявів хвороби та її перебігом за відсутності такої між кількістю ознак і частотою звернень по медичну допомогу свідчить про дефіцит обізнаності, поінформованості даної категорії жінок, що є причиною низької медичної активності пацієнток, недооцінку збереження власного здоров'я, у тому числі в аспекті недотримання здорового способу життя й сучасних положень щодо контрацептивних заходів.

## Перспективи подальших досліджень

З метою попередження розвитку ГНП у жінок репродуктивного віку, несприятливого його клінічного перебігу необхідно спрямовувати зусилля на вирішення таких завдань:

- підвищення рівня інформаційного забезпечення населення, у тому числі жінок репродуктивного віку, щодо факторів ризику виникнення ГНП та його наслідків;
- удосконалення форм і методів просвітницької роботи, спрямованої на пропаганду здорового способу життя, доведення необхідності диспансеризації, медичної активності;
- удосконалення профілактики розвитку ГНП на основі персоніфікованого підходу, міждисциплінарної, міжгалузевої позиції, інтервентивному принципі впливу на предиктори й детермінанти.



## Література

1. *Гострий пієлонефрит у жінок репродуктивного віку. Чинники запального процесу в нирках й фактори, що сприяють його розвитку* / О. Ф. Возіанов, С. П. Пасечніков, А. В. Руденко [та ін.] // Урологія. – 2010. – Т. 14 (Додаток). – С. 97–102.
2. *Гродзінський В. І.* Гострі неускладнені інфекції сечовивідних шляхів. Цистит, як передумова пієлонефриту: епідеміологічні особливості за територіальною ознакою / В. І. Гродзінський // Урологія. – 2015. – Т. 19, № 3. – С. 82–90.
3. *Інформативність* результатів мікробіологічних досліджень для удосконалення етіологічної діагностики гострого пієлонефриту / А. В. Руденко, С. П. Пасечніков, О. М. Корніліна [та ін.] // Лаб. діагностика. – 2012. – № 3. – С. 31–36.
4. *Клініко-анамнестичні предиктори рецидивуючого перебігу пієлонефриту* / Н. М. Степанова, О. А. Романенко, Л. О. Лебідь [та ін.] // Матеріали IV з'їзду нефрологів України, м. Київ, 17–18 жовтня 2013 р. // Укр. журнал нефрол. та діалізу. – 2013. – № 3 (Додаток № 1). – С. 44–45.
5. *Особливості* мікробного спектру сечостатевої системи жінок з рецидивуючим пієлонефритом / О. А. Романенко, Н. М. Степанова, А. В. Руденко [та ін.] // Укр. журнал нефрол. та діалізу. – 2013. – № 1. – С. 25–31.
6. *Пасечніков С. П.* Вплив менструального циклу та інфекційно – запальних процесів геніталій на частоту виникнення гострого неускладненого пієлонефриту у жінок репродуктивного віку / С. П. Пасечніков, М. В. Мітченко, П. О. Самчук // Урологія. – 2015. – Т. 19, № 3. – С. 55–59.
7. *Показатели* местного иммунитета у женщин с острым пиелонефритом и сопутствующим воспалительным процессом половых органов / А. В. Руденко, Е. М. Корнилина, В. Т. Кругликов, М. В. Митченко // Здоровье мужчины. – 2012. – № 2. – С. 194–194.
8. *Пронина И. С.* Антибактериальная терапия обострения хронического пиелонефрита в условиях реальной клинической практики / И. С. Пронина // Бюл. мед. интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, № 5. – С. 794–799.
9. *Рецидивуюча* інфекція сечової системи у жінок: етіологічна структура та сучасна концепція патогенезу (огляд та власні дослідження) / М. О. Колесник, Н. М. Степанова, В. Є. Дріянська, А. В. Руденко // Журнал НАМНУ. – 2013. – № 2. – С. 194–204.
10. *Руденко А. В.* Иммунологические показатели в моче больных с лейкоплакией мочевого пузыря и хроническим рецидивирующим циститом / А. В. Руденко, Е. М. Корнилина, А. В. Бардин // Материалы междунар. науч.-практ. конф. : Теория и практика современной медицины, г. Новосибирск, 8 апреля, 2013 г. – Москва : 2013. – С. 36–48.
11. *Руденко А. В.* Обоснование этиотропной терапии женщин репродуктивного возраста с острым неосложненным пиелонефритом и обострение хронического пиелонефрита с сопутствующими инфекционно-воспалительными процессами половых путей, обусловленными возбудителями разного таксономического положения / А. В. Руденко, С. П. Пасечников, Н. В. Митченко // Здоровье женщины. – 2015. – № 1. – С. 130–135.
12. *Синякова Л. А.* Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей: сложности упрощенной диагностики / Л. А. Синякова // Урология сегодня. – 2013. – № 1. – С. 18–21.
13. *Страчунський Л. С.* Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л. С. Страчунский, Ю. Б. Белоусов, С. Н. Козлов. – Москва : Боргес, 2002. – 384 с.
14. *A comparison* of the clinical characteristics of elderly and non-elderly women with community-onset, non-obstructive acute pyelonephritis / U. Chang, H. Kim, Y. Noh, S. Wie // Korean J. Int. Med. – 2015. – Vol. 30 (3). – P. 372–383.
15. *Chang U.* Comparison of Second- and Third-Generation Cephalosporin as Initial Therapy for Women with Community-Onset Uncomplicated Acute Pyelonephritis / U. Chang, H. Kim, S. Wie // Yonsei Med. J. – 2015. – Vol. 56 (5). – P. 1266–1273.
16. *Cheng C.* Endometriosis in a kidney with focal xanthogranulomatous pyelonephritis and a perinephric abscess / C. Cheng, H. Kuo, B. Su // BMC Res. Notes. – 2015. – Vol. 21; № 8 (1). – P. 591–598.
17. *Long-term* results after acute therapy of obstructive pyelonephritis / W. Vahlensieck, D. Friess, W. Fabry [et al.] // Urol. Int. – 2015. – Vol. 94 (4). – P. 436–441.
18. *Wie S.* Effects of gentamicin monotherapy for the initial treatment of community-onset complicated non-obstructive acute pyelonephritis due to Enterobacteriaceae in elderly and non-elderly women / S. Wie, H. Kim, U. Chang // Clin. Microbiol. Infect. – 2014. – Vol. 20 (11). – P. 1211–1218.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.11.2015 р.



**Социальный вектор женщин репродуктивного возраста, госпитализированных с острым необструктивным пиелонефритом**

С.П. Пасечников<sup>1, 2</sup>, Н.А. Сайдакова<sup>2</sup>, В.И. Гродзинский<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

<sup>3</sup>Ивано-Франковская областная клиническая больница, г. Ивано-Франковск, Украина

**Цель** – выявить особенности социальной структуры женщин репродуктивного возраста, госпитализированных с острым необструктивным пиелонефритом в 2013 г., с учетом характера клинического течения с тем, чтобы установить предикторы и детерминанты.

**Материалы и методы.** Представлены результаты анализа 183 историй болезни женщин репродуктивного возраста, госпитализированных с острым необструктивным пиелонефритом в 2013 г. Составлен социальный «профиль» молодой женщины, которая входит в группу повышенного риска.

**Результаты и выводы.** Выявлена причинно-следственная связь между характером течения острого необструктивного пиелонефрита и причинами его развития при отсутствии ее между количеством признаков и частотой обращений за медицинской помощью. Данные свидетельствуют о низкой медицинской активности, осведомленности о причинах заболевания, его последствиях, необходимости бережного отношения к здоровью, что обуславливает придерживаться здорового способа жизни, в том числе располагать знаниями о современных контрацептивных средствах. Изложенное мотивирует активизацию просветительской работы, обосновывает потребность разработки специальной профилактической программы.

**Ключевые слова:** острый необструктивный пиелонефрит, социальные структуры, клиническое течение.

**Social vector of women at reproductive age hospitalized for acute non-obstructive pyelonephritis**

S.P. Pasechnikov<sup>1, 2</sup>, N.O. Saidakova<sup>2</sup>, V.I. Grodzinsky<sup>3</sup>

<sup>1</sup>National O.O. Bogomolets Medical University, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>SI «Institute of urology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>Ivano-Frankivsk regional clinical hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Purpose** – to reveal specificity of their social structure taking into account the character of clinical course to study predictors and determinants.

**Materials and methods.** We analyzed 183 case reports and medical cards of women of reproductive age hospitalized for acute non-obstructive pyelonephritis during 2013. The social “profile” of a young woman who is in a high risk group was made.

**Results and conclusions.** The cause and effect connection between the character of acute non-obstructive pyelonephritis course and preconditions of its appearance and its absence between the number of signs and frequency of visiting a doctor for medical aid were proved. The data revealed low medical activity, insufficient information about pathology, its consequences, necessity of careful treatment of health, lack of knowledge about contraceptive measures; non-fulfillment of healthy mode of life motivates the necessity to raise the level of informative security, to work out the program of prophylactics against acute non-obstructive pyelonephritis development.

**Key words:** acute non-obstructive pyelonephritis, social signs, clinical course.

**Відомості про авторів**

**Пасечніков Сергій Петрович** – д.мед.н., проф., зав. кафедри урології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, зав. відділу запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України»; вул. Шовковична, 39/1, м. Київ, 01024, Україна.

**Сайдакова Наталія Олександрівна** – д.мед.н., проф., зав. відділу епідеміології та організаційної роботи ДУ «Інститут урології НАМН України», вул. Ю. Коцюбинського, 9а, м. Київ, 04053, Україна.

**Гродзінський Володимир Ігорович** – лікар-уролог урологічного відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні, вул. Федьковича 91, м. Івано-Франківськ, 76008, Україна.



## СУЧАСНІ МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ДІЯЛЬНОСТІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – обґрунтувати та запропонувати сучасні підходи до оцінки діяльності рентгенологічної служби в системі охорони здоров'я України.

**Методи:** бібліосемантичний, статистичний, системного підходу.

**Результати.** Встановлено, що існуюча система оцінки діяльності рентгенологічної служби не враховує: рівень закладу охорони здоров'я; тип апарату; структуру досліджень; час роботи рентгенологічного апарату протягом доби; відповідність навантаження на лікаря нормативу та рівень безпеки професійної діяльності медичного персоналу (отримана доза променевого навантаження); відповідність рентгенологічних досліджень за методом, кількістю і термінами проведення клінічним протоколам, які затверджені МОЗ України.

**Висновки.** Запропоновано змінити методичні підходи до оцінки діяльності служби рентгендіагностики в охороні здоров'я, визначити основним критерієм відповідність рентгенологічних досліджень за методом і терміном проведення клінічним протоколам, які затверджені МОЗ України.

**Ключові слова:** рентгенологічна служба, діяльність, оцінка, сучасні підходи.

### Вступ

У сучасній клінічній практиці рентгенологічна діагностика посідає чільне місце [4]. Постійно впроваджуються нові методи рентгенологічної діагностики [3]. При цьому відмічається високий рівень незадоволеності пацієнтів доступністю та якістю сучасних рентгенологічних досліджень [1, 2, 5], що і викликало необхідність проведення даного дослідження.

**Мета роботи** – обґрунтувати та запропонувати сучасні підходи до оцінки діяльності рентгенологічної служби в системі охорони здоров'я України.

### Матеріали та методи

У ході дослідження використано такі методи: бібліосемантичний, статистичний, системного підходу. Опрацьовано дані галузевої статистичної звітності.

### Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження нами вивчено методичні підходи, за якими оцінено діяльність служби променевої діагностики на галузевому рівні. Оцінку проведено з визначенням загальної кількості рентгенологічних досліджень у розрізі регіонів, а також кількості проведених рентгенологічних досліджень із розрахунку на один діючий апарат і на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога (табл. 1).

За даними табл. 1, у 2011–2012 рр. загальна кількість рентгенологічних досліджень в закладах охорони

здоров'я системи МОЗ України скоротилася в 1,02 разу і становила 41 992 678 досліджень. Вона зменшилася у 22 (81,48%) і збільшилася в 5 (18,52%) регіонах.

Кількість рентгенологічних досліджень у перерахунку на один діючий апарат скоротилася в 1,02 разу і у 2012 р. дорівнювала 4795 на один діючий рентгенологічний апарат. Вона скоротилася у 18 (66,67%) регіонах, а збільшилася у 9 (33,33%). При цьому різниця кількості проведених на одному діючому апараті досліджень становила 1,61 разу: від 3851 у Чернігівській області до 6202 у м. Києві. Отримані дані вказали на найкращу роботу рентгенологічної служби в м. Києві.

Кількість рентгенологічних досліджень у перерахунку на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога скоротилася в 1,02 разу і дорівнювала 9624 дослідження. Вона зменшилася в 17 (62,97%) регіонах, а збільшилася у 10 (37,03%). При цьому різниця кількості проведених у перерахунку на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога становила 0,19 разу: від 7503 у Запорізькій до 14 274 у Миколаївській областях.

Проведений аналіз такого підходу до оцінки діяльності рентгенологічної служби показав ряд недоліків, серед яких слід виділити основні:

– не враховані: рівень закладу охорони здоров'я, тип апарату, структура досліджень, час роботи рентгенологічного апарату протягом доби;

– невідповідність навантаження на лікаря нормативу та рівень безпеки професійної діяльності медичного персоналу (отримана доза променевого навантаження).



Таблиця 1

**Показники кількості рентгенологічних досліджень:  
усього, на один діючий рентгенологічний апарат,  
на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога у 2011–2012 рр.**

Адміністративна територія	Рік					
	2011			2012		
	усього досліджень (абс.)	кількість рентгенологічних досліджень на 1 діючий апарат	на 1 зайняту посаду лікаря-рентгенолога	усього досліджень (абс.)	кількість рентгенологічних досліджень на 1 діючий апарат	на 1 зайняту посаду лікаря-рентгенолога
Україна	42 858 696	4 871	9 827	41 992 678	4 795	9 624
АР Крим	1 903 960	4 667	9 904	1 839 624	4 791	9 532
Вінницька	1 559 872	3 959	11 004	1 483 926	3 915	10 618
Волинська	800 053	4 572	11 470	825 161	4 636	12 090
Дніпропетровська	3 676 359	5 463	11 208	3 502 794	5 456	10 242
Донецька	4 026 384	4 922	8 849	3 941 307	4 890	8 319
Житомирська	1 143 544	4 725	13 258	1 129 046	4 445	13 361
Закарпатська	1 195 755	6 164	9 965	1 232 438	6 101	10 670
Запорізька	1 644 204	4 420	7 839	1 511 916	4 235	7 503
Івано-Франківська	1 171 982	4 863	9 626	1 162 251	4 763	9 152
Київська	1 460 915	5 144	9 888	1 430 934	4 917	9 989
Кіровоградська	939 580	4 350	9 078	970 739	4 221	10 382
Луганська	2 527 290	4 926	9 940	2 511 791	4 858	9 755
Львівська	2 012 519	4 462	8 403	2 005 131	4 426	8 209
Миколаївська	1 245 562	5 848	13 917	1 241 876	5 942	14 274
Одеська	2 058 723	4 475	9 347	2 029 189	4 470	9 287
Полтавська	1 343 552	3 952	9 897	1 341 448	4 090	10 399
Рівненська	881 355	4 429	10 073	873 970	4 284	10 222
Сумська	1 049 835	4 729	11 109	1 069 822	4 755	11 756
Тернопільська	924 238	4 789	10 970	868 600	4 387	10 560
Харківська	2 598 200	5 260	8 875	2 546 313	4 935	8 788
Херсонська	1 060 020	5 121	12 695	1 026 410	4 959	11 866
Хмельницька	1 248 403	4 134	11 946	1 250 047	4 181	12 285
Черкаська	1 203 451	4 814	11 380	1 173 761	4 733	11 073
Чернівецька	879 637	5 144	10 695	877 464	5 286	10 263
Чернігівська	949 141	3 955	10 575	920 272	3 851	10 428
м. Київ	2 978 605	6 532	8 100	2 871 496	6 202	7 688
м. Севастополь	375 557	5 290	6 955	354 952	5 546	6 454

Відсутність вказаних даних не дає змоги проводити комплексний аналіз діяльності рентгенологічної служби галузі та порівнювати рівень використання ресурсів рентгенологічної служби в розрізі регіонів.

Наступним критерієм оцінки діяльності рентгенологічної служби стала кількість проведених рентгенологічних досліджень у перерахунку на 100 відвідувань у поліклініці та на одного пролікованого стаціонарного хворого (табл. 2).

За даними табл. 2, у 2011–2012 рр. вказані показники в системі охорони здоров'я України залишилися практично на одному рівні.

Кількість проведених рентгенологічних досліджень у перерахунку на 100 відвідувань у поліклініці в розрізі регіонів у 4 (14,81%) із них залишилися на одному рівні, в 11 (40,74%) регіонах зменшилися, а в 12 (44,45%) регіонах збільшилися. При цьому різниця кількості проведених у перерахунку на 100 відвідувань у поліклініці становила 1,68 разу: від 2,9 у Миколаївській до 4,9 у Кіровоградській областях.



Таблиця 2

Показники рентгенологічного обстеження  
амбулаторних і стаціонарних пацієнтів у 2011–2012 рр.

Адміністративна територія	Рік							
	2011				2012			
	амбулаторні		стаціонарні		амбулаторні		стаціонарні	
	абс.	на 100 відвідувань у поліклініці	абс.	на 1-го стаціонарного хворого	абс.	на 100 відвідувань у поліклініці	абс.	на 1-го стаціонарного хворого
Україна	15083106	4,0	7210702	0,7	14808217	4,0	7191084	0,7
АР Крим	665 891	4,6	400 466	1,0	663 903	4,6	369 643	0,9
Вінницька	564 342	4,3	293 157	0,8	541 524	4,5	286 673	0,8
Волинська	314 791	3,9	121 119	0,5	327 836	4,1	141 273	0,6
Дніпропетровська	1251674	4,4	561 227	0,7	1201843	4,7	584 347	0,8
Донецька	1690217	4,0	582 898	0,6	1616583	4,1	566 711	0,6
Житомирська	379 971	3,2	168 772	0,6	380 115	3,2	168 641	0,6
Закарпатська	280 179	3,1	287 455	1,2	289 414	3,3	312 463	1,2
Запорізька	499 754	3,5	333 630	0,9	481 425	3,4	306 191	0,8
Івано-Франківська	419 388	4,0	184 654	0,6	420 791	3,9	185 158	0,6
Київська	568 604	4,4	288 333	0,7	555 662	4,3	296 101	0,8
Кіровоградська	334 431	4,8	126 704	0,5	339 965	4,9	138 943	0,5
Луганська	865 359	4,6	326 575	0,6	846 730	4,4	350 139	0,6
Львівська	696 663	3,4	388 310	0,7	680 033	3,4	380 962	0,6
Миколаївська	369 871	3,2	181 313	0,7	326 247	2,9	212 025	0,8
Одеська	749 141	4,3	386 795	0,8	731 189	4,1	409 685	0,9
Полтавська	486 272	4,0	200 309	0,6	490 332	4,2	187 481	0,6
Рівненська	400 657	4,1	115 689	0,4	383 765	3,9	113 747	0,4
Сумська	345 880	4,5	136 726	0,5	359 656	4,7	134 627	0,5
Тернопільська	231 565	2,3	204 428	0,8	235 434	2,4	203 752	0,8
Харківська	913 583	3,7	492 463	0,8	945 386	3,9	433 782	0,7
Херсонська	349 428	4,1	160 343	0,7	336 929	3,7	149 005	0,6
Хмельницька	365 061	3,5	202 308	0,6	372 537	3,6	193 896	0,6
Черкаська	372 829	3,9	221 819	0,7	368 689	3,9	203 654	0,7
Чернівецька	345 484	4,6	141 593	0,6	322 409	4,3	132 962	0,6
Чернігівська	351 807	4,2	120 192	0,4	367 754	4,5	120 214	0,4
м. Київ	1161388	4,4	481 374	0,8	1123630	4,3	505 434	0,9
м. Севастополь	108 876	3,4	102 050	1,2	98 436	3,2	103 575	1,3

Кількість проведених рентгенологічних досліджень у перерахунку на одного стаціонарного хворого в розрізі регіонів у 15 (55,56%) із них залишилася на одному рівні, у 5 (18,52%) регіонах зменшилася, а в 7 (25,92%) регіонах збільшилася. При цьому різниця

кількості проведених у перерахунку на одного стаціонарного хворого становила 3,0 разу: від 0,4 у Миколаївській до 1,2 у Кіровоградській областях.

Оцінити ситуацію з позиції якості та ефективності забезпечення пацієнтів рентгенологічними методами



дослідження ми не мали змоги, адже зі статистичних показників не отримали даних, скерованих безпосередньо на пацієнта:

- відповідність рентгенологічних досліджень за методом, кількістю і термінами проведення клінічним протоколам, які затверджені МОЗ України;

- розходження рентгенологічних і патолого-анатомічних діагнозів.

Отримані в ході дослідження результати дають змогу запропонувати нові методичні підходи до оцінки діяльності служби рентгенологічної діагностики в системі охорони здоров'я, починаючи з рівня закладу охорони здоров'я до галузевого рівня.

З огляду на те, що сьогодні в Україні формується пацієнтоорієнтована система охорона здоров'я, слід при оцінці діяльності служби рентгендіагностики в охороні здоров'я основним критерієм визначати відповідність рентгенологічних досліджень за методом і терміном проведення клінічним протоколам, які затверджені

МОЗ України, а при відсутності затвердженого клінічного протоколу необхідно керуватися кращими лікарськими практиками, що базуються на даних із доведеною ефективністю.

### Висновки

Запропоновано змінити методичні підходи до оцінки діяльності служби рентгендіагностики в охороні здоров'я з визначенням основним критерієм відповідність рентгенологічних досліджень за методом і терміном проведення клінічним протоколам, які затверджені МОЗ України.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням відповідності обстеження пацієнтів із використання рентгенологічних методів у термінах і методах клінічним протоколам, які затверджені МОЗ України.

### Література

1. Качур О. Ю. Доступність пацієнтам-жінкам сучасних методів променевої діагностики у закладах охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги (за даними соціологічного опитування) / О. Ю. Качур // Здоровье женщин. – 2014. – № 3. – С. 49–52.
2. Качур О. Ю. Доступність чоловікам сучасних методів променевої діагностики (за даними соціологічного опитування) / О. Ю. Качур // Здоровье мужчин. – 2014. – № 1 (48). – С. 134–135.
3. Максимова М. Ю. Методы визуализации пенумбры при ишемическом инсульте / М. Ю. Максимова, Д. З. Коробкова, М. В. Кротенкова // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2013. – № 6. – С. 57–66.
4. Методы лучевой диагностики в оценке состава тела человека / Е. А. Касаткина, В. К. Лядов, Е. А. Мершина, В. Е. Сеницын // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2013. – № 2. – С. 59–65.
5. Слабкий Г. О. Оцінка амбулаторними пацієнтами Центральних районних лікарень доступності та якості променевої діагностики / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур // Роль і місце медицини у забезпеченні здоров'я людини в сучасному суспільстві : матеріали Міжнар. наук.-практ. конференції, м. Одеса, 27 грудня 2013 р. – С. 107–110.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.11.2015 р.



**Современные методические подходы  
к оценке деятельности рентгенологической  
службы в системе здравоохранения Украины**

*А.Ю. Качур*

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

**Цель** – обосновать современные методические подходы к оценке деятельности рентгенологической службы в системе здравоохранения Украины.

**Методы:** библиосемантический, статистический, системного подхода.

**Результаты.** Установлено, что существующая система оценки деятельности рентгенологической службы не учитывает: уровень учреждения здравоохранения; тип аппарата; структуру исследований; продолжительность работы рентгенологического аппарата на протяжении суток; соответствие нагрузки на врача нормативу и уровень безопасности профессиональной деятельности медицинского персонала (полученная доза лучевой нагрузки); соответствие рентгенологических исследований по методу, количеству и срокам проведения клиническим протоколам, которые утверждены МЗ Украины.

**Выводы.** Предложено изменить методические подходы к оценке деятельности рентгенологической службы в системе здравоохранения, определить основным критерием соответствия рентгенологических исследований по методу и сроку проведения клиническим протоколам, которые утверждены МЗ Украины.

**Ключевые слова:** рентгенологическая служба, деятельность, оценка, современные подходы.

**Contemporary methodological approaches  
to radiological aid evaluation in health service system  
of Ukraine**

*O.Yu. Kachur*

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to ground and propose contemporary approaches to radiological aid evaluation in health service system of Ukraine.

**Methods:** bibliosemantic, statistic, method of systematic approach.

**Results.** Found that the existing system of evaluation of radiological service does not take into account the level of health service institution, the type of X-ray machine, the structure of examinations, time of X-ray machine work during the day; correspondence of the doctor's work load to normative and security level of medical personnel professional activity (received dose of beam load); correspondence of method, amount and terms of conducted radiological examinations to Clinical Protocols approved by the Ministry of Health of Ukraine.

**Conclusions.** It is proposed to change methodological approaches to evaluation of radiological diagnostics service in health service system of Ukraine with correspondence of methods and terms of taken radiological examinations to Clinical Protocols approved by Ministry of Health of Ukraine as basic criterion.

**Key words:** radiological service, activity, evaluation, contemporary approaches.

**Відомості про автора**

**Качур Олександр Юрійович** – к.мед.н., н.с. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.



## КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ РЕГІОНАЛЬНИХ СЛУЖБ ПРОФІЛАКТИКИ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЮ СХИЛЬНІСТЮ

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – обґрунтувати концептуальні підходи до створення регіональних служб профілактики та медичної допомоги населенню із суїцидальною схильністю (на прикладі Рівненської області).

**Матеріали та методи.** Використано дані галузевої статистичної звітності по Рівненській області та результати соціологічного дослідження з охопленням 800 осіб із числа студентської молоді; а також методи: бібліосемантичний, статистичний, медико-соціологічного дослідження, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання; методологічною основою дослідження став системний підхід.

**Результати.** В умовах значного зростання поширеності серед населення суїцидальної поведінки пропонується створити регіональні служби комплексної медичної допомоги таким особам. Основною метою зазначеної системи є попередження суїцидальних спроб і надання ефективної допомоги особам, які здійснили такі спроби.

**Висновки.** Запровадження регіональних служб профілактики та медичної допомоги населенню із суїцидальною схильністю дало змогу знизити рівень суїцидальних спроб серед населення регіону.

**Ключові слова:** населення із суїцидальною схильністю, медична допомога, концептуальні підходи.

### Вступ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в середньому у світі за рік добровільно йдуть із життя близько мільйона людей. Це більше, ніж втрати людства в найбільших битвах, і в удвічі більше, ніж жертв убивств [1]. Однак статистика не точна, часто самогубства реєструють як нещасні випадки. А якщо порахувати спроби самогубства, не доведені до кінця, то цифра зростає в 10–20 разів [6]. За останні 45 років рівень самогубств підвищився на 60% [1, 4]. За прогнозами, до 2020 р. суїцид посяде друге місце у світі серед причин смерті, обійшовши рак і поступаючись тільки серцево-судинним захворюванням [5].

В Україні середній показник становить 22 суїциди на 100 тис. осіб. Це менше, ніж у Росії та Білорусі. Але більше, ніж у Польщі, Франції, Австрії [2, 8]. Українські чоловіки в середньому в 4 рази частіше скоюють самогубства, ніж жінки [3]. За останні роки зростає рівень самогубств серед дітей та молоді [7].

Вказане вище зумовило актуальність даного дослідження.

**Мета роботи** – обґрунтувати концептуальні підходи до створення регіональних служб профілактики та медичної допомоги населенню із суїцидальною схильністю (на прикладі Рівненської області).

### Матеріали та методи

У дослідженні використано дані галузевої статистичної звітності по Рівненській області та результати соціологічного дослідження з охопленням 800 осіб із числа студентської молоді. Застосовано такі методи: бібліосемантичний, статистичний, медико-соціологічного дослідження, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання. Методологічною основою дослідження став системний підхід.

Отримані результати дослідження статистично опрацьовані з використанням сучасних методів.

### Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження нами вивчено дані про спроби самогубства серед дорослого населення Рівненської області за 2011–2013 рр. (табл. 1).

За даними табл. 1, протягом 2011–2014 рр. в області 278 осіб дорослого населення скоїли спроби самогубства. За роками кількість таких осіб коливалася від 62 у 2011 та 2014 рр. до 84 у 2013 році.

Виявлено коливання в кількості осіб, які скоїли спроби самогубства, в розрізі сільських районів: від 2 у Гошанському до 28 у Рокитнівському районі. Найбільше (40) осіб, які скоїли спроби самогубства, зареєстровано за роки дослідження в м. Рівному.



Таблиця 1  
Кількість спроб самогубств  
серед дорослого населення у 2011–2014 рр. (абс.)

Адміністративна територія	Рік				Усього
	2011	2012	2013	2014	
Район					
Березнівський	4	1	-	3	8
Володимирецький	6	2	5	1	14
Гошанський	-	-	2	-	2
Демидівський	-	-	2	1	3
Дубенський	5	3	2	4	14
Дубровицький	6	5	7	6	24
Зарічненський	4	3	4	4	15
Здолбунівський	1	1	-	2	4
Корецький	-	2	1	-	3
Костопільський	3	4	1	2	10
Млинівський	2	6	8	4	20
Острозький	3	4	5	1	13
Радивилівський	2	5	4	3	14
Рівненський	3	3	5	4	15
Рокитнівський	6	7	8	7	28
Сарненський	5	6	4	6	21
Місто					
Рівне	8	12	11	9	40
Дубно	3	6	7	5	21
Кузнецовськ	-	-	3	-	3
Усього	62	70	84	62	278

Далі проаналізовано результати соціологічного дослідження схильності студентської молоді до самогубств (табл. 2).

За даними табл. 2, виявлено високий рівень у студентської психотравмуючих факторів та ознак порушень психіки й поведінки, що є фактором формування суїцидальної поведінки.

Далі, за прогнозними оцінками щодо зростання кількості самогубств у світі, а також даними наукових публікацій та офіційної статистики й результатами дослідження, нами розроблено концептуальні підходи до створення регіональних служб профілактики та медичної допомоги населенню із суїцидальною схильністю.

Ключовою ідеєю запропонованих перетворень є послідовне вирішення пріоритетного завдання із запобігання самогубству та надання ефективної допомоги при його скоєнні.

Методологія створення завдань, сутність кожного з яких спрямована на досягнення кінцевої мети: підвищення ефективності протидії формування в населення суїцидальної поведінки.

Підвищення ефективності протидії розвитку формування в населення суїцидальної поведінки має здійснюватися в таких напрямках:

- визначення основних факторів, які впливають на рівень і темпи формування суїцидальної поведінки в населення;
- аналіз складових визначених аспектів з інтеграції медичної суїцидальної допомоги на первинний рівень;
- формування міжсекторального підходу в організації суїцидальної допомоги на регіональному рівні.

Таблиця 2  
Результати соціологічного дослідження  
схильності студентської молоді до самогубств (позитивні відповіді на питання анкети)

Питання анкети	Абс.	%±
Чи виникали у Вас останнім часом думки про відсутність сенсу подальшого життя?	189	23,63±2,1
Чи були у Вас протягом життя суїцидальні спроби?	17	2,13±0,7
Чи посилює вживання алкоголю у Вас депресивний стан?	92	11,5±1,6
Чи виникали у Вас останнім часом тяжкі психотравмуючі фактори (втрата близької людини, значні фінансові забруднення тощо)?	264	33,0±2,4
Чи не виникала у Вас останнім часом думка, що Ви стали тягарем для близьких людей?	47	5,88±1,2
Чи не виникає у Вас відчуття, що Ви страждаєте на тяжке, невиліковне захворювання?	51	6,38±1,2
Чи не з'явилися у Вас у голові голоси, які віддають Вам накази, керують Вашими діями?	23	2,88±0,8
Чи не з'явилося у Вас відчуття будь-якого слідкування за Вами ким-небудь?	27	3,38±0,9

З огляду на названі аспекти, ми виділили таку групу завдань:

**1) Структура закладів із надання медичної допомоги при суїцидальній схильності населення:**

– з профілактики суїцидальних дій: кабінети довіри з можливістю анонімного звернення для отримання психологічної та психіатричної допомоги; цілодобова регіональна телефонна служба психологічної підтримки з єдиним регіональним номером для безоплатного звернення; первинна медико-санітарна

допомога з формуванням кабінетів психологічної підтримки та психологічної реабілітації;

– з медичної допомоги при суїцидальних спробах: надання реанімаційної допомоги, для чого рекомендується створити спеціалізовані регіональні відділення антисуїцидальної допомоги та відділення психологічної реабілітації (бажано у закладах охорони здоров'я загального профілю, а не психіатричних лікарнях); це забезпечить комплексну медичну та



соціальну допомогу й реабілітацію особам після реалізації суїцидальної спроби;

– отримання інформації лікарями загальної практики – сімейними лікарями (які проводять роз'яснювальну та профілактичну роботу на рівні сім'ї, надають психологічну підтримку) про випадки суїцидальних спроб і звернення осіб по медичну допомогу до лікарів-психіатрів (за винятком випадків анонімного звернення).

**2) Диспансерний нагляд за населенням із суїцидальною схильністю: організація психологічної підтримки, лікування та догляду.** Вирішення даного завдання полягає в забезпеченні диспансерного нагляду за особами із суїцидальною схильністю, яке рекомендовано здійснювати після первинного консультування лікаря-спеціаліста (психіатра, психолога).

**3) Базова підготовка та безперервне підвищення професійної майстерності медичними працівниками первинного рівня.** Вирішення даної складової полягає в доповненні програм до дипломної підготовки медичних працівників первинної ланки (лікарів загальної практики – сімейних лікарів і сімейних медичних сестер) із питань психологічної підтримки та медичної допомоги населенню при критичних психологічних станах і проходженні сімейними лікарями курсів тематичного удосконалення, тренінгів і практичних занять на базі обласного тренінгового центру, створеного в рамках впровадження сімейної медицини.

**4) Інформаційна робота** на рівні сім'ї та громади з інформуванням населення про методи збереження психічного здоров'я, симптомів порушення психіки та поведінки, проявів суїцидальної поведінки і тактики дій при появі в когось із членів родини вказаних симптомів.

Структурну основу системи становлять наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я. Її впровадження потребує додаткових фінансових ресурсів на матеріально-технічне забезпечення первинної ланки медичної допомоги інформаційними матеріалами та навчання сімейних лікарів із питань профілактики, діагностики й диспансерного нагляду за особами, які мають суїцидальну схильність.

## Висновки

В умовах прогнозованого значного зростання формування серед населення суїцидальної поведінки пропонується створити регіональні служби комплексної медичної допомоги даним особам, основною метою якої є попередження суїцидальних спроб і надання ефективної допомоги особам, які здійснили такі спроби.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням ставлення медичних працівників і представників органів місцевого самоврядування до створення регіональних служб профілактики та медичної допомоги населенню із суїцидальною схильністю.

## Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – Женева : ВОЗ, 2001. – 167 с.
2. Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>. – Название с экрана.
3. Загородній С. М. Характеристика саморуйнівної поведінки населення України / С. М. Загородній, В. М. Якимець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 35–39.
4. Мировая статистика здравоохранения, 2009 г. – Женева : ВОЗ, 2009. – С. 100–104.
5. Охрана психического здоровья в мире / Р. Дежарле, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман. – Київ, 2001. – 576 с.
6. Смертність населення від зовнішніх причин у побуті у 2012 р. [Електронний ресурс] / Державний комітет статистики України. – 2013. – Експрес-вип. № 10.2-42/84 (19 лют.). – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрана.
7. Торік в Україні майже півтисячі дітей спробували скоїти самогубство [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://vidido.ua/index.php/pogliad/article/torik\\_v\\_ukraini\\_maizhe\\_pivtisjachi\\_ditei\\_sprobuvali\\_skoiti\\_samogubstvo](http://vidido.ua/index.php/pogliad/article/torik_v_ukraini_maizhe_pivtisjachi_ditei_sprobuvali_skoiti_samogubstvo). – Назва з екрана.
8. Україна в десятці країн-лідерів із самогубств [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mukachevo.net/ua/News/view/52000-%>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.11.2015 р.



**Концептуальные подходы к созданию региональных служб профилактики и медицинской помощи населению с суицидальной склонностью**

*Г.А. Слабкий<sup>1</sup>, Н.С. Защик<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – обосновать концептуальные подходы к созданию региональных служб профилактики и медицинской помощи населению с суицидальной склонностью (на примере Ровенской области).

**Материалы и методы.** Использованы данные отраслевой статистической отчетности по Ровенской области и результаты социологического исследования с охватыванием 800 лиц из числа студенческой молодежи; а также методы: библиосемантический, статистический, медико-социологического исследования, структурно-логического анализа, концептуального моделирования; методологической основой исследования стал системный подход.

**Результаты.** В условиях значительного роста распространенности среди населения суицидального поведения предлагается создать региональные службы комплексной медицинской помощи таким лицам. Основной целью указанной системы является предупреждение суицидальных попыток и предоставление эффективной помощи лицам, которые осуществили такие попытки.

**Выводы.** Создание региональных служб профилактики и медицинской помощи населению с суицидальной склонностью позволило снизить уровень суицидальных попыток среди населения региона.

**Ключевые слова:** население с суицидальной склонностью, медицинская помощь, концептуальные подходы.

**Conceptual approaches to the creation of regional services of prevention and medical aid to population with suicidal tendencies**

*G.O. Slabky<sup>1</sup>, N.S. Zaschyk<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine

<sup>2</sup>SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to ground conceptual approaches to the creation of regional services of prevention and medical aid to population with suicidal tendencies (on the example of Rivne region).

**Materials and methods.** We used the data of branch statistical reports in Rivne region and the results of sociological study among 800 persons of student age as well as the following methods: bibliosemantic, statistical, of medical-and-sociological research, of structural-and-logical analysis, of conceptual modeling. Systemic approach was used as methodological base of the study.

**Results.** In the conditions of significant growth of suicidal behaviour among population it is proposed to create regional services of comprehensive medical aid to such persons. The main purpose of this system is the prevention of suicidal attempts and the provision of effective aid to persons who made such attempts.

**Conclusions.** The introduction of regional services of prevention and medical aid to population with suicidal tendencies gave opportunity to reduce the level of suicidal attempts among population in the region.

**Key words:** population with suicidal tendencies, medical aid, conceptual approaches.

**Відомості про авторів**

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф., зав. кафедри громадського здоров'я, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Защик Наталія Сергіївна** – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.



## ОЦІНКА ПАЦІЄНТАМИ СТАЦІОНАРНОЇ ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити та проаналізувати оцінку пацієнтами стаціонарної отоларингологічної допомоги.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали результати соціологічного дослідження, яким охоплено 400 пацієнтів стаціонарних отоларингологічних відділень закладів охорони здоров'я Рівненської області. Отримані результати опрацьовано з використанням загальноприйнятих статистичних методів.

**Результати.** Наведено результати соціологічного дослідження пацієнтів стаціонарних відділень отоларингологічного профілю. Метою дослідження стало вивчення рівня оцінки якості медичної допомоги та їх рівня задоволеності нею.

**Висновки.** Встановлено низький рівень оцінки пацієнтами отоларингологічних відділень якості та задоволеності отриманою медичною допомогою.

**Ключові слова:** стаціонарна отоларингологічна допомога, пацієнти, оцінка.

### Вступ

У сучасних умовах функціонування системи охорони здоров'я важливе значення приділяється якості медичної допомоги [1, 6]. Розроблено та впроваджено в практику охорони здоров'я сучасні моделі зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги [2, 4, 7], але при цьому важливе місце посідає оцінка пацієнтами якості медичної допомоги [3, 5]. Це і визначило актуальність даного дослідження.

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати оцінку пацієнтами стаціонарної отоларингологічної допомоги.

### Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали результати соціологічного дослідження, яким охоплено 400 пацієнтів стаціонарних отоларингологічних відділень закладів охорони здоров'я Рівненської області. Методом соціологічного дослідження охоплені хворі, що госпіталізувалися ургентно, а також хворі, які проходили планове лікування. Анкети прорецензовані та затверджені рішенням етичної комісії ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». При проведенні дослідження забезпечено збереження конфіденційності інформації про пацієнтів. Отримані результати опрацьовано з використанням загальноприйнятих статистичних методів.

### Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі вивчалось питання задоволеності пацієнтів діагностичним процесом в стаціонарних отоларингологічних відділеннях.

Спочатку вивчалось питання обстеження респондентів при підготовці до стаціонарного лікування. Встановлено, що  $62,75 \pm 2,4\%$  серед госпіталізованих

планово і  $22,25 \pm 2,1\%$  серед госпіталізованих ургентно були повністю або частково обстежені в поліклініці перед госпіталізацією. Далі вивчалось питання повторного обстеження в стаціонарі пацієнтів до початку лікування. З опитаних  $96,50 \pm 0,9\%$  вказали на те, що в стаціонарі проходили повторне обстеження. Достовірної різниці у відповідях пацієнтів госпіталізованих планово та ургентно не виявлено.

Встановлено, що респонденти з числа госпіталізованих планово вказали, що інформовану згоду на обстеження давали тільки  $2,25 \pm 0,7\%$ . При цьому лабораторні методи дослідження були платними для  $59,75 \pm 2,5\%$  респондентів, рентгенологічні – для  $86,75 \pm 1,7\%$ , функціональні – для  $72,5 \pm 2,2\%$ . При цьому  $33,75 \pm 2,4\%$  відмітили недодержання етичних норм, а  $31,50 \pm 2,3\%$  – санітарно-гігієнічних умов під час дослідження.

З метою вивчення задоволеності пацієнтів якістю лікування респондентам було запропоновано оцінити власний стан під час виписки як «одужання», «без змін», «погіршення». Результати самооцінки стану здоров'я під час виписки зі стаціонару вказали на таке:  $85,75 \pm 1,7\%$  респондентів відмітили позитивні зміни стану здоров'я за час лікування, які характеризувалися одужанням або поліпшенням стану,  $14,25 \pm 1,7\%$  зазначили, що проведене лікування не дало позитивного ефекту, у т.ч.  $2,25 \pm 0,7\%$  відмітили погіршення стану власного стану здоров'я. Виявлено вірогідну різницю між даними респондентів щодо оцінки кінцевого результату між госпіталізованими для одержання невідкладної та планової допомоги.

Повністю задоволені якістю медичної допомоги були  $57,50\%$  респондентів, не задоволені –  $34,5 \pm 2,4\%$ , не визначились у своєму рішенні –  $8,0 \pm 1,4\%$ . Вірогідної різниці в оцінці якості одержаної медичної допомоги залежно від статі та віку, а також місця проживання (село, місто) не встановлено.



Формування ставлення пацієнтів до якості медичної допомоги, яку вони отримали в стаціонарних відділеннях, залежало від багатьох чинників, результати вивчення яких наведено в таблиці 1.

За даними таблиці 1, більшість факторів, що негативно вплинули на оцінку якості медичної допомоги, носили організаційний характер та залежали від дотримання медичним персоналом правил етики та деонтології і прав пацієнтів.

Таблиця 1  
Чинники, що формують оцінку якості медичної допомоги (%)

Показник	Так	Ні	Не визначилися
Наявність інформації про методи лікування, що використовуються в лікарні	25,25±2,2	62,25±2,4	12,5±1,7
Інформованість про стандарт лікування	10,75±1,5	85,0±1,8	4,25±1,0
Доступність сучасних методів лікування	47,75±2,5	32,25±2,3	20,0±2,0
Психологічна обстановка сприяє видужуванню	7,75±1,3	78,75±2,0	13,5±1,7
Графік прийому процедур виважений і сприяє видужуванню	27,25±2,2	80,25±2,0	7,5±1,3
Наявність умов для відпочинку	7,25±1,3	88,75±1,6	4,0±1,0
Конфіденційність інформації про діагноз і методи лікування	32,25±2,3	67,50±2,3	0,25±0,2

За допомогою соціологічного дослідження визначено недоліки в організації лікувального процесу, що можна усунути відповідними управлінськими рішеннями на рівні закладу охорони здоров'я, а також проблемні питання, які потребують вирішення на галузевому рівні.

Одержані в ході дослідження дані вказали на низький рівень оцінки респондентами рівня задоволеності отриманою стаціонарною медичною допомогою, що підтверджено: задоволеністю якістю медичної допомоги – у 60,75±2,4%; відсутністю індивідуального графіку прийому процедур – у 80,25±2,0%; незабезпеченістю лікувально-охоронного режиму – у 80,75±1,7%; порушенням конфіденційності інформації 67,5±2,3%;

високим рівнем самозабезпеченості ліками (75,5±2,2%) при високій неспроможності купити необхідні ліки через високу вартість (40,5±2,5%).

Відповідно до програми дослідження вивчався стан інформованості пацієнтів стаціонарних відділень у питаннях, що стосуються діяльності медичних закладів та рівня і обсягів медичної допомоги, її якості і механізмів оплати. Результати, одержані в ході дослідження, наведено в таблиці 2.

Наведені в таблиці 2 дані вказали на те, що пацієнти стаціонарних відділень добре обізнані в таких питаннях, як умови відвідування родичами, гірше – про права та обов'язки пацієнтів, що перебувають на лікуванні в медичних закладах.

Таблиця 2  
Інформованість пацієнтів  
стаціонарних відділень із питань надання медичної допомоги (%)

№ пор.	Показник	Результат
1.	Про рівень та обсяги безоплатної медичної допомоги	2,5±0,8
2.	Умови одержання медичної допомоги за плату	6,75±1,3
3.	Умови добровільного медичного страхування та механізм страхування	12,5±1,7
4.	Відповідність безоплатної медичної допомоги галузевим стандартам	-
5.	Готельні умови та можливість їх поліпшення	12,5±1,7
6.	Умови харчування	87,75±1,8
7.	Умови відвідування родичами та друзями	81,0±2,0
8.	Про дії та ускладнення від лікарських препаратів	14,0±1,7
9.	Права та обов'язки пацієнтів закладу охорони здоров'я	31,25±2,3
10.	Інформація про особистість лікуючого лікаря та його кваліфікацію	-
11.	Умови вибору лікуючого лікаря	-
12.	Чи мали Ви доступ до медичної документації (історія хвороби)	2,75±0,8
13.	Чи давали Ви згоду на всі медичні втручання після того, як одержали повну про них інформацію	26,5±2,2
14.	Бажання мати вищенаведену інформацію	90,5±1,5



Наведені дані вказали на те, що близько 10% пацієнтів володіли інформацією про організацію безпосередньо лікувального процесу, і цілком закритою для пацієнтів була офіційна інформація про особистість лікуючого лікаря, його кваліфікацію, а також умови вибору лікуючого лікаря, гарантовані чинним законодавством.

## Висновки

Встановлено низький рівень оцінки пацієнтами отоларингологічних відділень якості та задоволеності отриманою медичною допомогою.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням якості надання стаціонарної отоларингологічної допомоги населенню.

## Література

1. *Вороненко Ю. В.* Методичні підходи до застосування класичних функцій управління в системі менеджменту якості медичної допомоги / Ю.В. Вороненко, В. В. Горачук, Б. П. Криштопа // Матеріали міжнародної наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, м. Київ, 4–5 квітня 2013 р. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. – № 1 (21). – С. 105–106.
2. *Вороненко Ю.* Управління якістю медичної допомоги: світові та вітчизняні моделі / Юрій Вороненко, Вікторія Горачук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 64–67.
3. *Горачук В. В.* Методичні підходи до організації проведення соціологічних опитувань в закладі охорони здоров'я / Вікторія Горачук, Ніна Гойда // Матеріали міжнародної наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, м. Київ, 5–6 квітня 2012 р. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 123–124.
4. *Горачук В.* Досвід проектування та реалізації процесів управління в системі якості медичної допомоги / Вікторія Горачук, Олександр Карета // 36. наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2014. – Вип. 33, кн. 1. – С. 385–392.
5. *Горачук В.* Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їх представників) медичною допомогою в закладі охорони здоров'я / Вікторія Горачук, Ніна Гойда // Современная педиатрия. – 2012. – № 1 (41). – С. 15–18.
6. *Децик О. З.* Освітній рівень керівників закладів охорони здоров'я з питань управління якістю медичної допомоги / О. З. Децик, В. В. Горачук, З. В. Лашкул // Галицький лікарський вісник. – 2013. – Т. 20, № 1, ч. 1. – С. 118–120.
7. *Криштопа Б.* Организация внутреннего аудита в системе контроля качества медицинской помощи / Борис Криштопа, Виктория Горачук // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. – 2014. – № 4 (175), вып. 25. – С. 163–168.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.11.2015 р.



**Оценка пациентами стационарной  
отоларингологической помощи***А.В. Якимец*

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

**Цель** – изучить и проанализировать оценку пациентами стационарной отоларингологической помощи.

**Материалы и методы.** Материалами исследования стали результаты социологического исследования, которым охвачено 400 пациентов стационарных отоларингологических отделений учреждений здравоохранения Ровенской области. Полученные результаты обработаны с использованием общепринятых статистических методов.

**Результаты.** Представлены результаты социологического исследования пациентов стационарных отделений отоларингологического профиля. Целью исследования было изучение уровня оценки качества медицинской помощи и их уровня удовлетворенности ею.

**Выводы.** Установлен низкий уровень оценки пациентами отоларингологических отделений качества и удовлетворенности полученной медицинской помощью.

**Ключевые слова:** стационарная отоларингологическая помощь, пациенты, оценка.

**Assessment of in-patient otolaryngological aid  
by the patients***O.V. Yakymets*

SI «Ukrainian institute of strategic researches  
MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study and analyze the assessment of in-patient otolaryngological aid by the patients.

**Materials and methods.** The results of sociological survey which covered 400 patients of in-patient otolaryngological departments of healthcare institutions in Rivne region were used as material of study. The results obtained were processed with the use of conventional statistical methods.

**Results.** The results of sociological research among the patients of in-patient otolaryngological departments are presented in the article. The analysis of the level of assessment of the quality of medical aid the level of patients' satisfaction with this aid was determined as the goal of study.

**Conclusions.** Low level of patients' assessment of quality and satisfaction with medical aid received in otolaryngological departments was detected.

**Key words:** in-patient otolaryngological aid, patients, assessment.

**Відомості про автора**

**Якимець Олександр Володимирович** – к.мед.н., пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.



УДК 614.2:616-082:316.614

Н.Р. Готь

## РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ ОБЛАСНОЇ ЛІКАРНІ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ «Український інститут громадського здоров'я МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити оцінку лікарями обласної лікарні організації високоспеціалізованої медичної допомоги.**Матеріали та методи.** За спеціально розробленою анкетною опитано 248 лікарів. Статистична обробка отриманих результатів проведена з використанням загальноприйнятих статистичних методів.**Результати.** Незадоволеність лікарів рівнем матеріально-технічного забезпечення становила від  $45,2 \pm 2,5\%$  до  $57,3 \pm 2,5\%$ , а забезпечення ліками та засобами медичного призначення –  $46,4 \pm 2,5\%$ . Рівень задоволеності умовами праці становив  $38,3 \pm 2,4\%$ , заробітною платою –  $23,4 \pm 2,1\%$ ; теоретичною та практичною підготовкою – відповідно  $44,8 \pm 2,5\%$  і  $46,3 \pm 2,5\%$ .**Висновки.** Лікарі обласної лікарні низько оцінили рівень високоспеціалізованої медичної допомоги.**Ключові слова:** обласна лікарня, лікарі, медична допомога, оцінка.

### Вступ

В умовах реформування галузі охорони здоров'я [2, 3] важливе значення має високоспеціалізована медична допомога [4]. У науковій літературі приділяється певна увага питанням діяльності обласних лікарень в умовах реформування галузі [1, 5], що і визначило актуальність дослідження.

**Мета роботи** – вивчити оцінку лікарями обласної лікарні організації високоспеціалізованої медичної допомоги.

### Матеріали та методи

За спеціально розробленою анкетною проведено соціологічне дослідження серед лікарів Львівської

обласної клінічної лікарні. Дослідження охоплено 248 лікарів. При дослідженні забезпечено умови збереження конфіденційності інформації про респондентів. Заповнення анкет проведено під час оперативних нарад у відділеннях лікарні. Лікарям надано 25 хв. на заповнення анкети. Статистична обробка отриманих результатів проведена з використанням загальноприйнятих статистичних методів.

### Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до програми дослідження методом соціологічного дослідження вивчалася професійна думка лікарів щодо організації медичної допомоги в обласній лікарні. На першому етапі дослідження вивчався рівень задоволеності лікарів забезпеченістю лікарні засобами для надання медичної допомоги пацієнтам (табл. 1).

Таблиця 1  
Рівень задоволеності лікарів  
засобами для надання медичної допомоги пацієнтам (%)

Показник	Позитивна оцінка	Негативна оцінка	Не визначився з відповіддю
Задоволеність рівнем матеріально-технічного забезпечення лікувально-діагностичного процесу	$36,7 \pm 2,4$	$45,2 \pm 2,5$	$18,1 \pm 1,9$
Задоволеність рівнем забезпечення ліками та засобами медичного призначення	$22,9 \pm 2,1$	$46,4 \pm 2,5$	$30,7 \pm 2,3$
Задоволеність рівнем забезпечення медичними виробами одноразового використання	$19,4 \pm 2,0$	$57,3 \pm 2,5$	$23,3 \pm 2,1$
Задоволеність рівнем забезпечення препаратами крові	$20,9 \pm 2,0$	$33,9 \pm 2,4$	$45,2 \pm 2,5$
Задоволеність рівнем забезпечення колоїдними розчинами	$29,4 \pm 2,3$	$33,5 \pm 2,3$	$37,1 \pm 2,4$
Чи ознайомлені Ви з клінічними протоколами, які затверджені МОЗ України?	$61,7 \pm 2,4$	$38,3 \pm 2,4$	-
Чи маєте Ви у своєму підрозділі локальні протоколи?	$48,8 \pm 2,5$	$51,2 \pm 2,5$	-
Чи використовуєте Ви у практичній діяльності клінічні протоколи, які затверджені МОЗ України?	$32,7 \pm 2,3$	$67,3 \pm 2,3$	-



Чи використовуєте Ви у практичній діяльності  
локальні клінічні протоколи?

29,4±2,3

70,6±2,3

-

Отримані в ході соціологічного дослідження та наведені в таблиці 1 дані вказали на високий рівень незадоволеності лікарів обласної клінічної лікарні рівнем матеріально-технічного забезпечення лікувально-діагностичного процесу (45,2±2,5% – 57,3±2,5%) і забезпечення ліками та засобами медичного призначення (46,4±2,5%).

При цьому ознайомлені з клінічними протоколами були 61,7±2,4% опитаних лікарів, серед яких 32,7±2,3% респондентів використовували їх у клінічній діяльності, що може бути пов'язане з низьким рівнем матеріального технічного забезпечення та забезпечення лікарськими засобами і засобами медичного призначення та колоїдними розчинами і препаратами крові.

Локальні протоколи були у 48,8±2,5% опитаних лікарів, серед яких 29,4±2,3% респондентів використовували їх у своїй діяльності, що вказало на формальний підхід до стандартизації медичної допомоги в лікарні.

Далі групувалися та статистично опрацьовувалися результати соціологічного дослідження можливості лікарями проводити обстеження пацієнтів відповідно до клінічних протоколів. Відповідали лікарі, ознайомлені з клінічними протоколами (153 особи). Результати наведено в таблиці 2.

Аналіз наведених у таблиці 2 даних соціологічного дослідження вказав на недостатній для організації якісної медичної допомоги рівень можливості забезпечити діагностичний процес в робочий час, а також на надзвичайно низький рівень забезпечення діагностичного процесу в нічний час та вихідні і святкові дні.

Наступним кроком дослідження стало вивчення можливості отримання лікарями-спеціалістами консультації інших лікарів як у звичайний робочий час, так і у святкові й вихідні дні. Отримані результати наведено на рисунку 1.

Таблиця 2  
Можливість лікарів  
проводити обстеження пацієнтів відповідно до клінічних протоколів (%)

Методи обстеження	Робочий час		Святкові та вихідні дні		Нічний час	
	так	ні	так	ні	так	ні
Лабораторні клінічні	37,9	62,1	35,3	64,7	35,3	64,7
Біохімічні	20,3	79,7	-	100,0	-	100,0
Цитохімічні	7,2	92,8	-	100,0	-	100,0
Імунологічні	16,9	83,1	-	100,0	-	100,0
Бактеріологічні	25,5	74,5	-	100,0	-	100,0
Рентгенологічні	41,8	58,2	28,1	71,9	28,1	71,9
Ультразвукові	64,1	35,9	30,7	69,3	30,7	69,3
Магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія	9,8	90,2	-	100,0	-	100,0
Функціональні	53,6	46,4	-	100,0	-	100,0

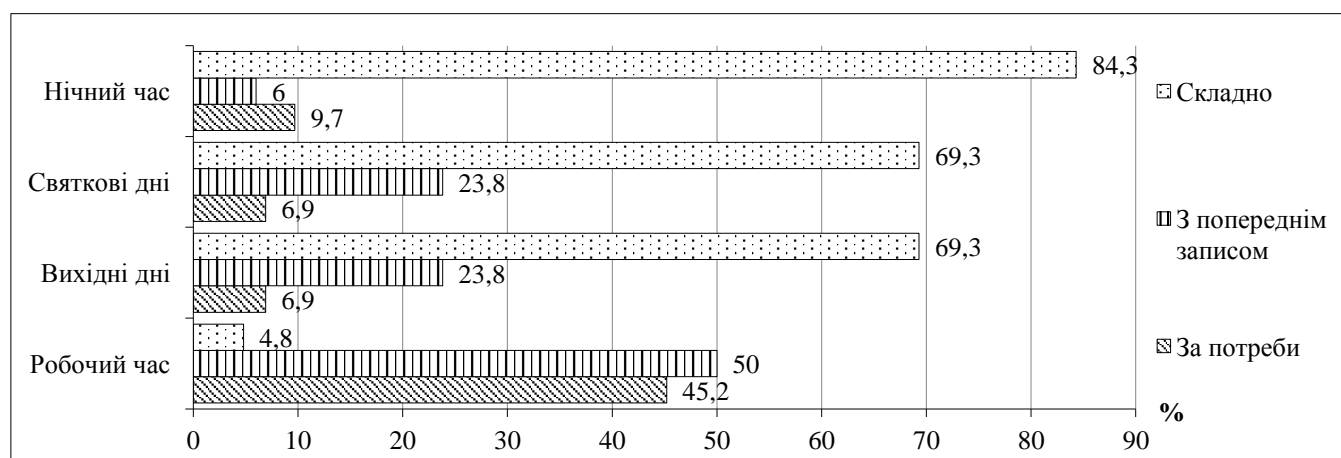


Рис. 1. Можливість отримати консультації  
лікарів-спеціалістів відповідно до клінічних протоколів (%)



Далі вивчалася питання щодо використання діагностичних служб для контролю ефективності лікувальних заходів. Отримані результати наведено в таблиці 3.

Таблиця 3  
Рівень використання діагностичних служб  
для контролю ефективності лікувальних заходів (%)

Вид дослідження	%
Лабораторні клінічні методи	74,2±2,2
Біохімічні методи	68,3±2,3
Імунологічні методи	7,3±1,3
Цитохімічні методи	-
Бактеріологічні методи	2,3±0,7
Рентгенологічні методи	37,8±2,4
Ультразвукові методи	31,4±2,3
Магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія	5,3±1,1
Функціональні методи	22,3±2,1

За результатами дослідження, наведеними в таблиці 3, найчастіше з метою контролю ефективності лікування лікарі використовували клінічні (74,2±2,2%) і біохімічні (68,3±2,3%) лабораторні методи обстеження пацієнтів та променеві методи діагностики: рентгенологічні (37,8±2,4%) та ультразвукове дослідження (31,4±2,3%).

Результати вивчення терміну отримання результатів дослідження при використанні діагностичних служб для контролю ефективності лікувальних заходів наведено на рисунку 2.

Аналіз наведених на рисунку 2 результатів дослідження показав, що в термін, визначений ВООЗ для забезпечення ефективного контролю за результатами лікування, особливо при критичних станах, результати діагностичних обстежень отримували лікарі-клініцисти до 15,3±1,8% у робочий час і в межах 5,3±1,1% – 3,2±0,9% у неробочий час, включаючи нічний.

За даними доказового менеджменту, такі терміни отримання результатів діагностичного дослідження з метою контролю ефективності лікувального процесу не дають змоги ефективно та своєчасно впливати на якість лікувального процесу і передусім на надання інтенсивної медичної допомоги.

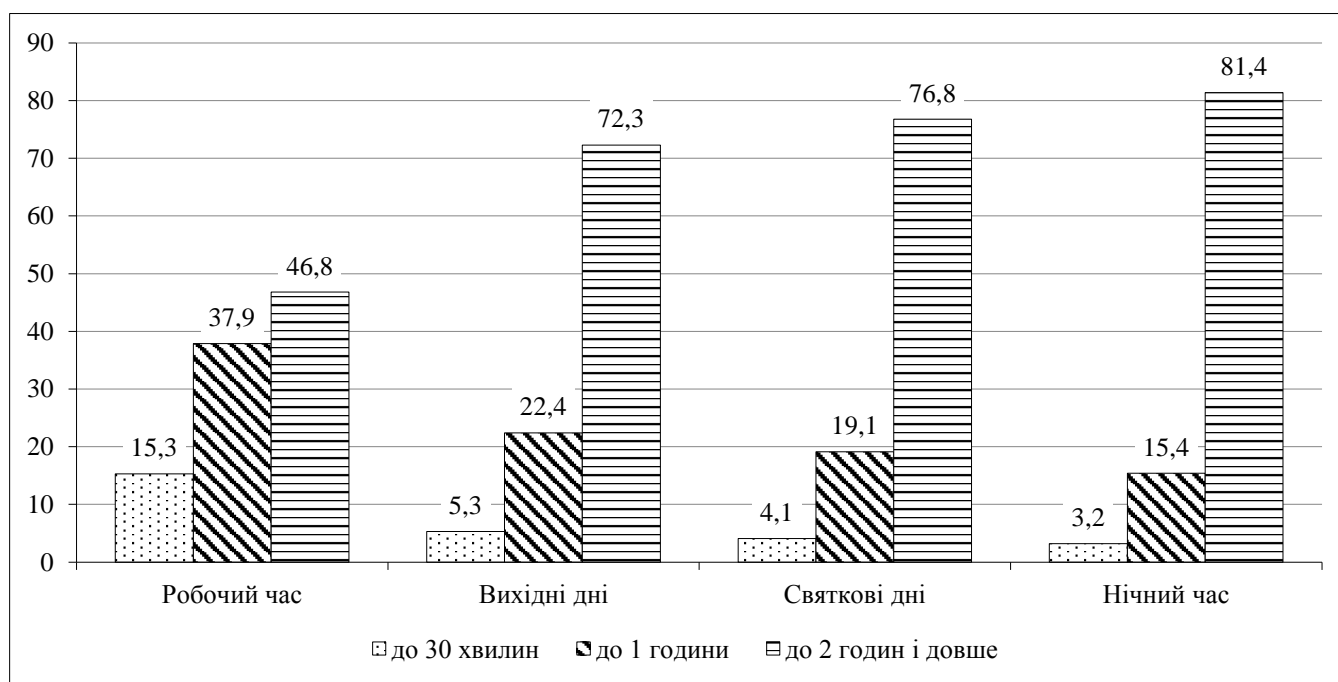


Рис. 2. Термін отримання результатів дослідження при використанні діагностичних служб для контролю ефективності лікувальних заходів (%)

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу результатів дослідження щодо рівня задоволеності опитаних лікарів рівнем своєї теоретичної та практичної підготовки для надання високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам.

Аналіз отриманих даних щодо самооцінки задоволеності лікарів рівнем своєї теоретичної та практичної підготовки до надання високоспеціалізованої

медичної допомоги показав, що рівень задоволеності лікарів теоретичною та практичною підготовкою становив відповідно 44,8±2,5% і 46,3±2,5%, а незадоволеності – відповідно 22,5±2,1% і 23,3±2,1%.

Далі групувалися та статистично опрацьовувалися результати соціологічного дослідження можливості лікарями постійно підвищувати рівень своєї професійної майстерності та джерел отримання професійної



майстерності. Отримані результати вказали на наступне. Серед респондентів  $58,4 \pm 2,5\%$  мали можливість у своїй лікарні постійно удосконалювати професійну майстерність. Серед опитаних отримували інформацію про нові методи діагностики, лікування та організації медичної допомоги під час:

- курсів підвищення кваліфікації –  $88,6 \pm 1,6\%$ ;
- наукових конференцій –  $43,7 \pm 2,5\%$ ;

- семінарів у закладах охорони здоров'я –  $32,5 \pm 2,3\%$ ;
- інші форми –  $46,7 \pm 2,5\%$ .

Далі, відповідно до програми дослідження, методом соціологічного дослідження серед лікарів вивчалось питання оцінки ними окремих питань з організації праці. Отримані результати наведено в таблиці 4.

Таблиця 4  
Оцінка лікарями  
окремих питань з організації праці (%)

Показник	Позитивна оцінка	Негативна оцінка	Не визначився з відповіддю
Задоволеність умовами праці	$38,3 \pm 2,4$	$55,7 \pm 2,5$	$6,0 \pm 1,2$
Оцінка мікроклімату в колективі	$33,9 \pm 2,4$	$61,3 \pm 2,4$	$4,8 \pm 1,1$
Відповідність заробітної плати обсягу і якості Вашої праці	$23,4 \pm 2,1$	$75,0 \pm 2,2$	$1,6 \pm 0,6$
Готовність більш інтенсивно і якісно працювати за відповідну матеріальну винагороду	$77,0 \pm 2,1$	$21,0 \pm 2,0$	$2,0 \pm 0,7$
Наявність конфліктних ситуацій з керівництвом, медичним персоналом, пацієнтами та їхніми родичами чи адміністративно-господарськими працівниками	$61,3 \pm 2,4$	$35,9 \pm 2,4$	$2,8 \pm 0,8$

Аналіз наведених у таблиці 4 даних вказав на низький рівень задоволеності умовами праці лікарів ( $38,3 \pm 2,4\%$ ) і заробітною платою ( $23,4 \pm 2,1\%$ ), високий рівень наявності конфліктних ситуацій ( $61,3 \pm 2,4\%$ ). Позитивним результатом соціологічного дослідження було те, що  $77,0 \pm 2,1\%$  опитаних лікарів висловили готовність більш інтенсивно та якісно працювати за відповідну матеріальну винагороду.

### Висновки

Встановлено високий рівень незадоволеності лікарів обласної клінічної лікарні рівнем матеріально-технічного забезпечення лікувально-діагностичного процесу в лікарні ( $45,2 \pm 2,5\%$  –  $57,3 \pm 2,5\%$ ) і забезпечення ліками та засобами медичного призначення ( $46,4 \pm 2,5\%$ ). При цьому з клінічними протоколами були ознайомлені  $61,7 \pm 2,4\%$  опитаних лікарів, серед яких  $32,7 \pm 2,3\%$  респондентів використовували їх у клінічній діяльності. Локальні протоколи були у  $48,8 \pm 2,5\%$  опитаних лікарів, серед яких  $29,4 \pm 2,3\%$  респондентів використовували їх у своїй діяльності, що вказало на формальний підхід до стандартизації медичної допомоги в лікарні. Встановлено недостатній для організації якісної медичної допомоги рівень можливості забезпечити діагностичний процес у робочий час і надзвичайно низький рівень забезпечення діагностичного процесу в нічний час та вихідні і святкові дні. При цьому в термін, визначений ВООЗ для

забезпечення ефективного контролю за результатами лікування, особливо при критичних станах, результати діагностичних обстежень отримували лікарі-клініцисти до  $15,3 \pm 1,8\%$  у робочий час і в межах  $5,3 \pm 1,1\%$  –  $3,2 \pm 0,9\%$  у неробочий час, включаючи нічний час. Рівень задоволеності лікарів теоретичною та практичною підготовкою до надання високоспеціалізованої медичної допомоги становив відповідно  $44,8 \pm 2,5\%$  і  $46,3 \pm 2,5\%$ , а незадоволеності – відповідно  $22,5 \pm 2,1\%$  і  $23,3 \pm 2,1\%$ . При цьому  $58,4 \pm 2,5\%$  мали можливість у своїй лікарні постійно удосконалювати професійну майстерність. Серед респондентів інформацію про нові методи діагностики, лікування та організації медичної допомоги отримували під час курсів підвищення кваліфікації ( $88,6 \pm 1,6\%$ ); наукових конференцій ( $3,7 \pm 2,5\%$ ); семінарів у закладах охорони здоров'я ( $32,5 \pm 2,3\%$ ); інших форм ( $46,7 \pm 2,5\%$ ). Встановлено низький рівень задоволеності умовами праці лікарів ( $38,3 \pm 2,4\%$ ) і заробітною платою ( $23,4 \pm 2,1\%$ ), високий рівень наявності конфліктних ситуацій ( $61,3 \pm 2,4\%$ ). Позитивним результатом соціологічного дослідження було те, що  $77,0 \pm 2,1\%$  опитаних лікарів висловили готовність більш інтенсивно та якісно працювати за відповідну матеріальну винагороду.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням якості та ефективності високоспеціалізованої медичної допомоги.



## Література

1. Готь Н. Р. Задоволеність пацієнтів обласної лікарні отриманою медичною допомогою / Н. Р. Готь, Г. О. Слабкий // Світ медицини і біології. – 2013. – № 2 (38). – С. 112–115.
2. Лехан В. М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (спеціальний випуск). – С. 67–86.
3. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5–23.
4. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: спільний звіт / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – Київ : Вид-во Расвського, 2005. – 168 с.
5. Слабкий Г. О. До питання організації медичної допомоги обласною лікарнею в умовах реформування системи медичної допомоги населенню / Г. О. Слабкий, Н. Р. Готь // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – 2013. – № 4. – С. 78–80.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.11.2015 р.

### Результаты социологического опроса врачей областной больницы относительно организации высокоспециализированной медицинской помощи

Н.Р. Готь

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

**Цель** – изучить оценку врачами областной больницы организации высокоспециализированной медицинской помощи.

**Материалы и методы.** По специально разработанной анкете опрошены 248 врачей. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием общепринятых статистических методов.

**Результаты.** Неудовлетворенность врачей уровнем материально-технического обеспечения составила от  $45,2 \pm 2,5\%$  до  $57,3 \pm 2,5\%$ , а обеспечения лекарствами и средствами медицинского назначения –  $46,4 \pm 2,5\%$ . Уровень удовлетворенности условиями работы составил  $38,3 \pm 2,4\%$ , заработной платой –  $23,4 \pm 2,1\%$ ; теоретической и практической подготовкой – соответственно  $44,8 \pm 2,5\%$  и  $46,3 \pm 2,5\%$ .

**Выводы.** Врачи областной больницы низко оценили уровень высокоспециализированной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** областная больница, врачи, медицинская помощь, оценка.

### The results of sociological survey of regional hospital physicians as for the organization of highly specialized medical aid

N.R. Got

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to consider the assessment of highly specialized (tertiary) medical care by the physicians of regional hospital.

**Materials and methods.** 248 physicians were questioned with the help of specially composed questionnaire. Statistical processing of the results obtained was held with the use of conventional statistical methods.

**Results.** Doctors' dissatisfaction with the level of logistics composed  $45.2 \pm 2.5\%$  –  $57.3 \pm 2.5\%$  and providing with medicines and medical tools ( $46.4 \pm 2.5\%$ ). The level of satisfaction with working conditions was  $38.3 \pm 2.4\%$ , with wages  $23.4 \pm 2.1\%$ . The level of satisfaction with theoretical and practical training composed  $44.8 \pm 2.5\%$  and  $46.3 \pm 2.5\%$  respectively.

**Conclusions.** The physicians of regional hospital demonstrated low evaluation of highly specialized (tertiary) medical care.

**Key words:** regional hospital, physicians, medical aid, assessment.

## Відомості про автора

Готь Наталія Романівна – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.



УДК 614.2:725.51.004.12(477.87)

В.В. Скрип

## ХАРАКТЕРИСТИКА МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ЇХ ОСНОВНИХ РЕСУРСІВ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна  
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити і проаналізувати мережу закладів охорони здоров'я Закарпатської області та їх основні ресурси.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження були звіти закладів охорони здоров'я Закарпатської області, які надають первинну та вторинну медичну допомогу, за 2014 р. Метод: статистичний. Отримані результати статистично опрацьовані з використанням загальноприйнятих методів.

**Результати.** Встановлено нерівномірний рівень забезпеченості населення області в розрізі адміністративних територій закладами охорони здоров'я, госпітальними ліжками та медичними кадрами.

**Висновки.** Забезпеченість населення мережею закладів охорони здоров'я та їх основними ресурсами має бути врахована в подальшому реформуванні системи вторинної медичної допомоги населенню області.

**Ключові слова:** Закарпатська область, заклади охорони здоров'я, госпітальні ліжка, медичні кадри, населення, адміністративні території, забезпеченість.

### Вступ

Сьогодні в Україні проводиться комплексне реформування системи охорони здоров'я [2], яке передбачає пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини [3, 4] та оптимізацію вторинної медичної допомоги із формуванням госпітальних округів [5] і створенням лікарень нового для України типу: інтенсивного лікування, планового лікування, відновного лікування та хоспісів [2]. Для проведення реформи необхідний детальний аналіз існуючої системи охорони здоров'я, мережі закладів охорони здоров'я та їх ресурсного забезпечення і показників діяльності [1]. Це і визначило актуальність даного дослідження.

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати мережу закладів охорони здоров'я Закарпатської області та їх основні ресурси.

### Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали звіти закладів охорони здоров'я Закарпатської області, які надають первинну та вторинну медичну допомогу, за 2014 р. Методом дослідження був статистичний. Отримані результати статистично опрацьовані з використанням загальноприйнятих методів.

### Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження вивчено та проаналізовано мережу закладів охорони здоров'я області в розрізі адміністративних територій (табл. 1).

За наведеними в табл. 1 даними, із 13 адміністративних районів у 5 (38,5%) функціонують центральні районні лікарні (ЦРЛ), у 10 (76,9%) – районні лікарні (РЛ), в 11 (84,6%) – центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), у 3 (23,1%) – районні поліклініки, у 5 (38,5%) – міські лікарні, в 1 (7,7%) – районний диспансер, у 2 (15,4%) районах – стоматологічні поліклініки. Аналіз отриманих даних вказує на нерівномірний розподіл між адміністративними районами закладів охорони здоров'я.

У м. Ужгород (обласний центр) функціонують районна та міська поліклініка, лікарні для дітей та дорослих, пологовий будинок і ЦПМСД. В обласному центрі відсутні міські диспансери та стоматологічні міські поліклініки.

Вивчення забезпеченості населення лікарняними ліжками (на 100 тис. населення) вказує на достовірну різницю показника в розрізі адміністративних територій: від 0,8 (Хустський) до 6,5 (Рахівський район). Різниця становить 8,1 разу.

Наступним кроком дослідження було вивчення забезпеченості населення ліжковим фондом (табл. 2).

За даними табл. 2, забезпеченість населення в розрізі адміністративних територій має достовірні відмінності: від 18,65 на 10 тис. населення в Ужгородському районі до 54,55 у м. Ужгород. Різниця становить 2,9 ( $p \leq 0,05$ ) разу.



Таблиця 1

**Мережа закладів охорони здоров'я  
Закарпатської області в розрізі адміністративних територій за 2014 р.**

Адміністративна територія	ЦРЛ	РЛ	ЦПМСД	Рай поліклініка	Міська поліклініка	Міські лікарні	Міські дитячі лікарні	Дільничні лікарні	Пологовий будинок	АЗПСМ	ФАПи	Районні диспансери	Стомат. поліклініки	Всього	Лікарняні заклади	На 100 тис. населення
Берегівський	1		1							24	19			45	1	1,3
В.Березнянський		1	1							7	26			35	1	3,7
Виноградівський		1				1				32	16			50	2	1,7
Воловецький	1		1							5	23			30	1	4,1
Іншавський		1	1							30	7		1	40	1	1,0
Міжгірський		1	1							12	32			46	1	2,1
Мукачівський	1		1					3		24	44			73	4	2,2
Перечинський	1		1							11	10			23	1	3,1
Рахівський		1	1			3		2		25	8			40	6	6,5
Свалявський	1		1							13	14			29	1	1,9
Тячівський		2		1		1		4		29	34	1		72	7	4,6
Ужгородський		2	1	1						28	31			63	2	2,5
Хустський		1		1						26	16		1	45	1	0,8
м. Ужгород			1		1	1	1		1	9	-			14	3	2,6
Усього	5	10	11	3	1	6	1	9	1	275	280	1	2	605	41	3,7

Таблиця 2

**Ліжковий фонд у розрізі адміністративних територій за 2014 р.**

Адміністративна територія	Абсолютна кількість	На 10 тис. населення
Берегівський	340	44,72
В.Березнянський	118	44,18
Виноградівський	500	41,53
Воловецький	115	46,96
Іншавський	405	40,64
Міжгірський	206	42,96
Мукачівський	845	45,45
Перечинський	127	39,81
Рахівський	385	41,80
Свалявський	245	45,36
Тячівський	750	43,06
Ужгородський	147	18,65
Хустський	528	41,43
м. Ужгород	624	54,55

Далі вивчалоя забезпечення системи охорони області в розрізі адміністративних територій такими важливими ресурсами, як медичні кадри (табл. 3).

Аналіз забезпечення штатними посадами (табл. 3) лікарів і середніх медичних сестер у розрізі

адміністративних територій (абс.) показує достовірні відмінності, пов'язані з кількістю та потужністю закладів охорони здоров'я, які на їх територіях функціонують.



Таблиця 3

Медичні кадри в розрізі адміністративних територій за 2014 р. (на 10 тис. населення)

Адміністративна територія	Лікарі			Середні медичні працівники		
	штатні посади	зайняті посади		штатні посади	зайняті посади	
		абс.	%		абс.	%
Берегівський	207,25	175,00	84,40	443,25	402,25	90,80
В.Березнянський	65,50	63,50	96,90	155,50	154,50	99,40
Виноградівський	283,25	264,75	93,50	671,50	646,75	96,30
Воловецький	74,25	64,50	86,80	173,25	167,50	96,70
Іншавський	221,00	219,00	99,10	634,50	632,25	99,60
Міжгірський	123,25	113,75	92,30	291,50	287,00	98,50
Мукачівський	478,00	457,75	95,70	989,00	955,75	96,60
Перечинський	82,25	77,75	94,50	167,75	162,50	96,90
Рахівський	228,50	218,50	95,60	481,50	463,00	96,20
Свалявський	144,25	127,75	88,60	289,25	286,75	99,10
Тячівський	434,00	409,50	94,40	947,75	938,25	98,90
Ужгородський	166,00	158,25	95,30	278,25	253,00	90,90
Хустський	320,75	303,50	94,60	663,25	655,75	98,90
м. Ужгород	440,00	426,00	96,80	671,75	647,75	96,40

Важливим показником є рівень укомплектованості штатних посад.

Укомплектованість штатних посад лікарів коливається від 84,4% у Берегівському до 99,1% в Іншавському районі. Різниця є недостовірною і становить 1,2 разу.

Укомплектованість штатних посад середніх медичних працівників коливається за адміністративними територіями в межах 96,3–99,6%.

У цілому рівень укомплектованості штатних посад медичних працівників дає змогу, згідно з доказовим менеджментом, надавати якісну медичну допомогу пацієнтам.

## Висновки

Забезпеченість населення мережею закладів охорони здоров'я та їх основними ресурсами має бути врахована в подальшому реформуванні системи вторинної медичної допомоги населенню області.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням та аналізом показників діяльності системи охорони здоров'я області в розрізі адміністративних територій.

## Література

1. Лехан В. М. Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я : методичні рекомендації 151.13/304.13 / уклад. : В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко ; МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, ДЗ «ДМА МОЗ України». – Київ, 2013. – 36 с.
2. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5–23.
3. Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. Г. Гінзбург [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2 (22). – С. 63–69.
4. Новая модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. Г. Гінзбург [та ін.] // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. – Tom LXVII, gr.2czesc. II. – P. 210–214.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – Київ, 2013. – 415 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.11.2015 р.



**Характеристика сети учреждений здравоохранения  
Закарпатской области и их основных ресурсов***В.В. Скрип*

ГБУЗ «Ужгородский национальный университет»,

г. Ужгород, Украина

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

**Цель** – изучить и проанализировать сеть заведений здравоохранения Закарпатской области и их основные ресурсы.

**Материалы и методы.** Материалами исследования были отчеты учреждений здравоохранения Закарпатской области, которые оказывают первичную и вторичную медицинскую помощь, за 2014 г. Метод: статистический. Полученные результаты статистически проработаны с использованием общепринятых методов.

**Результаты.** Установлен неравномерный уровень обеспеченности населения области в разрезе административных территорий заведениями здравоохранения, госпитальными койками и медицинскими кадрами.

**Выводы.** Обеспеченность населения сетью заведений здравоохранения и их основными ресурсами должна быть учтена в дальнейшем реформировании системы вторичной медицинской помощи населению области.

**Ключевые слова:** Закарпатская область, учреждения здравоохранения, госпитальные койки, медицинские кадры, население, административные территории, обеспеченность.

**Characteristic of the network of healthcare institutions  
of Transcarpathian region and their main resources***V.V. Skryp*

SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches

Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study and analyze the network of healthcare institutions of Transcarpathian region and their main resources.

**Materials and methods.** The reports of healthcare institutions of Transcarpathian region that provide primary and secondary medical care for 2014 were taken as the material of research. Statistical method was used as principal method of study. The results obtained were statistically processed with the use conventional methods.

**Results.** Uneven level of population provision with healthcare institutions, hospital beds and medical personnel was determined in the region in the context of administrative territories.

**Conclusions.** Provision of population with healthcare institutions network and their main resources should be taken into consideration in further reforming the system of secondary medical aid to the population of the region.

**Key words:** Transcarpathian region, health care institutions, hospital beds, medical personnel, population, administrative territories, provision.

**Відомості про автора**

**Скрип Василь Васильович** – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.



УДК 614.2:617-089:312.6(477-25)

В.В. Бідний

## ЛІЖКОВИЙ ФОНД УРОЛОГІЧНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ СЛУЖБИ ДЛЯ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ МІСТА КИЄВА ТА ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЙОГО ВИКОРИСТАННЯ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити та проаналізувати використання ліжкового фонду урологічної спеціалізованої служби для дорослого населення м. Києва.

**Матеріали та методи.** У ході виконання роботи використано дані галузевої статистичної звітності за 2010–2014 рр. Основним методом дослідження був статистичний.

**Результати.** У розрізі закладів охорони здоров'я, які у своєму складі мають спеціалізовані урологічні госпітальні ліжка, зареєстровано достовірну різницю в показниках роботи ліжка та в середніх термінах перебування пацієнтів на ліжку.

**Висновки.** Показана недостатня ефективність використання спеціалізованого урологічного ліжкового фонду, що потребує її оптимізації.

**Ключові слова:** госпітальні ліжка, урологічний профіль, діяльність, основні показники, м. Київ.

### Вступ

У системі охорони здоров'я України проводиться реформа стаціонарного сектору [2, 3, 6]. Передбачено формування госпітальних округів зі створенням лікарень інтенсивного лікування пацієнтів [5, 7]. Важливим кроком при формуванні потреби населення та окремих видах медичної допомоги являється вивчення та аналіз використання існуючого ліжкового фонду [4].

Організація ефективної та якісної стаціонарної урологічної допомоги населенню в умовах реформування галузі посідає важливе місце в збереженні та зміцненні здоров'я населення [1, 8].

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати використання ліжкового фонду урологічної спеціалізованої служби для дорослого населення м. Києва.

### Матеріали та методи

У ході виконання роботи використано дані галузевої статистичної звітності за 2010–2014 рр. Основним методом дослідження був статистичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження вивчено дані щодо кількості урологічних стаціонарних ліжок для дорослого населення в розрізі закладів охорони здоров'я. Отримані результати наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Ліжковий фонд урологічного профілю  
для дорослого населення м. Києва у 2010–2014 рр. (абс.)

Заклад охорони здоров'я	Рік					
	2010	2011	2012	2013	2014	2014 до 2010
Олександрівська клінічна лікарня	130	130	90	90	90	-40
Міська клінічна лікарня №3	50	50	50	50	50	Без змін
Міська клінічна лікарня № 6	60	60	60	60	60	Без змін
Київський міський клінічний шпиталь інвалідів Великої Вітчизняної війни	30	30	30	30	30	Без змін
Усього	270	270	230	230	230	-40

За наведеними в таблиці 1 даними, госпітальні урологічні ліжка розташовані в 4 закладах охорони здоров'я міста. За роки дослідження скорочено 40 ліжок у 2012 р. за рахунок Олександрівської клінічної лікарні.

Наступним кроком дослідження було вивчення даних про кількість пацієнтів, які надійшли на стаціонарне лікування до урологічних відділень за період дослідження, у тому числі іногородніх мешканців. Отримані результати наведено в таблиці 2.



Таблиця 2  
Дані про госпіталізованих пацієнтів  
на госпітальні урологічні ліжка в м. Києві у 2010–2014 рр.

Заклад охорони здоров'я	Госпіталізовано всього					2014 до 2010	Госпіталізовано іногородніх громадян										2014 до 2010, %
	2010	2011	2012	2013	2014		2010		2011		2012		2013		2014		
							абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Олександрівська клінічна лікарня	4811	5506	4751	4865	4789	-22	273	5,7	339	6,2	306	6,4	344	7,1	486	10,1	+4,4
Міська клінічна лікарня № 3	1768	1944	1903	1891	1941	+173	20	1,1	22	1,1	28	1,5	36	1,9	41	2,1	+1,0
Міська клінічна лікарня № 6	2623	2524	2612	2296	2680	+57	124	4,7	150	5,9	175	6,7	171	7,4	245	9,1	+4,4
Київський міський клінічний шпиталь інвалідів Великої Вітчизняної війни	518	507	502	506	388	-130	10	1,9	10	1,9	15	2,9	16	3,2	20	5,2	+3,3



Аналіз наведених у таблиці 2 даних вказав на збільшення кількості госпіталізованих, за роки дослідження, на спеціалізоване урологічне ліжко пацієнтів на 88 на рік з показником у 2014 р. 9798 осіб. При цьому найбільше число пролікованих пацієнтів зареєстровано у 2011 р. – 10 483 особи. Кількість госпіталізованих пацієнтів у розрізі закладів охорони здоров'я достовірно відрізняється, що пов'язано з потужністю урологічних відділень.

У ході аналізу встановлено збільшення частки пролікованих іногородніх пацієнтів, яка у 2014 р.

становила 8,1% з різницею за закладами охорони здоров'я від 2,1% у міській клінічній лікарні № 3 до 10,1% в Олександрівській клінічній лікарні.

Далі вивчалось питання основних показників діяльності урологічних госпітальних ліжок, до яких віднесено середнє число роботи ліжок на день та середнє число днів перебування пацієнтів на госпітальному урологічному ліжку. Отримані результати наведено в таблиці 3.

Таблиця 3  
Основні показники діяльності  
госпітальних ліжок урологічного профілю м. Києва у 2010–2014 рр.

Заклад охорони здоров'я	Середнє число роботи ліжок на рік, днів						Середнє число днів перебування пацієнтів на ліжку, днів					
	2010	2011	2012	2013	2014	2014 до 2010	2010	2011	2012	2013	2014	2014 до 2010
Олександрівська клінічна лікарня	295,3	325,9	343,0	303,0	319,6	+24,3	8,0	7,7	6,5	5,6	6,0	-2,0
Міська клінічна лікарня № 3	293,0	282,6	286,4	290,8	302,7	+9,7	8,2	7,2	7,5	7,7	7,8	-0,4
Міська клінічна лікарня № 6	336,6	316,6	337,8	318,3	355,8	+9,2	7,7	7,5	7,7	8,3	7,9	+0,2
Київський міський клінічний шпиталь інвалідів Великої Вітчизняної війни	343,4	343,3	333,5	327,1	284,3	-59,1	19,8	20,2	19,9	19,3	21,7	+1,9
Усього	309,5	317,8	328,1	307,5	320,8	+11,3	8,6	8,2	7,7	7,4	7,5	-1,1

Аналіз наведених в таблиці 3 даних вказав на нерівномірність роботи госпітальних ліжок для надання стаціонарної допомоги пацієнтам урологічного профілю. Найнижчий показник роботи стаціонарного ліжка даного профілю зареєстровано у 2011 р. у міській клінічній лікарні № 3 (282,6 дня), а найвищий – у 2014 р. в міській клінічній лікарні № 6 (355,8 дня). Різниця граничних показників роботи урологічного ліжка становила 73,2 дня.

У цілому в місті робота спеціалізованого урологічного ліжка за роки дослідження збільшилася на 11,3 дня і склала 320,8 дня на рік.

За роки дослідження середнє перебування пацієнтів на госпітальному ліжку в місті скоротилося на 1,1 дня і склало 7,5 дня. При цьому виявлено достовірну

різницю даного показника в розрізі закладів охорони здоров'я: від 6,0 в Олександрівській клінічній лікарні до 21,7 у Київському міському клінічному шпиталі інвалідів Великої Вітчизняної війни – 3,6 разу.

### Висновки

Показана недостатня ефективність використання спеціалізованого урологічного ліжкового фонду, що потребує її оптимізації.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням якості надання урологічної стаціонарної допомоги в закладах охорони здоров'я м. Києва.

### Література

1. *Виблая И. В.* Определение потребности в стационарной медицинской помощи на муниципальном и речноканальном уровнях и пути максимального ее удовлетворения : автореф. дис. ... д.мед.н. : Кемерово, гос. мед. акад. / И. В. Виблая. – Кемерово, 2004. – 47 с.
2. *Кризина Н. П.* Реформування галузі охорони здоров'я України на рівні вторинної медичної допомоги / Н. П. Кризина, С. В. Збітнєва // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 142–144.



3. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №1. – С. 5–23.
4. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4.
5. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка / Г. Я. Пархоменко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 39–41.
6. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсєєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – Київ, 2011. – 149 с.
7. Слабкий Г. Нова структура закладів охорони здоров'я / Г. Слабкий // Практика управління медичним закладом. – 2011. – № 11. – С. 14–35.
8. Успенская И. В. Социально-экономические аспекты организации больничной помощи на региональном уровне : автореф. дис. ... д.мед.н. : Рязан. гос. мед. ун-т / И. В. Успенская. – Рязань, 2004. – 42 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.11.2015 р.

**Коечный фонд урологической специализированной  
службы для взрослого населения города Киева  
и основные показатели его использования**

*В.В. Бедный*

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

**Цель** – изучить и проанализировать использование коечного фонда урологической специализированной службы для взрослого населения г. Киева.

**Материалы и методы.** В ходе выполнения работы использованы данные отраслевой статистической отчетности за 2010–2014 гг. Основным методом исследования стал статистический.

**Результаты.** В разрезе учреждений здравоохранения, которые в своем составе имеют специализированные урологические госпитальные койки, зарегистрирована достоверная разница в показателях работы коек и средних терминах пребывания пациентов на койке.

**Выводы.** Показана недостаточная эффективность использования специализированного урологического коечного фонда, что требует ее оптимизации.

**Ключевые слова:** госпитальные койки, урологический профиль, деятельность, основные показатели, г. Киев.

**Hospital beds fund of specialized urological  
service for adult population of Kyiv  
and basic indices of its exploitation**

*V.V. Bidny*

SI «Ukrainian institute of strategic researches  
MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to consider and analyze the exploitation of hospital beds fund of specialized urological service for adult population in Kyiv.

**Materials and methods.** The data of branch statistical reports for the years 2010–2014 were used in the course of study. Statistical method of study was used as the principal one.

During the execution of the work was used by these industry statistical reporting for 2010–2014. The main method of research became a statistic.

**Results.** Proved difference in the indices of hospital bed work and medium terms of patients' stay in bed is registered in the context of health care establishments, which in their structure have specialized urological hospital beds.

**Conclusions.** The lack of efficiency in the use of specialized urological hospital beds fund that needs optimization is shown in the article.

**Key words:** hospital beds, urological profile, activity, basic indices, Kyiv.

**Відомості про автора**

Бідний Валентин Валерійович – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.



УДК 364.444.347.61.000.34(048)

Н.Я. Жилка<sup>1</sup>, А.В. Кудря<sup>2</sup>

## РІВЕНЬ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ТА ІНФОРМОВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО ПОСЛУГ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ (ІНТЕРНЕТ-ОПИТУВАННЯ)

<sup>1</sup>Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – визначити проблеми взаємовідносин лікаря загальної практики – сімейного лікаря та пацієнта.

**Методи:** структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, соціологічний, статистичний та системного підходу.

**Результати.** Результати соціологічного дослідження показали, що рівень задоволеності потреб населення в медичній допомозі на первинному рівні недостатній; поінформованість населення про власні права щодо послуг на рівні сімейної медицини також недостатня.

**Висновки.** Потребує удосконалення кваліфікація лікаря загальної практики – сімейного лікаря та поліпшення умов його праці, а також дотримання законодавства медичними спеціалістами при виконанні своїх функціональних обов'язків.

**Ключові слова:** лікар загальної практики – сімейний лікар, респондент, пацієнт, інформованість, ефективність.

### Вступ

Первинна медико-санітарна допомога, на нових визначеннях у всьому світі засадах, принесе очікувані позитивні результати лише за належного усвідомлення лікарем загальної практики – сімейним лікарем (ЛЗПСЛ) та пацієнтом вагомості ролі сімейної медицини у задоволенні потреб конкретного пацієнта та членів його сім'ї. Система охорони здоров'я виграє від перетворення медичного обслуговування в більш раціональне економічно, а держава – від зміцнення і підвищення потенціалу суспільного здоров'я. За таких умов сімейна медицина стане запорукою підвищення не тільки якості медичної допомоги населенню, але й підвищення авторитету та соціального статусу ЛЗПСЛ [1, 3, 5–8, 10, 11].

**Мета роботи** – визначити проблеми взаємин ЛЗПСЛ і пацієнта.

**Методи:** структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, соціологічний, статистичний та системного підходу.

### Результати дослідження та їх обговорення

Рівень задоволеності пацієнтів якістю послуг ЛЗПСЛ, а також ступінь інформованості пацієнтів про їхнє право на отримання цих послуг проведено шляхом інтернетопитування 400 респондентів.

За віком респонденти були розподілені таким чином: частка респондентів віком 21–30 років становила 53,5%, 31–40 років – 24,0%, 41–50 років – 14,0%, 51–60 років – 5,4%, 18–20 років – 2,3%, 61–70 років – 0,8%. Найбільшу групу опитаних склали молоді люди віком до 40 років (79,8%), а респонденти від 40 років – 20,2%. Жінки були більш активними (68,2%) за чоловіків

(31,8%). У дослідженні взяли участь переважно мешканці міста (96,1%), а села – 3,9%.

Респонденти, які долучилися до опитування, були переважно з вищою (87,5%) освітою, а з неповною вищою – 7,8%, що має значення для визначення, наскільки високоосвічені особи поінформовані щодо прав пацієнта в отриманні медичної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги. З середньою спеціальною освітою було 16 (3,9%) респондентів, із середньою – 3 (0,8%) респонденти.

Працюючі становили 73,6%, ті, що займаються домашнім господарством, – 9,3%, навчаються – 8,5%, безробітні – 7,8%, пенсіонери – 0,8%.

Серед респондентів лише 7,0% зазначили, що мають так званого «свого сімейного лікаря». Це вказує на недоліки в організації медичної допомоги в рамках сімейної медицини, оскільки на сімейного лікаря в усьому світі покладається відповідальність за стан здоров'я усіх членів сім'ї від народження. Вважається, що сімейний лікар має більше анамнестичних даних та інформації про можливу сімейну спадкову або генетичну патологію, фактори ризику виникнення хвороб, що сприяє кращому попередженню хвороб або своєчасній діагностиці, більш якісному лікуванню. Тобто постійність сімейного лікаря відіграє важливу роль у поліпшенні якості медичної допомоги на менш вартіснотратному первинному рівні медичної допомоги.

Відповідно, 93,0% респондентів вказали, що не мають постійного ЛЗПСЛ, з них 19,2% не мають і не хочуть мати такого лікаря, а 22,5% – не лише не мають і не хочуть мати, але й не знають, куди і як до нього звернутися. Наведені результати свідчать про вкрай низьку поінформованість населення про механізм реалізації їхнього права щодо отримання послуг ЛЗПСЛ. Більшість (86,0%) респондентів поінформовані про право вільно обирати та змінювати ЛЗПСЛ, однак 6,2%



опитаних не поінформовані про це, а 7,8% хибно стверджували, що вони не мають такого права. Тобто значна частка населення потребує інформаційної та роз'яснювальної роботи щодо прав пацієнтів обирати або змінювати ЛЗПСЛ відповідно до чинного законодавства з метою встановлення довірливих стосунків між лікарем і пацієнтом, що, безперечно, поліпшує якість медичної допомоги.

Відповідно до недостатньої інформованості опитаних про наявні в країні можливості отримання медичної допомоги в рамках сімейної медицини більшість (55,0%) респондентів не знали про територіальну близькість до їхнього місця проживання або роботи медичного закладу, де можна отримати послуги ЛЗПСЛ, а 36,6% із них взагалі не знали, де про це можна дізнатися.

Серед опитаних 58,9% відповіли, що в разі виникнення неекстреної необхідності звернутись по медичну допомогу оберуть вузького спеціаліста, а 23,3% вирішили спочатку зробити аналізи або інше дослідження, а потім звернутись до лікаря, що нерационально з точки зору сучасної організації охорони здоров'я, оскільки неефективне завантаження вузьких спеціалістів є дороговартісною технологією, а також вважається, що поза увагою вузького фахівця є цілий ряд соціальних факторів, які впливають на стан здоров'я, у т.ч. потужний вплив на людину особливостей внутрішньосімейних взаємин [2, 4]. Лише 14,7% вирішили звернутись до «свого сімейного лікаря», а 3,1% – до будь-якого ЛЗПСЛ.

Отримані результати підтверджують недостатню інформованість населення про порядок отримання якісної медичної допомоги. По допомогу до ЛЗПСЛ державного (комунального) закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) протягом останнього року зверталися 15,5% опитаних. За отриманими результатами, більшість (60,5%) опитаних за можливості обрали б собі сімейного лікаря у державному ЗОЗ, що свідчить про недостатню поширеність приватної практики ЛЗПСЛ, на відміну від розвинених країн. Із тих, що зверталися до вузького спеціаліста, 36,2% обрали його у приватному ЗОЗ.

Із 32,6% респондентів, що звертались до ЛЗПСЛ, 57,1% отримали медичну допомогу безпосередньо від нього, 81,0% одужали, що свідчить про перспективність взаємовідносин ЛЗПСЛ і пацієнта. Проте в кожного п'ятого пацієнта було ускладнення (19,0%), що вказує на недостатню кваліфікацію ЛЗПСЛ.

У значній кількості (42,6%) випадків звернень до ЛЗПСЛ пацієнти були скеровані до іншого спеціаліста, що свідчить про недостатні можливості ЛЗПСЛ у забезпеченні якісною медичною допомогою (недостатня кваліфікація ЛЗПСЛ, відсутність умов для якісного лікувально-діагностичного процесу), оскільки зарубіжний досвід показує, що кваліфікований ЛЗПСЛ, який володіє практичним досвідом роботи зі спеціальності сімейного лікаря, може самостійно діагностувати й ефективно лікувати, відповідно до сучасних стандартів, до 80% захворювань [2, 9, 12–17].

Насторожує те, що майже половина (45,2%) пацієнтів, які лікувалися у ЛЗПСЛ, були незадоволені

якістю медичних послуг, з них у 73,7% випадках пацієнти відмовилися від подальших послуг ЛЗПСЛ, 15,7% замінили ЛЗПСЛ, а 31,6% звернулися до іншого спеціаліста.

Прикладом недостатньої доступності населення до послуг сімейної медицини є організація медичної допомоги з питань ВІЛ-інфекції. В Україні спостерігається вже понад 25 років епідемія ВІЛ-інфекції. В усіх розвинених країнах послуги з ВІЛ-інфекції надаються на первинному рівні медичної допомоги. За результатами нашого опитування, тільки половина (51,9%) респондентів обізнані, що по медичну допомогу з питань ВІЛ-інфекції можна звернутися до ЛЗПСЛ, 22,5% не знають, а 25,6% вважають, що медичної допомоги з питань ВІЛ-інфекції вони не отримають. Така ситуація вказує на недостатню обізнаність населення в тому, що ЛЗПСЛ може забезпечити консультативну та діагностичну (обстеження швидкими тестами на ВІЛ) допомогу, а також на те, що ЛЗПСЛ недостатньо приділяє уваги цій проблемі.

Забезпечення просвітницькою інформацією пацієнтів є однією з основних функцій ЛЗПСЛ, одним з ефективних методів попередження захворювань. На питання: «Чи проводив з Вами сімейний лікар бесіди з питань профілактики захворювань?» відповіли лише 54,3% респондентів, з якими у 9,3% випадків ЛЗПСЛ проводив бесіди, 25,6% пацієнтів інформації не отримали, а 19,4% вважали ЛЗПСЛ некомпетентним. Отримані дані свідчать про недостатню кваліфікацію ЛЗПСЛ.

Просвітницькі теми, запропоновані ЛЗПСЛ, були такі: з профілактики гіпертонічної хвороби (5,4%), з профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (1,6%), з питань правильного харчування, з питань планування сім'ї, застосування методів контрацепції, з питань здорового способу життя, у т.ч. фізичного навантаження, користі свіжого повітря (0,8%).

Більшість (91,5%) опитаних зазначили, що ЛЗПСЛ не має достойної заробітної платні, умов праці та соціального захисту для якісного надання медичної допомоги.

Респонденти, що взяли участь в інтернетопитуванні, висловили свої коментарі та побажання, які наводимо в оригінальному вигляді:

– «намагання позбутися вузькоспеціалізованих лікарів і замінити їх сімейними – абсолютно безглузда ідея, яка вбиває медичну галузь»;

– «треба демонополізувати службу сімейних лікарів, щоб була можливість вибору державних чи приватних лікарів за одну ціну»;

– «повышать профессионализм врача, больше ему платит и давать гарантии пациенту для защиты своих прав, если что-то пойдет не так по вине врача»;

– «сімейна медицина – це крок на 100 років назад»;

– кожен повинен займатися вузькою спеціальністю, сімейний лікар усього знати не може, а тому не зможе надати кваліфіковану медичну допомогу. Для того, щоб у нашій країні працювала сімейна



медицина, повинні пройти роки при належному фінансуванні та забезпеченні»;

– «я считаю, что людям нужно донести все это и провести какие-то доказательства эффективности семейной медицины, что б у них было доверие, чтобы они обследовались ежегодно на предмет предраковых заболеваний, хронических и прогрессирующих заболеваний, чтобы они доверяли своему врачу... и обращались только к нему, т.к., как по мне, специалист, который не один год ведет одного и того же больного (пациента) может быстрее и точнее поставить диагноз... зная семейный, жилищный анамнез + как развивалось заболевание. А наши люди привыкли обращаться... к кому попало, кого соседка посоветовала. Они соседям больше верят, чем медработникам. В общем, нужно больше просветительной работы... что бы люди сами поняли – это полезно и перспективно»;

– «заняться нужно качеством образования семейных врачей, и последипломного в том числе»;

– «не нравится мне эта идея. Я все понимаю, но мы до этого еще не доросли. Нет материальной базы, и у врачей нет стимула обрeтaть высокую квалификацию»;

– «выбрать семейного врача в амбулатории нет возможности, т.к. население прикрепили к врачу, который был на участке, а анкеты заполнила самостоятельно медсестра на всю семью, только подпись просили поставить, на вопрос можно ли к другому врачу, сказали «Вы уже у нас в реестре»;

– «готовить семейных врачей надо с первого курса мединститута, оснастить поликлиники хорошей материально-технической базой, позволить пациентам выбирать семейных врачей и зарплату врачам с учетом качества и количества оказанных услуг»;

– «к семейному доктору мне приходилось обращаться в Греции. Боюсь, что наш контингент врачей

к такому обслуживанию пациентов еще не готов. На получение справки в бассейн потратил 3 дня, и в итоге получил ее в платной клинике за 20 мин. 2-й случай: ребенку 7 лет, поставили диагноз «вирусная ангина и воспаление легких», «определили» в больницу. Лекарства прописали уровня: папаверин, димедрол, анальгин (капельницы, уколы и т.д.). В виду того, что у нас была возможность обратиться к врачу, который «вел» ребенка с детства, ни один диагноз не подтвердился, через 3 дня ребенок оказался здоров»;

– «сузить перечень заболеваний, которые «повесили» на семейного врача (гинекология и педиатрия, как минимум). Не может один доктор знать абсолютно все»;

– «сімейний лікар – це терапевт і виконує обов'язки терапевта. Змінилась тільки назва»;

– «неприятно слышать, когда врач говорит: «Ну, давайте попробуем это, ну, а если не поможет, попробуем что-то другое».

## Висновки

Результати соціологічного дослідження показали, що рівень задоволеності потреб населення в медичній допомозі на первинному рівні недостатній; поінформованість населення про власні права щодо послуг на рівні сімейної медицини також недостатня.

## Перспективи подальших досліджень

Потребує удосконалення кваліфікація ЛЗПСЛ і поліпшення умов його праці, а також дотримання законодавства медичними спеціалістами при виконанні своїх функціональних обов'язків.

## Література

1. До питання підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини // Медична освіта (Тернопіль). – 2006. – № 1. – С. 60–61.
2. Думанский Ю. В. Семейный врач (врач общей практики) / Ю. В. Думанский, О. В. Синяченко, Г. А. Игнатенко. – Донецк : Изд-во медунивер., 2013. – 253 с.
3. Загальна практика – сімейна медицина – основа формування Національної системи охорони здоров'я. За сімейним лікарем майбутнє системи охорони здоров'я : звіт МОЗ України. 2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed\\_082004\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed_082004_0.html). – Назва з екрана.
4. Загальна практика – сімейна медицина. Общая практика – семейная медицина / за ред. О. В. Синяченко. – Донецк : Норд-Прес, 2011.
5. Запровадження кредитно-модульної системи у навчальному процесі з сімейної медицини: досвід та проблеми // Медична освіта. – 2005. – № 1. – С. 21–22.
6. Косарев И. И. Этика семейного врача / И. И. Косарев // Медицинская кафедра. – 2006. – № 1. – С. 102–106.
7. Латишев Є. С. Формування системи сімейної медицини в Україні / Є. С. Латишев. – Київ, 2005. – 176 с.
8. Семейная медицина: взгляд изнутри // Ліки України. – 2005. – № 4. – С. 5–6.
9. Хаустова О. Психосоматична медицина: психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря / О. Хаустова // Ліки України. – 2005. – № 9. – С. 15–18.
10. Хит Йона Нравственные дилеммы в практике семейного врача: вопросы жизни и смерти / Йона Хит // Российский семейный врач. – 2005. – № 2. – С. 11–15.
11. Юоугтіс А. Медицина здоров'я / А. Юоугтіс // Науковий світ. – 2005. – № 12. – С. 22–23.



12. *Jameson M. G.* Medical controversies: the great divides / M. G. Jameson, S. Rixey // *Md. Med.* – 2011. – Vol. 12 (1). – P. 5–12.
13. *Krall E. J.* Doctors who doctor self, family, and colleagues / E. J. Krall // *WMJ.* – 2008. – Vol. 107 (6): 279–284.
14. *Lam R.* Office management of gait disorders in the elderly / R. Lam // *Can. Fam. Physician.* – 2011. – Vol. 57 (7). – P. 765–770.
15. *Patients* ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing / J. Matthys, G. Elwyn, M. Van Nuland, G. Van Maele // *Br. J. Gen. Pract.* – 2009. – Vol. 59 (558). – P. 29–36.
16. *Results* of the 2007 national resident matching program: familymedicine / P. A. Pugno, A. L. McGaha, G. T. Schmittling, A. De Vilbiss // *Fam. Med.* – 2007. – Vol. 39 (8). – P. 562–571.
17. *The relationship* between a statewide preceptorship program and family medicine residency selection / V.S. Kubal, J. Zweifler, S. Hughes, J.M. Reilly // *J. Am. Board Fam. Med.* – 2010. – Vol. 23 (1). – P. 67–74.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.11.2015 р.

#### Уровень удовлетворенности и информированности населения об услугах врача общей практики – семейного врача (Интернет-опрос)

#### Level satisfaction and awareness on services of family doctor (Internet survey)

Н.Я. Жилка<sup>1</sup>, А.В. Кудря<sup>2</sup>

N.Ya. Zhyhka<sup>1</sup>, A.V. Kudria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>1</sup>National medical academy of postgraduate education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

<sup>2</sup>SI «Ukrainian institute of strategic researches MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Цель** – определить проблемы взаимоотношений врача общей практики – семейного врача и пациента.

**Purpose** – to determine the relationship problems of family doctor with the patient.

**Методы:** структурно-логического анализа, библиосемантический, социологический, статистический и системного подхода.

**Methods:** structural and logical analysis, bibliosemantic, sociological, statistical and systematic approach.

**Результаты** социологического исследования показали, что уровень удовлетворенности потребностей населения в медицинской помощи на первичном уровне недостаточен; информированность населения о своих правах по услугам на уровне семейной медицины также недостаточна.

The **results** of sociological studies have shown that the level of satisfaction of the needs of the population in health care at the primary level of care family doctor insufficient; the awareness about their rights regarding services at the level of family medicine as insufficient.

**Выводы.** Требуется усовершенствования квалификация врача общей практики – семейного врача и улучшения условий его труда, а также соблюдение законодательства медицинскими специалистами при выполнении своих функциональных обязанностей.

**Conclusions.** Needs improvement qualification family doctor and improve their working conditions and the Regulatory Specialist health while performing their duties.

**Ключевые слова:** врач общей практики – семейный врач, респондент, пациент, информированность, эффективность.

**Key words:** general practitioners, family doctors, respondent patient awareness, efficiency.

#### Відомості про авторів

**Жилка Надія Яківна** – д.мед.н., доц. кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Кудря Андрій Віталійович** – н.с. сектору організації первинної медико-санітарної допомоги населенню відділу стратегії розвитку системи охорони здоров'я та наукових основ організації медичної допомоги населенню ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.



УДК 616-058-08:616.9:001.8

О.О. Шнута

## ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ Україна  
Житомирське міськрайонне управління Головного управління Держсанепідслужби у Житомирській області,  
м. Житомир Україна

**Мета** – науково вивчити та проаналізувати стан впровадження в Житомирській області загальної лікарської практики – сімейної медицини та основних показників діяльності первинної ланки медичної допомоги з метою її вдосконалення та оптимізації.

**Матеріали та методи.** Вивчено та проаналізовано дані щодо діяльності закладів охорони здоров'я Житомирської області щодо надання первинної медико-санітарної допомоги сільському та міському населенню в динаміці 2005–2014 рр. Використано медико-статистичний, системного підходу, історико-інформаційний методи.

**Результати.** За роки дослідження (2005–2014) кількість закладів первинної медико-санітарної допомоги зросла в 5,08 разу і становить 874. Забезпеченість лікарями – 3,65 на 10 тис. населення. Лікарська загальна практика – сімейна медицина обслуговує 83,0% населення. Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів становить 75,61%. У 81,9% випадків населення звертається до сімейного лікаря з лікувальною метою, а 18,1% – із профілактичною метою.

**Висновки.** У Житомирській області проводиться активне впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. В області введено 710,25 посади сімейного лікаря, рівень укомплектованості посад – 75,61%. На одну лікарську посаду закріплено 1768,5 населення зі значним коливанням у розрізі адміністративних територій. Усього сімейними лікарями обслуговується 83,0% населення області. Співвідношення сімейних лікарів і медичних сестер дорівнює 1:1,12 при нормативі 1:2.

**Ключові слова:** первинна медико-санітарна допомога, лікар загальної практики – сімейний лікар.

### Вступ

Пріоритетним напрямком розвитку охорони здоров'я, як на міжнародному, так і на державному рівні, визнано активне впровадження загальної лікарської практики – сімейної медицини (ЗЛПСМ), що обґрунтовано в наукових працях останніх років вітчизняних вчених [1–6].

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати стан впровадження в Житомирській області ЗЛПСМ і основні показники діяльності первинної ланки медичної допомоги з метою її вдосконалення та оптимізації.

### Матеріали та методи

Вивчено та проаналізовано дані щодо діяльності закладів охорони здоров'я Житомирської області з надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) сільському та міському населенню в динаміці 2005–2014 рр. Використано медико-статистичний, системного підходу, історико-інформаційний методи.

### Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що на території Житомирської області за 2005–2014 рр. кількість закладів ПМСД зросла в 5,08 разу: із 172 у 2005 р. до 874 у 2014 р. (рис. 1).

В області створено 26 центрів ПМСД (92,9% від запланованих), не створено 2 центри ПМСД у м. Житомирі, з різних причин не розпочали діяльність центри ПМСД у Коростенському, Смільчинському, Житомирському районах та м. Коростені. До структури центрів ПМСД введено 209 лікарських амбулаторій (у т.ч. 205 амбулаторій загальної практики / сімейної медицини) і 665 ФАПів.

Показник забезпеченості лікарськими амбулаторіями на 10 тис. населення в області становив: 1,03 – для міського населення; 3,65 – для сільського населення.

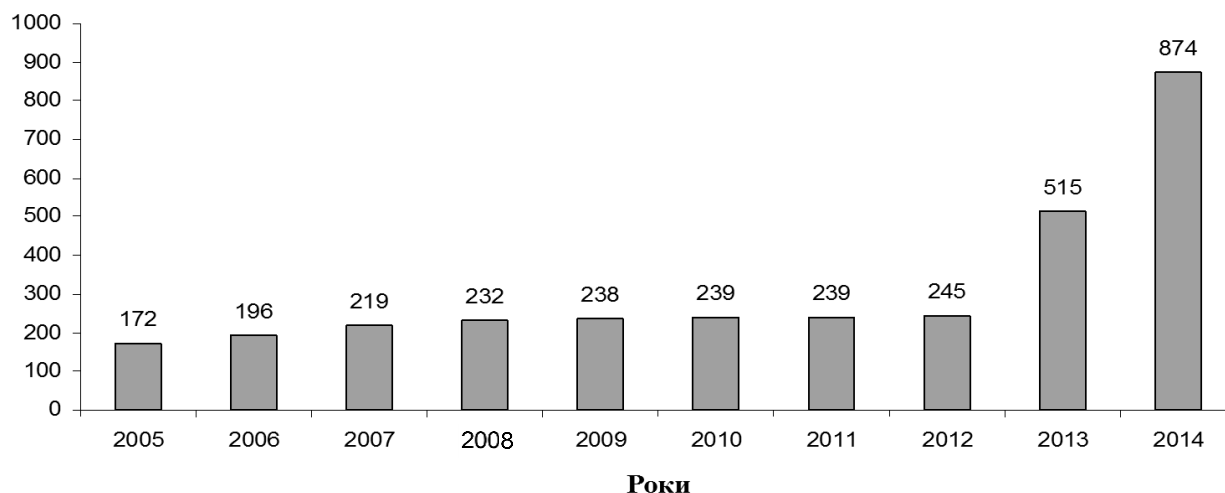
Показник забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. сільського населення був вищим за середньообласний у 3 (13,64%) центрах ПМСД Брусилівського, Коростишівського, Новоград-Волинського районів.

Відсоток населення, охопленого обслуговуванням лікарськими амбулаторіями, які є відокремленими структурними підрозділами, до загальної кількості населення становив 59,16%.

Наступним кроком досліджень було вивчення кількості населення, обслуговуваного за принципом ЗЛПСМ. Встановлено, що за період досліджень питома вага населення, якому надавалася медична допомога на засадах сімейної медицини, значно збільшилась і склала 83,0% від загальної кількості населення області, яке підлягало обслуговуванню лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗПСЛ) за територіальним принципом,

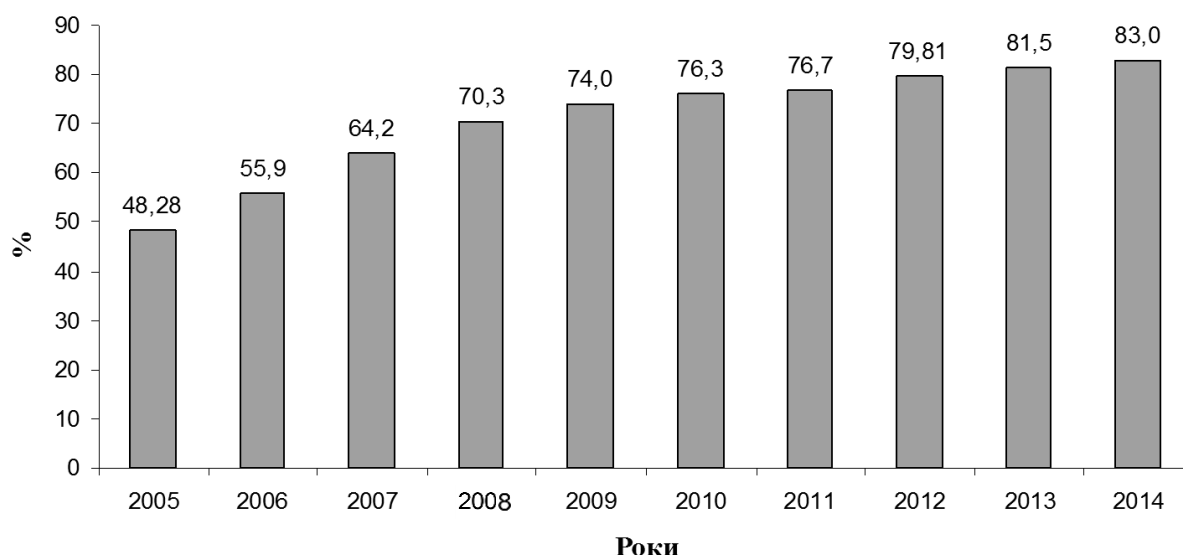


і дорівнювала 1256 109 осіб, із них сільського – 525 702 (41,85%) особи, міського – 730 407 (58,15%) осіб (рис. 2).



**Рис. 1.** Підвищення якості медичних послуг.

Кількість закладів сімейної медицини в Житомирській області у 2005–2014 рр. (абс.)



**Рис. 2.** Питома вага охоплення населення області

медичною допомогою на засадах сімейної медицини у 2005–2014 рр. (%)

Низький показник охоплення населення ПМСД на засадах ЗЛПСМ спостерігався у Володарсько-Волинському (63,6%), Радомишльському (63,5), Олевському (62,6%) та Брусилівському (33,1%) районах, що негативно впливає на доступність і якість надання ПМСД.

Відсоток лікарів ЗПСМ, які надають ПМСД пацієнтам від народження і протягом усього життя, дорівнював 27,8%.

Високий показник кількості сільського населення, обслуговуваного ЛЗПСЛ, відмічався в Бердичівському районному центрі ПМСД (24 656 осіб – 84,2%), Ружинському районному центрі ПМСД (23 067 осіб – 82,8%), Народицькому (5702 особи – 60,2%). У 8 (36,4%) центрах ПМСД цей показник був <50% від загальної кількості населення – в Андрушівському, Баранівському,

Володарсько-Волинському, Смільчинському, Лугинському, Любарському, Олевському, Романівському, що вказало на недотримання сімейним лікарем принципу охоплення населення від народження і протягом усього життя. Цей принцип не реалізується у закладах, де молоді спеціалісти, маючи сертифікат ЛЗПСЛ, в більшості випадків обслуговують окремо доросле чи дитяче населення. Дане питання потребує прийняття необхідних управлінських рішень із розвитку ПМСД чи закладів сімейної медицини в цих районах та по області в цілому.

Наступним кроком було дослідження чисельності прикріпленого населення до ЛЗПСЛ, чисельності штатних посад ЛЗПСЛ і чисельність прикріпленого населення на 1 штатну посаду ЛЗПСЛ у динаміці 10 років у цілому по області та в розрізі адміністративних



територій. Слід зазначити, що за десять (2005–2014) років кількість населення, обслуговуваного ЛЗПСЛ, збільшилася від 646 378 осіб у 2005 р. до 1256 109 осіб у 2014 р., приріст склав 609 731 особу. Чисельність посад ЛЗПСЛ збільшилася від 361,25 посади у 2005 р. до 710,25 посади у 2014 р., приріст дорівнював 349,00 посад, що становило 3,06 на 10 тис. населення.

Середня чисельність прикріпленого до ЛЗПСЛ населення в цілому по області зменшилася на 25 осіб на одну посаду ЛЗПСЛ порівняно з 2005 р. Але відмічалися значні коливання (при нормативі, визначеному МОЗ України, – 1200 осіб) від 1218,8 в Овруцькому до понад 2 тис. осіб у Володарсько-Волинському (2461,6) й Брусилівському районах (2353,1), що негативно впливає на доступність і якість ПМСД для сільських районів.

Важливим показником в організації ПМСД є рівень укомплектованості посад ЛЗПСЛ та рівень їх кваліфікації. Встановлено, що в області введено 710,25 штатної посади ЛЗПСЛ, 645 зайнятих посад, 537 фізичних осіб, рівень укомплектованості посад ЛЗПСЛ – 75,61% із коливанням від 31,37% у Коростенському районі до 91,43% у Малинському районі. У 16 (61,53%) районах рівень укомплектованості штатних посад ЛЗПСЛ становив <75,0%, що доказово знижує якість і доступність медичної допомоги населенню.

З 2012 р. у Брусилівському та Коростенському районах на одній посаді працювало 4 фізичні особи ЛЗПСЛ, в Олевському – 3, а в Народицькому – 2. При найбільшому навантаженні в області (2461,6) необхідне введення ЛЗП/СЛ з метою підвищення доступності та якості ПМСД.

Проведений аналіз рівня кваліфікації ЛЗПСЛ показав, що в області із загальної чисельності ЛЗПСЛ 38,18% атестовані на вищу, 33,15% – на першу, а 10,80% – на другу кваліфікаційну категорію, а 17,88% – не атестовані. У Брусилівському та Коростишівському районах 50% і більше ЛЗПСЛ не атестовані. А в Народицькому та Лугинському районах усі ЛЗПСЛ не атестовані.

Важливу роль в організації ПМСД на засадах ЗЛПСМ відіграють сімейні медичні сестри. Їхні функції в організації ПМСД визначені нормативними документами. Тому питанню забезпеченості населення медичними

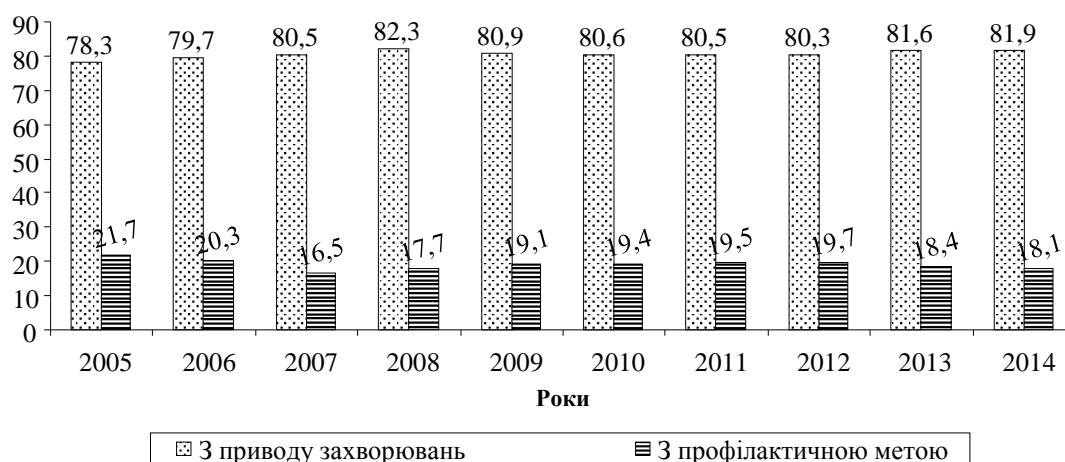
сестрами сімейної медицини приділяється важливе питання.

Нами вивчалися питання введення штатних посад сімейних медичних сестер та їх укомплектованість фізичними особами, а також співвідношення штатних посад ЛЗПСЛ і медичних сестер. Встановлено, що рівень укомплектованості штатних посад сімейних медичних сестер в цілому по області становив 93,42% із коливаннями від 63,84% у Брусилівському районі до 100% і більше в 4 (15,38%) районах області. У 3 (11,54%) районах число фізичних осіб сімейних медичних сестер перевищувало кількість посад, що вказує на нерациональність використання медичних кадрів. У країнах світу співвідношення лікарів та медичних сестер ЗЛПСМ має значні коливання (від 1 до 5) та визначається функціями, які виконують останні. В Україні таке співвідношення нормативно визначене як 1:2. Встановлено, що в Житомирській області цей норматив грубо порушується, і співвідношення становить 1:1,12. Це вказує на те, що лікарі виконують функції медичних сестер і нерационально використовують свій робочий час.

Наступним кроком дослідження було вивчення та аналіз основних показників діяльності ЛЗПСЛ. Так, проведений аналіз кількості відвідувань населенням до ЛЗПСЛ вказав на щорічне збільшення таких звернень. При цьому слід зазначити, що звернення сільського населення до ЛЗПСЛ перевищувало аналогічне у міського населення в середньому на 8% (сільське населення – 711,02 звернення на 1 лікаря ЛЗПСЛ, міське населення – відповідно 6540,6).

У 2014 р. середнє звернення населення до одного ЛЗПСЛ становило 6861,89 зі значними коливаннями – від 2861,0 у Брусилівському до 15 473,75 у Коростенському районах. Наведене характеризує як організаційний рівень надання ПМСД і в цілому медичної допомоги сільському населенню, так і рівень навантаження ЛЗПСЛ, що у тому числі характеризує їх авторитет серед населення.

Наступним кроком дослідження вивчалася питання, з якою метою зверталася населення до ЛЗПСЛ: з приводу захворювань і з профілактичною метою. На рис. 3 наведено дану характеристику звернень за десять років (2005–2014).



**Рис. 3.** Причини звернення населення до лікарів загальної практики – сімейних лікарів у 2005–2014 рр. (%)

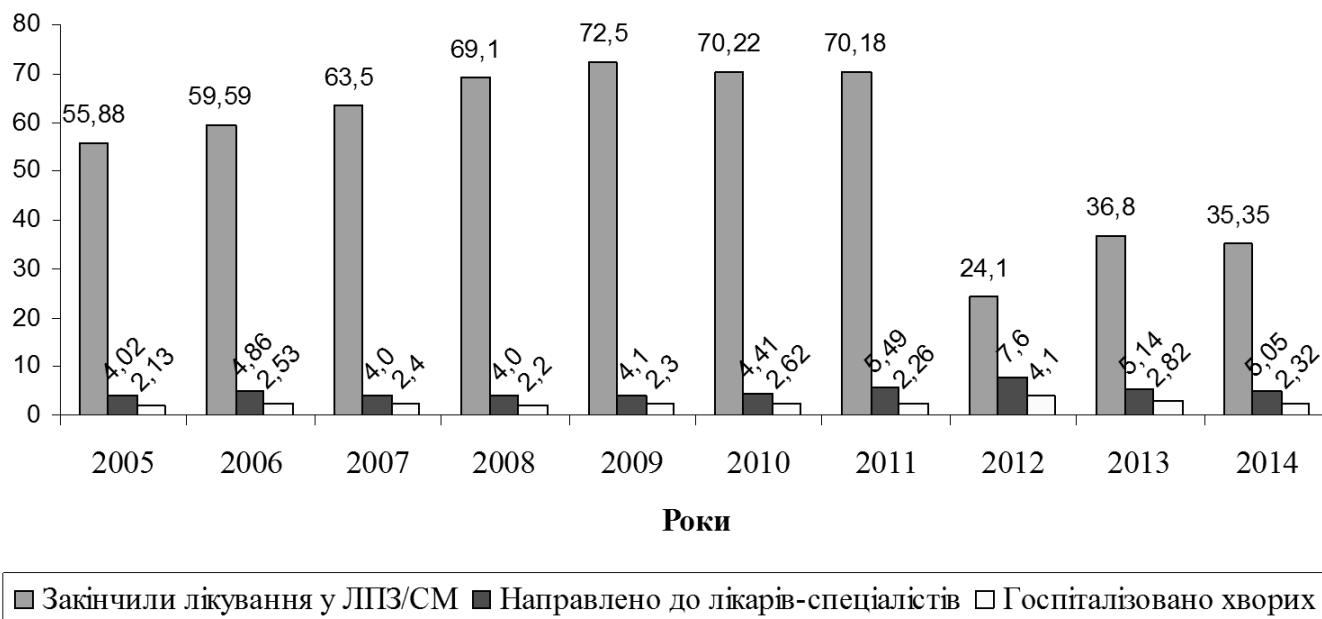


Проведений аналіз причин звернення населення до ЛЗПСЛ вказав, що основною причиною звернень були хвороби (81,9%), і тільки у 18,1% випадків населення зверталось з профілактичною метою. При цьому за 10 років рівень звернень населення до ЛЗПСЛ із профілактичною метою скоротився на 3,6%. Наведений аналіз показав, що ЛЗПСЛ не виконують своєї першочергової функції – профілактики захворювань у населення.

Результати дослідження засвідчили різний рівень профілактичної роботи ЛЗПСЛ у різних адміністративних районах області.

Так, питома вага звернень населення з профілактичною метою до ЛЗПСЛ у 2014 р. коливалася від 5,9% у м. Коростені до 36,1% в Андрушівському районі. Відповідно зверненість населення до ЛЗПСЛ із приводу хвороб була найбільшою в м. Коростені (94,1%), а найменшою – в Андрушівському (63,9%) районі.

Враховуючи, що основною причиною звернень населення до ЛЗПСЛ стали захворювання, нами вивчалися результати лікувального процесу за такими показниками: кількість/питома вага пацієнтів, що закінчили лікування у ЛЗПСЛ, направлених до лікарів-спеціалістів і госпіталізованих (рис. 4).



**Рис. 4.** Результати лікувального процесу пацієнтів лікарями загальної практики – сімейними лікарями у 2005–2014 рр. (%)

За отриманими даними, 55,88–35,38% пацієнтів за 2005–2014 рр. (з максимальним показником у 2009 р. – 72,5%) закінчували лікування у ЛЗПСЛ. Але загальні підсумки лікувального процесу ЛЗПСЛ вказали на недосконалість їх статистичного обліку, що потребує його удосконалення.

Далі нами вивчався рівень забезпеченості закладів ПМСД приміщеннями та медичними і немедичними засобами, які необхідні для надання доступної та якісної медичної допомоги. Вивченню підлягали 874 заклади ПМСД. Встановлено, що низький рівень забезпечення закладів ПМСД немедичними та медичними засобами значно знижує можливість ЛЗПСЛ надавати якісну медичну допомогу відповідно до клінічних протоколів ПМСД і призводить до високого рівня скерування пацієнтів на вищі рівні надання медичної допомоги.

## Висновки

У Житомирській області проводиться активне впровадження ПМСД на закладах сімейної медицини. В області введено 710,25 посади ЛЗПСЛ, рівень укомплектованості посад становить 75,61%. На одну лікарську посаду закріплено 1768,5 населення зі значним коливанням у розрізі адміністративних територій. Усього ЛЗПСЛ обслуговується 83,0% населення області. Співвідношення сімейних лікарів і медичних сестер становить 1:1,12 при нормативі 1:2.

Спостерігається низький рівень забезпеченості сімейних амбулаторій медичним обладнанням, автотранспортом та засобами медичного і немедичного призначення.

**Перспективи досліджень** полягають у подальшому вивченні впровадження ЗЛПСМ для обслуговування населення з метою її оптимізації та удосконалення.



## Література

1. *Ждан В. М.* Особливості роботи сімейного лікаря на етапі первинної медичної допомоги / В. М. Ждан, Д. С. Зазикіна, Б. Л. Флегантова // Семейная медицина. – 2012. – Vol. 4. – С. 86.
2. *Князевич В. М.* Щодо готовності сімейних лікарів надавати невідкладну медичну допомогу / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий // Сімейна медицина. Науково-практичний журнал. – 2012. – № 1. – С. 8–10.
3. *Ковальчук Л. Я.* Проблеми кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я та можливі шляхи їх вирішення / Л. Я. Ковальчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – Vol. 2. – С. 30–35.
4. *Критерії і показники якості в управлінні первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини сільському населенню в регіонах / М. І. Хвисюк [та ін.]* // Семейная медицина. – 2012. – № 4. – С. 127.
5. *Лисенко Г. І.* Сімейна медицина в Україні: сучасні досягнення та перспективи розвитку (за результатами III з'їзду сімейних лікарів) / Г. І. Лисенко, В. І. Ткаченко, О. В. Маяцька // Сімейна медицина. Науково-практичний журнал. – 2012. – № 1. – С. 6–8.
6. *Матюха Л. Ф.* Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні : автореф. дис. ... д.мед.н. : 14.02.03, 14.01.38 / Л. Ф. Матюха ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2011. – 40 с.

*Дата надходження рукопису до редакції: 12.11.2015 р.*



**Внедрение общей врачебной практики –  
семейной медицины в систему здравоохранения  
Житомирской области***А.А. Шпита*

ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина  
Житомирское горрайонное управления Главного  
управления Госсанэпидслужбы в Житомирской области,  
г. Житомир, Украина

**Цель** – научно изучить и провести анализ внедрения в Житомирской области общей врачебной практики – семейной медицины и основных показателей деятельности первичного звена медицинской помощи с целью ее совершенствования и оптимизации.

**Материалы и методы.** Изучены и проанализированы данные о деятельности учреждений здравоохранения Житомирской области по предоставлению первичной медико-санитарной помощи сельскому и городскому населению в динамике 2005–2014 гг. Использованы медико-статистический, системного подхода, историко-информационный методы.

**Результаты.** За годы исследования (2005–2014) количество учреждений первичной медико-санитарной помощи увеличилось в 5,08 раза и составляет 874. Обеспеченность врачами – 3,65 на 10 тыс. населения. Семейными врачами обслуживается 83,0% населения. Укомплектованность штатных должностей семейных врачей составляет 75,61%. В 81,9% случаев население обращается к семейным врачам с целью лечения, а 18,1% – с профилактической целью.

**Выводы.** В Житомирской области проводится активное внедрение первичной медико-санитарной помощи на засадах семейной медицины. В области введено 710,25 должности семейных врачей, уровень укомплектованности должностей составляет 75,61%. На одну врачебную должность закреплено 1768,5 населения со значительными колебаниями в разрезе административных территорий. Всего семейными врачами обслуживается 83,0% населения области. Соотношение семейных врачей и медицинских сестер составляет 1:1,12 при нормативе 1:2.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики – семейный врач.

**The introduction of a common doctoral practice –  
family medicine in the health system of Zhytomyr region***O.O. Shpyta*

SE «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine  
Zhitomir city district of the Main Control  
GosSanEpidemNadzor in the Zhytomyr region,  
Zhytomyr Ukraine

**Purpose** – scientific study and an analysis of the implementation in Zhytomyr region to serve the population of general practice / family medicine, and key performance indicators in primary care with the aim of improving and optimizing.

**Materials and methods.** Study and analysis of subject data on the activity of health care institutions Zhitomir region to provide primary health care for the rural and urban population in the dynamics 2005–2014. The paper used health statistics, system approach, historical and informational techniques.

**Results.** During the years of the study (2005–2014) the number of primary health care institutions increased by 5.08 times and amounted to 874. The number of doctors was 3.65 per 10 thousand. Population. GP / FM served 83.0% of the population. Staffing staffing GP / FM is 75.61%. The population of 81.9% applies for the purpose of treatment, and 18.1% with the preventive purpose.

**Conclusions.** In the Zhytomyr region are being actively implementing PHC institutions of family medicine. In the area of 710.25 introduced post GP / FM, the level of staffing positions is 75.61%. Per physician post fixed 1768.5 population with significant fluctuations in the context of administrative territories. Total GP / FM served 83.0% of the population. The ratio of family doctors and nurses is 1:1.12 while the standard of 1:2.

**Key words:** primary health care, general practitioner a family doctor.

**Відомості про автора**

**Шпита Олександр Олександрович** – начальник Житомирського міськрайонного управління Головного управління Держсанепідслужби у Житомирській області; вул. Гагаріна, 55, м. Житомир, 10002, Україна.



## ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ СУЧАСНИХ КЕРІВНИХ КАДРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна  
Національна академія медичних наук України, м. Київ, Україна

**Мета** – розглянути проблемні питання щодо ефективності підготовки, перепідготовки та безперервного професійного розвитку керівних кадрів, а також вимоги до знань, якими мають володіти керівники медичних закладів.

**Матеріали та методи.** Проведений контент-аналіз українських та іноземних джерел літератури щодо даної проблеми. **Результати та висновки.** Системний аналіз наукової літератури свідчить, що, незважаючи на значні реформаторські зрушення в управлінській освіті, чинна система підготовки сучасних менеджерів системи охорони здоров'я досі не оптимальна і потребує більш широкого дослідження.

**Ключові слова:** підготовка управлінських кадрів, сучасні менеджери системи охорони здоров'я.

### Вступ

Кадрові ресурси охорони здоров'я визнані у всьому світі як одна з умов для зміцнення системи охорони здоров'я [1]. Особливої уваги заслуговують керівні кадри охорони здоров'я, оскільки від рівня їхньої підготовки та безперервного професійного розвитку залежить якість тактичних і стратегічних рішень, що, своєю чергою, впливає на ефективність діяльності закладів охорони здоров'я та якість надання медичної допомоги населенню країни.

На думку дослідників М.В. Банчука та В.П. Марценюка, вимоги та нові професійні знання, якими мають володіти керівники лікувально-профілактичних закладів, можна згрупувати таким чином.

По-перше, це знання із сучасної охорони громадського здоров'я. Традиційна парадигма й практика охорони здоров'я в Україні – це надання медичної допомоги. В сучасній концепції охорони здоров'я медична допомога розглядається як окремий важливий, але тільки компонент суспільної охорони здоров'я, питома вага якого у формуванні громадського здоров'я становить не більше ніж 8–10%.

По-друге, це знання, вміння і навички із сучасного управління та менеджменту. Теорія організації й управління охороною здоров'я, роль керівника, мотивація та управління людьми, лідерство, урегулювання конфліктів, стратегічне планування діяльності, ефективність виробничої діяльності, зв'язки із зовнішнім середовищем, у якому діє організація, – ось далеко не повний перелік знань і вмінь, необхідних сучасному керівникові.

По-третє, це підвищення рівня економічної підготовки. Модель майбутньої системи охорони здоров'я в Україні ґрунтується на нових фінансово-економічних засадах, а саме: на запровадженні багатоканального механізму формування консолідованого бюджету на охорону здоров'я,

розмежуванні повноважень між фондотримачем і надавачами медичних послуг, реформуванні методів оплати за медичні послуги тощо. Основною метою вказаних перетворень є запровадження механізмів захисту громадян України від фінансового ризику на випадок захворювання, підвищення економічної ефективності галузі та механізмів економічної мотивації для стримування неконтрольованого зростання вартості медичних послуг і підвищення їх якості.

По-четверте, підвищення рівня правової освіти та правової культури управлінських кадрів. Якщо управління в розвинених країнах світу – це, як правило, люди з економічною чи юридичною освітою, то в Україні частка управлінців у галузі охорони здоров'я з немедичною освітою незначна; більшість із них не мають правової підготовки. А потреба в таких знаннях постійно зростає. Динамічний розвиток законодавчого забезпечення різних аспектів діяльності системи охорони здоров'я, перехід на нову модель медичної допомоги, необхідність законодавчого забезпечення прав пацієнтів, медичних працівників, поступової гармонізації вітчизняної правової бази з нормами і стандартами Європейського Союзу (ЄС) зумовлюють актуальність правової підготовки управлінців галузі різних рівнів.

Сьогодні удосконалюються навчальні програми для керівників системи охорони здоров'я, що передбачають оволодіння новими знаннями у таких сферах, як лідерство, створення коаліцій, політика та політична діяльність, управління закладами охорони здоров'я, підвищення якості послуг з охорони здоров'я, взаємозв'язок вартості та якості, використання результатів наукових досліджень у практичній діяльності та вирішення ситуаційних вправ. При розробці навчально-методичних матеріалів необхідно приділяти увагу розвитку та орієнтуванню компетенцій, знань, вмінь і навичок щодо управління з урахуванням особливостей сфери охорони здоров'я в майбутньому. Необхідний рівень кваліфікації керівних кадрів у галузі



охорони здоров'я повинен досягатися шляхом поєднання різних видів навчання в навчальних закладах післядипломної освіти, а також системної самоосвіти та постійної практичної діяльності як керівників [3, 6, 9].

Рожков І. у своїх дослідженнях вказує на необхідність розвивати співпрацю між навчальними закладами та організаціями сфери охорони здоров'я, що забезпечуватиме відповідність навчальних програм з управління у сфері охорони здоров'я широкому колу окремих галузей і сприятиме кращому засвоєнню організаційних та управлінських компетенцій. Обмін знаннями між фахівцями-практиками й працівниками навчальних закладів потребує залучення до цієї справи значної кількості організацій, що надають медичні послуги в широкому діапазоні. При цьому слід визначити вигоди, які матиме від такої співпраці кожна зі сторін. Особливу увагу слід звернути на встановлення широкої взаємодії між діючими організаціями охорони здоров'я, особливо такими, яким властиві характеристики організацій майбутнього, та використання їх в якості моделей для вивчення і як основних засобів для навчання керівників.

У контексті розвитку співпраці між навчальними закладами, органами управління і закладами охорони здоров'я орієнтація на максимальне задоволення суспільних потреб щодо послуг з охорони здоров'я в майбутньому передбачає таке:

- створення нових за змістом і формами видів навчання, зокрема, заочно-дистанційного, систем професійного підвищення кваліфікації тощо;
- навчальні програми для керівників-практиків окремих служб у сфері охорони здоров'я;
- короткотермінові семінари з питань управління змінами, на які запрошуються керівники органів управління та багатопрофільних закладів охорони здоров'я з метою підвищення їхньої компетенції;
- проведення науковцями та працівниками системи охорони здоров'я спільних досліджень, що стосуються проблем виробничої діяльності.

У зарубіжних країнах, починаючи з 90-х років ХХ ст., пріоритетними методами навчання в системі підготовки керівних кадрів є інтерактивні методи, де основна увага приділяється практичному відпрацюванню набутих знань, умінь і навичок [8, 10]. Всезростаючий потік інформації в даний час потребує впровадження таких методів навчання, які дають змогу за достатньо короткий термін передати значний обсяг знань, забезпечити високий рівень оволодіння слухачами матеріалу, що вивчається, і закріпити його на практиці.

У сучасній практиці підготовки керівних кадрів в Україні та за кордоном найбільш поширеними є такі активні методи навчання: тренінги, програмоване, комп'ютерне навчання, учбові групові дискусії, *case-study* (аналіз конкретних, практичних ситуацій), ділові і ролеві ігри [4, 5]. Науковці проаналізували всі вище перераховані методи навчання і це зробили висновок про те, що найбільш ефективним методом навчання є ділові ігри. Саме ділова гра володіє можливістю відтворення, проектування і моделювання діяльно-орієнтованих стосунків, кооперативних комунікативних зв'язків із

залученням представників різних підсистем організації. Отже, у керівників у процесі навчання розвиваються не тільки організаційні, але й методологічні, ігрові здібності. Як було доведено, інтерактивні методи навчання, вживані в програмах підготовки керівних кадрів, підвищують здатність керівників різних рівнів виявляти і структурувати проблеми, збирати і аналізувати інформацію, готувати, за необхідності, альтернативні рішення та обирати найбільш оптимальний варіант із ряду альтернатив як у процесі індивідуальної роботи, так і у взаємодії з іншими працівниками. Таким чином, зарубіжний досвід підготовки керівників на основі інтерактивних методів навчання необхідно широко використовувати у вітчизняній практиці підготовки фахівців [14].

На думку О.І. Сердюка, перепідготовка керівників закладів охорони здоров'я з питань управління має бути пов'язана з їх просуванням по службовій драбині та стосуватись набуття конкретних навичок. За умови динамічного розвитку системи охорони здоров'я управлінням необхідно постійно поглиблювати свої знання, щоб діяти на рівні, який відповідає організаційній моделі системи та суспільним потребам. Необхідно розвивати нові партнерські стосунки та відповідні інституції професійного підвищення кваліфікації, до яких слід залучити практиків і викладачів навчальних закладів, що сприятиме підготовці фахівців найвищої якості [15].

Очевидно, що необхідні істотні зміни в галузі охорони здоров'я, запровадити які можна передусім при підготовці нової генерації керівників охорони здоров'я та перепідготовці тих, які зараз працюють у цій сфері.

Формування системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації управлінських кадрів, безперечно, передбачає системний підхід, який включає чотири основні етапи: аналіз потреб навчання, розробку програм і навчальних планів, безпосередньо навчальний процес та оцінювання ефективності навчального процесу.

Відповідно до міжнародних норм і стандартів, в Україні започатковано підготовку керівників галузі за магістерською програмою з державного управління та спеціалізацією «управління охороною здоров'я» як найбільш адекватну суспільним потребам форму підготовки керівників системи охорони здоров'я галузі (у Національній академії державного управління при Президентові України).

Крім того, в Національній медичній академії післядипломної освіти та на кафедрі менеджменту в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця розпочато підготовку управлінських кадрів (вторинна спеціалізація) за 1,5-річною програмою з «Організації і управління охороною здоров'я».

На думку Банчука М.В., порівняльний аналіз різних за змістом навчальних програм і форм освіти показав, що підготовка керівників галузі охорони здоров'я на базі магістерської програми з державного управління та спеціалізації «Управління охороною здоров'я» найбільше відповідає суспільним потребам в умовах економіки перехідного періоду та потребам перебудови галузі в Україні.



Крім того, ряд авторів переймаються питанням: керівник якого зразка потрібен галузі: фахівець (організатор), управлінець (менеджер) чи професійний управлінець?

На їхню думку, фахівець (організатор) має галузеву освіту, досвід, школу організації, але не є управлінцем. Він професійно володіє інформацією про об'єкт управління (знає, чим та (або) ким управляти), але не є професійним суб'єктом управління (не повною мірою знає, як управляти).

Управлінець (менеджер) має управлінську освіту, спеціальні знання, але не є фахівцем. Він є професійним суб'єктом управління (знає, як управляти), але не професійно володіє інформацією про об'єкт управління (не знає чим та (або) ким управляти).

Професійний управлінець має галузеву і управлінську освіту, конвергентне бачення процесів. Він є професійним суб'єктом управління (знає як управляти) та професійно володіє інформацією про об'єкт управління (знає предмет, чим та (або) ким управляти).

Отже, ключове посилення полягає в тому, що професійний управлінець має досконало знати галузь (мати галузеву освіту) і вміти управляти (мати професійну управлінську освіту).

Наступним питанням, що цікавить вчених, є: «Кого ж вважати професійним управлінцем у сфері охорони здоров'я?» Професійний управлінець – людина, яка ефективно керує ресурсами та відчуває відповідальність за результати своєї праці. Професійне управління – це управління, спрямоване на результат, який відбивається у виробництві та підвищенні якості суспільного продукту у вигляді товарів або послуг, що потрібні та життєво необхідні як для суспільства взагалі, так і його членів зокрема. При цьому професіоналізм управлінців системи охорони здоров'я – це здатність визначати з урахуванням умов і реальних можливостей системи найбільш ефективні шляхи та способи реалізації поставлених завдань у межах нормативно визначених повноважень стосовно збереження, зміцнення здоров'я громадян, їх лікування та профілактики небезпечних для життя людини захворювань [7, 11].

Професіоналізм управлінця системи охорони здоров'я має забезпечити: якісне виконання посадових обов'язків; стабільність сектора, за який він безпосередньо відповідає; постійну готовність до підготовки та реалізації рішень зі складних завдань; можливість підвищення своєї кваліфікації тощо; професійне виконання спеціальних завдань і функцій, пов'язаних з управлінською діяльністю; галузеве спрямування на основі здобутого досвіду.

Таким чином, не можна стати професіоналом, лише оволодівши теоретичними знаннями, так само не можна стати професіоналом, лише маючи певний досвід професійної діяльності. Професіонал – це той, хто володіє теоретичними знаннями та ефективно використовує їх у практичній діяльності.

Щодо механізму залучення професіоналів до керівництва на різних рівнях управління в системі охорони здоров'я, то він є, це конкурсний відбір. Конкурс

під час прийняття на посади в державні органи – це, з одного боку, історично обумовлений дійовий засіб, але, з іншого, – сучасний демократичний і важливий компонент набору і добору кадрів [12, 16].

Інститут конкурсного приймання на керівні посади має базуватися на таких основних принципах: рівноправності, який виключає дискримінацію за походженням, статтю, віросповіданням або політичними поглядами; відповідності здібностей та професійного рівня вимогам конкретного виду діяльності в системі державного управління; забезпечення гласності.

У підготовці сучасних менеджерів у системі охорони здоров'я та медико-соціальної сфері існує окрема проблема: хто і як повинен готувати менеджерів із сучасних керівників медичних закладів і співробітників структурних підрозділів? Як правило, викладачі дисциплін організації та управління охороною здоров'я мають медичну освіту і часто не сприймають бізнес у лікувальній справі, а викладачі групи так званих бізнес-складових дисциплін (економісти, маркетингологи, юристи) не завжди володіють глибокими знаннями про сутність і специфіку системи охорони здоров'я.

Зауважимо, що ця проблема в сьогоденній дійсності вирішується в рамках суміщених освітніх програм із компонентами двох напрямів, умовно позначених ученим В. М. Марценюком як «Бізнес-технології» і власне «Менеджмент в охороні здоров'я та медико-соціальної сфері». Досвід реалізації подібного поєднання двох освітніх модулів – базового і модуля спеціальності – є у практиці деяких освітніх установ. Слід припустити, що життя може висунути нові форми як безперервного навчання менеджерів лікувально-профілактичних закладів усіх рівнів управління, так і постійного подальшого консультування навчених менеджерів як у рамках наданих освітніх програм, так і поза цими рамками. Одним із безлічі можливих варіантів таких навчально-консультаційних структур бізнес-напрямку в охороні здоров'я можуть стати консалтингові компанії.

Прикладне вирішення завдання з реалізації форм і методів навчання та перепідготовки сучасних менеджерів установ і підприємств системи охорони здоров'я та медико-соціальної сфери може стати важливим кроком у напрямі формування галузевої багаторівневої структури медико-соціального менеджменту.

Державна кадрова політика з підготовки керівників охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо забезпечення системи охорони здоров'я України висококваліфікованими фахівцями шляхом реалізації сукупності політичних, економічних, правових та наукових методів і критеріїв роботи з медичним персоналом [13].

Керівник майбутнього – це конструктор, стратег, політик *par excellence* (без кордонів), лідер і провідник змін, який забезпечує стратегічний розвиток організації. Він має бути гнучким, добре освіченим, володіти професійними знаннями, вміти мислити системно й аналітично, управляти ресурсами, орієнтуватися на результати, бути готовим до безперервної освіти й



саморозвитку, володіти комунікативними навичками. Слід виокремлювати загальне, особливе та індивідуальне в умовах, змісті та процедурах підготовки керівників лікувально-профілактичних закладів і менеджерів охорони здоров'я.

Провівши системний аналіз механізмів державного управління підготовкою керівників для охорони здоров'я в країнах ЄС, Росії і США, можна виявити основні напрями й тенденції такої підготовки. У США існує тенденція до розширення кількості програм, введення комбінованих і докторських програм для задоволення освітніх потреб різних категорій фахівців охорони здоров'я; в Європейському регіоні спостерігається тенденція до прирівнювання освітніх програм до програм США, де ця освіта вважається більш досконалою; у Росії – до створення шкіл охорони здоров'я на базі вищих медичних закладів і запровадження багаторівневої системи освіти. Для зарубіжних шкіл охорони здоров'я характерна велика свобода вибору навчальних дисциплін; переважно це приватні навчальні заклади; їх формування і розвиток здійснюються, як правило, з урахуванням міжнародного досвіду охорони здоров'я. Виявлені підходи слід використовувати при вдосконаленні системи підготовки зазначених професіоналів в Україні [3].

## Висновки

Системний аналіз наукової літератури, вітчизняного і зарубіжного досвіду, умов формування та управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України на шляху до європейської інтеграції свідчить, що управління кадровим потенціалом керівників лікувально-профілактичних закладів залишається надзвичайно важливою проблемою, що на сьогодні, незважаючи на незначні наукові досягнення як вітчизняних, так і зарубіжних фахівців і практиків, характеризується недостатнім рівнем дослідження. Комплексне вирішення цієї проблеми набуває особливого значення в контексті європейської інтеграції України.

## Перспективи подальших досліджень

Системний аналіз наукової літератури свідчить, що, незважаючи на значні реформаторські зрушення в управлінській освіті, чинна система підготовки та перепідготовки сучасних менеджерів системи охорони здоров'я досі не оптимальна і потребує більш широкого дослідження. Тому подальші дослідження будуть проводитися в цьому напрямі.

## Література

1. Банчук М. В. Питання стратегії економічного розвитку у сфері кадрової політики у охороні здоров'я України / М. В. Банчук, І. І. Воликін // Матеріали IV з'їзду спеціалістів із соціальної медицини та організації управління охорони здоров'я, м. Київ–Житомир, 23–28 жовтня 2008 р. – Київ, 2008. – Т. 2. – С. 222.
2. Богомаз В. М. Проблеми підготовки лікарів до надання страхових медичних послуг / В. М. Богомаз, Н. М. Лелюх // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 20–25.
3. Васюк Н. О. Світовий досвід підготовки сучасних менеджерів системи охорони здоров'я (огляд літературних джерел) / Н. О. Васюк // Державне управління. – 2012. – № 1. – С. 21–26.
4. Вороненко Ю. В. Проблеми забезпечення якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України / Ю. В. Вороненко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – № 3 (3). – С. 38–40.
5. Галієнко Л. І. Сучасні кадрові проблеми охорони здоров'я в країнах Європейського регіону ВООЗ / Л. І. Галієнко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2011. – № 1 (13). – С. 279–281.
6. Галушко В. П. Сучасні методи навчання в підготовці керівних кадрів / В. П. Галушко, І. А. Міщенко // Міжнародний збірник наукових праць. – 2011. – Вип. 1 (13). – С. 2–10.
7. Гульчій О. П. Проблеми підготовки управлінських кадрів для охорони здоров'я / О. П. Гульчій, Н. М. Захарова, Л. О. Литвинова // Матеріали IV з'їзду спеціалістів із соціальної медицини та організації управління охорони здоров'я, м. Київ–Житомир, 23–28 жовтня 2008 р. – Київ, 2008. – Т. 2. – С. 68–69.
8. Децик О. З. Готовність керівників медичних закладів до управління змінами в системі охорони здоров'я / О. З. Децик, Н. І. Кольцова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 100–104.
9. Кадрова політика в системі медичної допомоги / В. І. Журавель, В. В. Журавель, Т. Ю. Ткачук, О. П. Гульчій // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 155–156.
10. Карамішев Д. В. Перетворення в системі охорони здоров'я з позиції управлінця і громадянина / Д. В. Карамішев // Здоров'я України. – 2008. – № 15–16 (196–197). – С. 66–67.
11. Курило Т. М. Удосконалення підготовки менеджерів охорони здоров'я на Україні та досвід США / Т. М. Курило // Болонський процес: трансформація навчального процесу в технологію навчання : Матеріали II міжнародної науково-методичної конференції. – Київ : ДУІКТ, 2005. – С. 92–94.
12. Латишев Є. Є. Кадрові ресурси охорони здоров'я України: наукові засади / Є. Є. Латишев // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації управління охорони здоров'я, м. Київ–Житомир, 23–28 жовтня 2008 р. – Київ, 2008. – Т. 2. – С. 114–116.



13. Ледошук Б. О. Безперервний професійний розвиток керівних кадрів охорони здоров'я: досвід і проблеми / Б. О. Ледошук // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації управління охорони здоров'я, м. Київ–Житомир, 23–28 жовтня 2008 р. – 2008. – Т. 2. – С. 116–118.
14. Нові підходи вирішення кадрових проблем в умовах сучасного медичного ринку праці / О. А. Руденко, А. А. Висоцький, Г. В. Бесполудіна [та ін.] // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації управління охорони здоров'я, м. Київ–Житомир, 23–28 жовтня 2008 р. – 2008. – Т. 2. – С. 194–196.
15. Рогожин Б. А. Щодо питання освіти керівників закладів охорони здоров'я / Б. А. Рогожин, О. І. Сердюк // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1 (33). – С. 144–145.
16. Управлінський облік і якість роботи лікувально-профілактичного закладу / В. Е. Кардаш, Е. Ц. Ясинська, М. І. Грицюк [та ін.] // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 137–141.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.11.2015 р.

### Изучения проблемы подготовки современных руководящих кадров здравоохранения в Украине

*Р.Ю. Погорилиак, А.П. Гульчий*

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина  
Национальная академия медицинских наук Украины,  
г. Киев, Украина

**Цель** – рассмотреть проблемные вопросы эффективности подготовки, переподготовки и непрерывного профессионального развития руководящих кадров, а также требования к знаниям, которыми должны владеть руководители медицинских учреждений.

**Материалы и методы.** Проведенный контент-анализ украинских и иностранных источников литературы по данной проблеме.

**Результаты и выводы.** Системный анализ научной литературы показывает, что, несмотря на значительные реформаторские сдвиги в управленческой образовании, действующая система подготовки современных менеджеров системы здравоохранения до сих пор не является оптимальной и требует более широкого исследования.

**Ключевые слова:** подготовка управленческих кадров, современные менеджеры системы здравоохранения.

### Study problems of modern preparation of managerial personnel of health care in Ukraine

*R.Yu. Pogoriliak, A.P. Gulchiy*

SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine  
The National Academy of Medical Sciences of Ukraine,  
Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to consider problematic issues regarding the effectiveness of training, retraining and continuing professional development of management personnel, as well as requirements for knowledge, which should have heads of medical institutions.

**Materials and methods.** Conducted content-analysis of Ukrainian and foreign sources of literature concerning this problem.

**Results and conclusions.** Systematic analysis of scientific literature shows that despite significant reform changes in management education, the current system of training modern managers of the health system is still not optimal and requires greater study.

**Key words:** management training, modern health system managers.

### Відомості про авторів

**Погоріляк Рената Юріївна** – к.мед.н., доц. кафедри громадського здоров'я, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Гульчий Олеся Петрівна** – д.мед.н., проф., зав. науково-організаційним відділом НАМН України; вул. Герцена, 12, м. Київ, 04050, Україна.



УДК 616-082:616-051.001.86.004.12

Т.А. Вежновець, В.Д. Парій

## ВПЛИВ ВІКУ, ДОСВІДУ РОБОТИ ТА ОСОБИСТІСНИХ РИС МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ НА ЯКІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

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

**Мета** – дослідити вплив віку, досвіду роботи та особистісних рис медичного персоналу на якість надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я міст Києва та Херсона.

**Матеріали та методи.** Проведено соціологічне опитування 257 медичних працівників.

**Результати.** Встановлено, що до внутрішніх (індивідуальних) кадрових ризиків для якості надання медичної допомоги належать: стаж роботи медичних працівників до 6 і від 20 років, особливо перший рік професійної діяльності; вік медичних сестер до 25 років, вік лікарів до 30 років і пенсійний вік (від 55 років) усіх медичних працівників; такі особистісні риси медичних працівників, як байдужість, грубість, конфліктність, необов'язковість, цинічність і неохайність.

**Висновки.** Визначені кадрові ризики для якості надання медичної допомоги слід враховувати при розробці системи управління якістю в закладах охорони здоров'я.

**Ключові слова:** вік, досвід роботи, особистісні риси медичних працівників, кадрові ризики, якість надання медичної допомоги.

### Вступ

Структурним компонентом управління якістю медичної допомоги є кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). На думку Нобелевського лауреату в області економіки Гері Беккера, найціннішим капіталом будь-якої організації є кадри [15]. Кадри – це єдиний вид ресурсів, який з часом не тільки не втрачає своєї первинної вартості, а набуває більш високої вартості за рахунок накопичення професійних навичок і знань [11]. Проте кадри є однією з основних причин ризиків у системі управління сучасною організацією. Кадрові ризики становлять 80% усіх видів ризиків в організації [12].

За критерієм причин виникнення кадрові ризики поділяються на дві групи: внутрішні (індивідуальні) та зовнішні (управлінсько-організаційні) [2]. До першої групи належать ризики, обумовлені індивідуальними якостями кожного працівника, а саме: біологічні (вік, стан здоров'я, психофізіологічні особливості, здібності, інтелект, стать), соціально-психологічні (особистісні риси, соціальна роль, міжособистісні конфлікти, мотиви, лояльність), моральні (цінності, вірування, норми, культура), професійні (досвід роботи, професійний розвиток, професійні кризи, професійні компетенції). До другої групи входять ризики, які виникають при неналежному виконанні функцій управління персоналом в організації, а саме: неефективні управлінські рішення та їх механізм реалізації, неадекватний стиль управління, неефективний добір персоналу, помилки мотивації та оцінки персоналу, неефективний контроль, маніпулювання інформацією, неефективна організаційна культура тощо [2].

Проблема кадрових ризиків у системі охорони здоров'я надзвичайно актуальна у зв'язку з безпосереднім впливом на якість надання цієї допомоги. Кадрові ризики обумовлюють медичні помилки, причиною виникнення яких є дії (бездіяльність) медичних працівників, які мають недостатню кваліфікацію або нездатність використовувати наявні знання. За даними Кучеренко В.З. та Еккерт Н.В., у 80–85% випадків медичні помилки призводять до ускладнення перебігу захворювання та навіть смерті пацієнтів [5].

У літературі зустрічаються поодинокі роботи, присвячені дослідженню причин кадрових ризиків неякісного надання медичної допомоги. Так, за даними Князюк Н.Ф., вірогідність матеріалізації негативних наслідків кадрових ризиків, пов'язаних з кваліфікацією лікарів, з напруженістю їхньої діяльності, становить 25–50% [4]. У доповіді робочої групи Королівського коледжу лікарів за 2005 р. вказано, що професіоналізм лікарів є одним із головних чинників забезпечення якості надання медичної допомоги [19]. На думку Goulet F. et al., низька якість надання медичних послуг пов'язана насамперед із віком лікаря [14]. Hojat M. et al. вважає, що медичний працівник для надання якісної медичної допомоги повинен мати такі особистісні якості, як сумлінність і співчуття [16].

Для забезпечення надання якісної медичної допомоги в комунальних ЗОЗ необхідно розуміти причини кадрових ризиків та їх вчасно ідентифікувати. У представленому дослідженні ми зосередилися на визначенні деяких індивідуальних (внутрішніх) чинників кадрових ризиків при наданні медичної допомоги.

**Мета роботи** – визначити вплив віку, досвіду роботи та особистісних рис медичного персоналу на



якість надання медичної допомоги в ЗОЗ за результатами опитування медичних працівників.

### Матеріали та методи

Проведено опитування медичних працівників (керівників, лікарів і медичних сестер) ЗОЗ м. Києва та Херсонської області за анкетною визначення кадрових ризиків, розробленою фахівцями кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

У дослідженні взяли участь 257 медичних працівників, серед яких 87 керівників ЗОЗ, 60 лікарів і 110 медичних сестер. Середній вік опитаних становив  $48,3 \pm 0,7$  року, середній стаж –  $17,4 \pm 0,9$  року. Серед опитаних керівників жінки становили 51,7%, чоловіки – 48,3%, серед лікарів жінки становили 64%, чоловіки – 36%, серед медичних сестер жінки становили 100%.

Віковий та статевий склад респондентів у цілому відповідає генеральній вибірці.

Отримані результати опрацьовані з використанням статистичної програми Microsoft Excel.

### Результати дослідження та їх обговорення

У проведеному дослідженні за результатами опитування керівників, лікарів і медичних сестер першим ми оцінили стаж роботи медичних працівників, як один із можливих кадрових ризиків (таблиці 1, 2).

Установлено, що, на думку переважній більшості респондентів усіх професійних груп (від 84,7 до 89,87%), ризиком неякісного надання медичної допомоги є стаж лікарів і медичних сестер до 6 років, особливо перший рік професійної діяльності. Також ризикованим респонденти вважають стаж від 20 років як у лікарів (10,1–13,7%), так і в медичних сестер (10,1–12,2%).

Таблиця 1

Розподіл респондентів за відповіддю на запитання  
«Ризиком надання неякісної медичної допомоги є стаж роботи лікаря ...»

Посада респондента	Частка респондентів (%) за визначеним стажем					
	0–1 рік	2–3 роки	4–6 років	7–10 років	11–19 років	від 20 років
Лікар	68,75±6,03	11,72±4,19	7,81±3,49	0	0	11,72±4,19
Медсестра	78,48±3,94	8,86±2,72	2,53±1,50	0	0	10,13±2,89
Керівник	61,76±5,24	21,57±2,44	2,97±1,82	0	0	13,7±3,71

Таблиця 2

Розподіл респондентів за відповіддю на запитання  
«Ризиком надання неякісної медичної допомоги є стаж роботи медичної сестри ...»

Посада респондента	Частка респондентів (%) за визначеним стажем					
	0–1 рік	2–3 роки	4–6 років	7–10 років	11–19 років	від 20 років
Лікар	74,19±5,70	8,06±3,54	3,23±2,30	0	3,23±2,30	11,29±4,12
Медсестра	78,48±3,94	8,86±2,72	2,53±1,50	0	0	10,13±2,89
Керівник	68,38±5,01	12,24±2,83	4,08±2,13	0	3,06±1,86	12,24±3,53

Це обумовлено тим, що медичні працівники у своїй професійній діяльності проходять закономірні періоди професіоналізації: період адаптації до роботи (0–1 рік), первинної професіоналізації (1–3 роки), вторинної професіоналізації (4–6 років), майстерності (7–10 років), стабілізації (11–19 років) і регресу (від 20 років) [3]. Звичайно, що в період адаптації до роботи, первинної та вторинної професіоналізації тривалістю до 6 років медичні працівники ще не досягають у певній мірі професіоналізму чи професійної майстерності. У цей час вони можуть допускати помилки, які можуть мати негативні наслідки для якості надання медичної допомоги.

Аналіз представлених даних свідчить, що найменш ризикованим періодом для якості надання медичної допомоги є стаж медичних працівників 7–19 років. При цьому респонденти однакові стосовно того, що для лікарів цей період є абсолютно безпечним, тоді як щодо оцінки кадрових ризиків за стажем медичних сестер такої

одностайності немає. Незначна кількість лікарів і керівників ( $3,2 \pm 2,3\%$  та  $3,1 \pm 1,9\%$ ) вважають, що ризики неякісного надання медичної допомоги можуть виникати в медичних сестер вже після 11 років стажу. Тобто, на їхню думку, у медичних сестер період регресу настає раніше, ніж у лікарів. Самі медичні сестри однаково вважають, що ризик неякісного надання медичної допомоги у них може виникати, як і в лікарів, після 20 років стажу.

Крім того,  $21,6 \pm 4,4\%$  керівників ЗОЗ вважають, що ризиком неякісного надання медичної допомоги лікарями є стаж 2–3 роки, який відповідає періоду первинної професіоналізації. Цей період у діяльності медичних сестер оцінюють як ризикований лише  $12,2 \pm 2,8\%$  керівників ЗОЗ.

За коефіцієнтом згоди Пірсона  $\chi^2$  не виявлено достовірної відмінності в структурах розподілу відповідей респондентів різних професійних груп (лікарів, медичних сестер і керівників) на питання щодо



стажу роботи лікарів і медичних сестер, як одного з можливих кадрових ризиків неякісного надання медичної допомоги ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, розглядаючи стаж роботи як один із професійних кадрових ризиків неякісного надання медичної допомоги, встановлено, що найбільшим ризиком є стаж роботи лікарів та медичних сестер 0–6 років і особливо перший рік професійної діяльності, тобто період адаптації, первинної й вторинної професіоналізації. Вказане обумовлено відсутністю в цей період у медичних працівників належного професіоналізму та досвіду. На думку Shapiro J. et al., відсутність професіоналізму в медичних працівників призводить до виникнення медичних помилок, які негативно позначаються на якості надання медичної допомоги [17].

Наступним можливим чинником внутрішніх кадрових ризиків неякісного надання медичної допомоги є вік медичних працівників. За даними Полякова А.А., в осіб віком від 30 років темп зниження загальної фізичної працездатності і психомоторних реакцій становить 0,5–2% на рік. Зниження інтегральних показників професійної працездатності носить нелінійний характер і становить 0,1–0,4% на рік [8]. Тобто інволюція трудової діяльності

може бути значно уповільнена за рахунок постійного професійного навчання і перенавчання з максимальним використанням накопиченого досвіду, трудових навичок, динамічного стереотипу, соціальних знань.

Для встановлення впливу віку лікарів і медичних сестер на якість надання медичної допомоги, спираючись на періодизацію розвитку людини як суб'єкта праці, сформовано вікові групи. Для цього використано періодизацію Бромлея Д., який виділяє чотири стадії дорослості: ранню (21–24 роки), середню (25–39 років), пізню (40–54 роки) і пенсійний вік (55–64 роки), і періодизацію Моргуну В. і Ткачової Н., за якою зрілість особистості починається з епохи юності (18–23 роки), включає молодість (24–29 років), період розквіту (30–39 років) і період зрілості (40–54 роки) [6, 9]. Вікові групи лікарів сформовано таким чином: до 30 років, 30–39 років, 40–54 роки, від 55 років. Зважаючи на те, що медичні сестри раніше починають свою професійну діяльність, їхні вікові групи становлять: до 25 років, 25–29 років, 30–39 років, 40–54 роки, від 55 років.

Результати проведеного нами опитування керівників ЗОЗ, лікарів і медичних сестер щодо віку медичних працівників як одного з можливих кадрових ризиків наведено в таблицях 3 і 4.

Таблиця 3

**Розподіл респондентів за відповіддю на запитання  
«Ризиком надання неякісної медичної допомоги є вік лікаря ...»**

Посада респондента	Частка респондентів (%) за визначеним віком			
	до 30 років	30–39 років	40–54 роки	від 55 років
Лікар	27,12±5,79	1,69±1,68	1,69±1,68	69,49±6,0
Медична сестра	11,11±3,01	0	4,17±1,91	84,7±3,45
Керівник	17,71±4,12	3,13±1,88	5,20±2,4	73,9±4,74

Таблиця 4

**Розподіл респондентів за відповіддю на запитання  
«Ризиком надання неякісної медичної допомоги є вік медичної сестри ...»**

Посада респондента	Частка респондентів (%) за визначеним віком				
	до 25 років	25–29 років	30–39 років	40–54 роки	від 55 років
Лікар	25,86±5,71	0	0	5,17±2,88	68,97±6,02
Медична сестра	12,5±3,16	0	0	4,17±1,91	83,33±3,56
Керівник	18,94±4,22	0	0	9,47±3,15	71,58±4,86

За коефіцієнтом згоди Пірсона  $\chi^2$  не виявлено достовірної відмінності в структурах розподілу відповідей респондентів різних професійних груп (лікарів, медичних сестер і керівників) на питання щодо віку лікарів і медичних сестер як одного з можливих кадрових ризиків неякісного надання медичної допомоги ( $p > 0,05$ ).

Встановлено, що в цілому респонденти вважають найбільш ризикованим для якості надання медичної допомоги вік лікарів і медичних сестер від 55 років. Проте значна частина респондентів вважає, що негативний вплив на якість надання медичної допомоги може мати у медичних сестер вік до 25 років, у лікарів –

до 30 років. Отримані дані співпадають із думкою Слободського А.Л., який вважає найбільш ризикованим вік працівників до 23 років та 53–55 років і старше [10].

Найменший ризик для якості надання медичної допомоги становить вік медичних сестер та лікарів 30–54 роки. Вказаний період, за даними Ананьєва Б.Г. [1], співпадає з віковим періодом максимальної зрілості особистості, який розподіляється на 10-літні інтервали, що мають свої особливості. Так, на його думку, період 30–39 років характеризується як оптимум інтелектуальних досягнень особистості, коли посилюється диференціація окремих сторін системи інтелекту на більш високому рівні інтегрованості. І саме



цей віковий період є найменш ризикованим щодо неякісного надання медичної допомоги як у лікарів, так і в медичних сестер. У період 40–49 років зростає індивідуалізація особистісного розвитку і в професійному аспекті особистість поєднує широкую орієнтацію в професійній сфері (професійну універсальність) з унікальними рисами професійної діяльності, індивідуальним стилем. До 50 років особистість отримує значний професійний досвід, може надійно та успішно вирішувати професійні завдання.

На думку Петраш М.Д., професійний розвиток медичних працівників за віком поділяється на 6 етапів: 20–22 роки – стадія адаптації; 23–28 років – криза професійної самореалізації; 29–38 років – етап стійкого професійного розвитку; 39–44 роки – криза розвитку особистості (середини життя); 45–49 років – вихід із кризи середини життя; 50–59 років – період професіоналізму [7]. Це частково кореспондується з нашими результатами, а саме 11,1–27,1% респондентів вважає ризиком неякісного надання медичної допомоги вік лікарів до 30 років, а 12,5–25,9% респондентів – вік медичних сестер до 25 років, тобто стадію адаптації та кризи професійної самореалізації за Петраш М.Д. Найменший ризик для якості надання медичної допомоги за нашими даними становить вік медичних сестер і лікарів 30–39 років, що співпадає з періодом стійкого професійного розвитку. Водночас, розбіжності між отриманими нами результатами та даними Петраш М.Д. щодо медичних працівників від 40 років, можливо, обумовлені різним розподілом вікових груп.

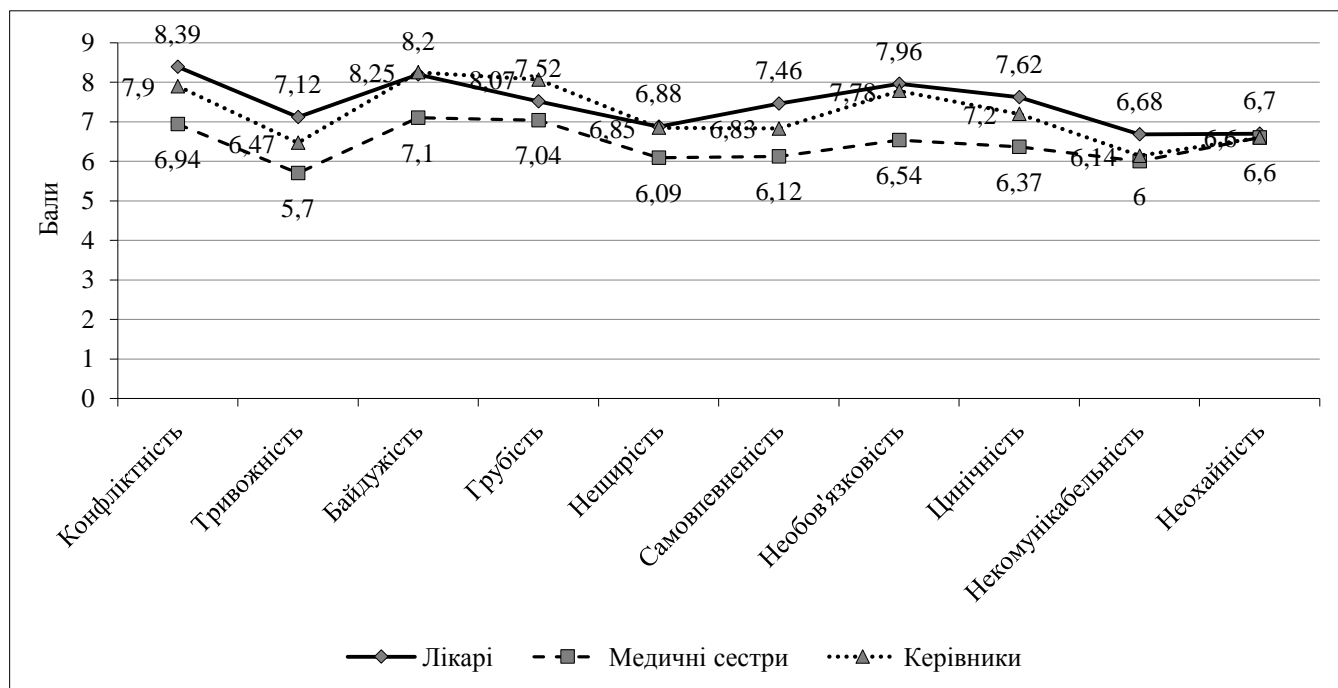
Таким чином, найбільш працездатним і професійно компетентним віком медичних працівників, який не несе ризиків неякісного надання медичної допомоги, є вік 30–

54 роки, що співпадає з віковим періодом максимальної зрілості особистості за Ананьєвим Б.Г., а в межах цього вікового періоду – вік 30–39 років, що співпадає з етапом стійкого професійного розвитку за Петраш М.Д. Найбільшу небезпеку для якості надання медичної допомоги становлять молоді медичні працівники (медичні сестри до 25 років і лікарі до 30 років) і медичні працівники пенсійного віку (від 55 років).

За даними опитування респондентів різних професійних груп, до провідних імовірних ризиків неякісного надання медичної допомоги лікарями належать певні особистісні риси, оцінені за 10-бальною шкалою (найбільш негативний ризик – 10 балів, найменш негативний ризик – 1 бал). За отриманими результатами складено профілі негативних особистісних рис лікарів, серед яких конфліктність, тривожність, байдужість, грубість, нещирість, самовпевненість, необов'язковість, цинічність, некоммукабельність, неохайність (рис.).

Профілі негативних особистісних рис лікаря, побудовані за результатами опитування респондентів різних професійних груп, мають однакову конфігурацію з майже однаковими підйомами та спадами.

До п'ятірки найбільш негативних особистісних рис лікаря, які можуть становити ризик неякісного надання медичної допомоги, на думку керівників ЗОЗ, належать байдужість ( $8,25 \pm 0,27$  балу), грубість ( $8,07 \pm 0,24$ ), конфліктність ( $7,9 \pm 0,32$ ), необов'язковість ( $7,78 \pm 0,3$ ), цинічність ( $7,2 \pm 0,3$ ); на думку лікарів – конфліктність ( $8,39 \pm 0,3$ ), байдужість ( $8,2 \pm 0,36$ ), необов'язковість ( $7,96 \pm 0,35$ ), цинічність ( $7,63 \pm 0,37$ ), грубість ( $7,52 \pm 0,4$ ). Тобто керівники та лікарі одностайні щодо п'яти негативних особистісних рис, які можуть становити ризик для якості надання медичної допомоги лікарями.



**Рис.** Профілі негативних особистісних рис медичного працівника, які можуть становити ризик для якості надання медичної допомоги, на думку респондентів (у балах)



Профіль негативних особистісних рис лікаря, на думку медичних сестер, співпадає з думкою інших респондентів: байдужість ( $7,1 \pm 0,46$  балу), грубість ( $7,04 \pm 0,45$  балу), конфліктність ( $6,94 \pm 0,45$ ), необов'язковість ( $6,54 \pm 0,5$  балу), а також доповнюється ще такою якістю, як неохайність ( $6,6 \pm 0,49$ ). У даному випадку медичні сестри оцінюють негативний вплив вказаної якості передусім з огляду на дотримання протиепідемічного режиму в ЗОЗ.

За критерієм Стюдента, достовірно вищі показники ( $p < 0,05$ ), на думку лікарів, ніж на думку медичних сестер, виявлені за такими рисами лікаря, як конфліктність ( $t=2,7$ ), тривожність ( $t=2,3$ ), самовпевненість ( $t=2,28$ ), необов'язковість ( $t=2,3$ ), цинічність ( $t=2,1$ ). Водночас, достовірної різниці в оцінці негативних особистісних рис лікарями та керівниками не виявлено ( $p > 0,05$ ).

Тобто, на думку усіх респондентів, найризикованішими для надання медичної допомоги негативними особистісними рисами лікаря є байдужість, грубість, конфліктність, необов'язковість, а також цинічність – на думку лікарів і керівників, неохайність – на думку медичних сестер.

Слід зазначити, що конфліктність, самовпевненість, цинічність, грубість і байдужість у медичних працівників – це прояви формування в них синдрому професійного вигорання. Загальновідомо, що наявність зазначеного синдрому в медичних працівників негативно впливає на якість надання медичної допомоги [13, 18].

### Висновки

На підставі проведеного дослідження встановлено внутрішні (індивідуальні) кадрові ризики неякісного надання медичної допомоги в ЗОЗ: стаж роботи медичних працівників до 6 і від 20 років, особливо перший рік професійної діяльності; вік медичних сестер до 25 років, вік лікарів до 30 років і пенсійний вік (від 55 років) усіх медичних працівників; такі особистісні риси медичних працівників, як байдужість, грубість, конфліктність, необов'язковість, цинічність і неохайність.

### Перспективи подальших досліджень

Визначені кадрові ризики неякісного надання медичної допомоги слід враховувати при розробці системи управління якістю в ЗОЗ.

### Література

1. *Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – Ленинград : Изд-во ЛГУ, 1968. – 339 с.
2. *Буланова Е. Н.* Определение понятия кадрового риска / Е. Н. Буланова // Управление персоналом. Ученые записки. Книга V / под ред. д.э.н., проф. В. К. Потехина. – Санкт-Петербург : Изд-во Санкт-Петербургской академии управления персоналом, 2007. – 334 с.
3. *Вежновець Т. А.* Особливості ухвалення управлінських рішень керівниками закладів охорони здоров'я з різним стажем роботи / Т. А. Вежновець // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2012. – № 3–4. – С. 138–144.
4. *Князюк Н. Ф.* Моделирование интегрированной системы управления рисками в медицинской организации / Н. Ф. Князюк // Медицинский альманах. – 2011. – № 2 (15). – С. 9–13.
5. *Кучеренко В. З.* Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики / В. З. Кучеренко, Н. В. Эккерт // Вестник Рос. академии медицинских наук. – 2012. – № 3. – С. 4–9.
6. *Моргун В. Ф.* Проблема периодизации развития личности в психологии : учеб. пособие / В. Ф. Моргун, Н. Ю. Ткачева. – Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1981. – 84 с.
7. *Петраш М. Д.* Кризисы профессиональной жизни в контексте развития взрослых : автореф. дис. ... к.психол.н. : 19.00.13 / М. Д. Петраш. – 2004. – 28 с.
8. *Поляков А. А.* Медико-биологические аспекты посильной трудовой деятельности в пожилом возрасте [Электронный ресурс] / А. А. Поляков // Режим доступа : [http://www.myshred.ru/slide/402094/Материалы конференции «Миграция и ее влияние на системы социальной защиты Республики Молдова»](http://www.myshred.ru/slide/402094/Материалы%20конференции%20«Миграция%20и%20ее%20влияние%20на%20системы%20социальной%20защиты%20Республики%20Молдова»). – 16.06.2011.
9. *Психология среднего возраста, старения, смерти* / под ред. А. А. Реана. – Санкт-Петербург : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
10. *Слободской А. Л.* Риски в управлении персоналом : учеб. пособие / А. Л. Слободской / под ред. заслуженного деятеля науки РФ, д.э.н., проф. В. К. Потемкина. – Санкт-Петербург : Изд-во СПбГУЭФ, 2011. – 155 с.
11. *Ходакова О. В.* Совершенствование системы управления кадрами в муниципальных учреждениях здравоохранения (на примере г. Читы) : автореф. дис. ... к.мед.н.: 14.00.33 / О. В. Ходакова. – 2005. – 22 с.
12. *Шкурко Н. С.* Применение инструментария риск-менеджмента в системе управления персоналом / Н. С. Шкурко, А. В. Михайлова, Т. И. Захаров // Вестник Поморского университета. Сер.: Гуманитарные и социальные науки. – 2008. – Вып. 3. – С. 61–66.
13. *Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons* / T. D. Shanafelt, M. R. Oreskovich, L. N. Dyrbye [et al.] // Ann. Surg. – 2012. – Apr.; Vol. 255 (4). – P. 625–633.



14. *Effects of continuing professional development on clinical performance: results of a study involving family practitioners in Quebec* / F. Goulet, E. Hudon, R. Gagnon [et al.] // *Can. Fam. Physician.* – 2013. – May; Vol. 59 (5). – P. 518–525.
15. *Gary S. Becker Human capital and the personal distribution of income : an analytical approach* / by Gary S. Becker. – Ann Arbor : Institute of Public Administration, 1967. – 49 p.
16. *Hojat M. Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE Guide No. 79* / M. Hojat, J. B. Erdmann, J. S. Gonnella // *Med. Teach.* – 2013. – Jul.; Vol. 35 (7). – P. e1267–1301.
17. *Shapiro J. Instituting a culture of professionalism: the establishment of a center for professionalism and peer support* / J. Shapiro, A. Whittemore, L. C. Tsen // *Jt. Comm. J. Qual. Patient. Saf.* – 2014. – Apr.; Vol. 40 (4). – P. 168–177.
18. *The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study* / E. S. Williams, L. B. Manwell, T. R. Konrad, M. Linzer // *Health Care Manage Rev.* – 2007. – Jul.-Sep.; Vol. 32 (3). – P. 203–212.
19. *Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world* // *Clin. Med.* – 2005. – Nov.–Dec.; Vol. 5 (6 Suppl. 1). – P. 5–40.

Дата надходження рукопису до редакції: 26.10.2015 р.

**Влияние возраста, опыта работы и личностных особенностей медицинского персонала на качество оказания медицинской помощи**

Т.А. Вежновец, В.Д. Парий  
Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Цель** – исследовать влияние возраста, опыта работы и личностных особенностей медицинского персонала на качество оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения городов Киева и Херсона.

**Материалы и методы.** Проведен социологический опрос 257 медицинских работников.

**Результаты.** Установлено, что к внутренним (индивидуальным) кадровым рискам для качества оказания медицинской помощи относятся: стаж работы медицинских работников до 6 и от 20 лет, особенно первый год профессиональной деятельности; возраст медицинских сестер до 25 лет, возраст врачей до 30 лет и пенсионный возраст (от 55 лет) всех медицинских работников; такие личностные особенности медицинских работников, как равнодушие, грубость, конфликтность, необязательность, циничность и неряшливость.

**Выводы.** Установленные кадровые риски для качества оказания медицинской помощи необходимо учитывать при разработке системы управления качеством в учреждениях здравоохранения.

**Ключевые слова:** возраст, опыт работы, личностные особенности медицинских работников, кадровые риски, качество оказания медицинской помощи.

**The influence of age, work experience and personal qualities of medical staff on the quality of medical care**

Т.А. Vezhnovets, V.D. Pariy  
Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to research the influence of age, work experience and personal qualities of medical staff on the quality of medical care in the health institutions of Kyiv and Kherson.

**Materials and methods.** On the results of survey of 257 healthcare workers based.

**Results.** It was established that to internal (individual) human risks for the quality of medical care belongs the seniority of medical staff up to 6 years and 20 years or more, especially the first year of professional activity; age of nurses up to 25 years, age of doctors up to 30 years, and retirement age (over 55 years) of all health workers, personal qualities of health workers such as indifference, rudeness, proneness to conflicts, unreliability, cynicism, and untidiness.

**Conclusions.** Identified personnel risks for the quality of medical care should be considered when designing a system of quality management in health care institutions.

**Key words:** age, experience, personal qualities of health workers, personnel risks, the quality of medical care.

**Відомості про авторів**

**Вежновець Тетяна Андріївна** – доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна.

**Парій Валентин Дмитрович** – завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна.



## ВПЛИВ СХІДНОЄВРОПЕЙСКИХ КРАЇН – ЧЛЕНІВ ЄВРОСОЮЗУ НА ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЗАКАРПАТТЯ МОЛОДШИМ МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ

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

**Мета** – визначити вплив дефіциту молодшого медичного персоналу в суміжних із Закарпатською областю країнах Євросоюзу на регіон.

**Матеріали та методи.** ВООЗ. Світова статистика охорони здоров'я 2006–2015; статистичний збірник «Регіони України» 2013, ч. 1; статистичний бюлетень «Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України» у 2012 р. Результати отримано за допомогою методів аналізу (порівняльного та статистичного).

**Результати.** Встановлено, що в країнах Євросоюзу, які межують із Закарпаттям (Польщі, Словаччині, Угорщині та Румунії), при інтеграції до Євросоюзу виникали проблеми дефіциту молодшого медичного персоналу, пов'язані з «вимиванням» вказаних кадрів більш заможними країнами. Вирішення цієї проблеми проводилося через підвищення рівня забезпеченості молодшого медичного персоналу і за рахунок менш заможних сусідніх країн/регіонів, у тому числі Закарпаття.

**Висновки.** При нинішній системі охорони здоров'я та рівні забезпечення медичних кадрів регіон ризикує стати донором сусідніх держав і стикнутися з кадровим дефіцитом молодшого медичного персоналу в майбутньому.

**Ключові слова:** молодший медичний персонал, рівень забезпечення, чинники.

### Вступ

Медичні кадри є одним із найважливіших ресурсів системи охорони здоров'я. При цьому молодші медичні працівники є не тільки найчисельнішою складовою медичних кадрів, але і впливовою складовою на якість та ефективність медичної допомоги [4].

**Мета роботи** – визначити основні ризики та негативи для молодших медичних працівників Закарпаття при продовженні процесу інтеграції України в Євросоюз; проаналізувати вказані процеси в країнах, що межують із регіоном.

### Матеріали та методи

У роботі використано такі матеріали: ВООЗ. Світова статистика охорони здоров'я 2006–2015; статистичний збірник «Регіони України» 2013, ч. 1; статистичний бюлетень «Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2012 році». Результати отримано за допомогою методів аналізу (порівняльного та статистичного).

### Результати дослідження та їх обговорення

Кризовий стан кадрів охорони здоров'я майже універсальний, від нього не застрахована жодна країна, навіть найзаможніша. Незадовільний розподіл ресурсів, а також міграція працівників охорони здоров'я погіршують і без того несприятливу ситуацію із забезпеченням молодшим медичним персоналом із вищою освітою

(надалі – ММП). Як відомо, Україна є донором трудових ресурсів для країн Євросоюзу та США. За даними експертів, кожний десятий фахівець охорони здоров'я у країнах Євросоюзу є вихідцем з інших країн, у тому числі з України [1].

На сьогодні питання інтеграції України до Євросоюзу є актуальним і бажаним як серед політиків, так і серед населення, але поки держава долає бюрократичні та економічні перепони, ММП регіону активно інтегрується до Євросоюзу у значно простіший спосіб. Перефразовуючи загальновідоме прислів'я, можна сказати: «Якщо стандарти Євросоюзу не йдуть до сфери охорони здоров'я Закарпаття, то медики регіону самі йдуть до Євросоюзу».

У сучасному світі рівень забезпеченості населення медичними послугами визначається за багатьма показниками. Одним із них є кількість ММП на 10 тис. населення. За даними ВООЗ, станом на 2013 р. цей показник у середньому по Європі становив 80,2. Для прикладу: у Норвегії – 172,7, у Фінляндії – 108,6, у Бельгії – 167,6, у Швейцарії – 173,6, у Данії – 167,9, у Німеччині – 114,9, у Сполученому Королівстві Великої Британії та Північної Ірландії, Норвегії – 172,7. У найближчих західних сусідів України – у Словаччині – 60,7, у Польщі – 61,6, у Румунії – 56,2, в Угорщині – 68,4. За цими ж даними, в Україні аналогічний показник становив 76,6 [9].

Слід зазначити, що вступ до Євросоюзу вплинув по-різному на сусідні країни. Так, у 2003 р., перед вступом до Євросоюзу, в Угорщині цей показник становив 88,5, а в Словаччині – 67,7 і відповідно



зменшився після вступу. Натомість, у Польщі та Румунії він збільшився із 49,0 та відповідно 38,9 [9].

Закарпаття – єдиний в Україні регіон, що межує відразу з чотирма країнами Євросоюзу. Особливість географічного розташування надає регіону ряд переваг, але не в галузі медицини. Те, що є мрією багатьох інших галузей вітчизняної економіки – прозорість кордонів і відкритість ринків Євросоюзу, для сучасної медицини Закарпаття створює переважно проблеми. Так, міграційний потік на Закарпатті діє виключно в одному, невітшньому для регіону напрямку.

Станом на 2013 р. у регіоні рівень забезпеченості ММП на 10 тис. населення становив 84,3 [2], що вище за середній показник в Європі, однак значно нижче, ніж у розвинутих країнах Євросоюзу.

Нестача власних кадрів ММП у виснажених більш заможними країнами Центральної та Західної Європи, сусідніх із Закарпаттям країнах Євросоюзу, значно вищі соціальні стандарти в цих країнах, висока мобільність населення регіону, різноманітні міжнародні угоди і програми, що дають змогу мешканцям краю спрощено перетинати кордон з Євросоюзом, отримувати документи, що посвідчують етнічну приналежність до цих країн, а останнім часом – і подвійне громадянство, знецінення професії у межах України, що проявляється у встановленні розміру заробітної плати, наближеного до прожиткового мінімуму, перетворило Закарпаття на донора, що постачає кадри ММП до Румунії, Угорщини, Словаччини та Польщі, а звідти транзитом до більш заможних країн світу.

Відповідно, крім вітчизняних проблем у галузі, на регіон впливають проблеми сусідніх країн. Аналіз рівня забезпеченості ММП за період 2006–2012 рр. свідчить, що у 2006–2010 рр. у регіоні спостерігалась позитивна динаміка зміни вказаного показника. Зокрема, рівень забезпечення ММП на 10 тис. населення з 88,1 у 2006 р. збільшився до 89,2 у 2010 р. Однак уже у 2011 р. вказаний показник становив 88,5, а на кінець 2012 р. зменшився до 88,0 [1], а у 2013 р. вже становив 84,3, що повністю нівелювало попередній приріст. І це при тому, що з 2006 р. Закарпаття – майже єдиний регіон держави, що характеризується сталим природним приростом населення [5].

У 2014 р. Україна зробила вибір у бік інтеграції до Євросоюзу. Відбуваються процеси полегшення перетину державного кордону. Вживаються заходи для відміни віз до країн Євросоюзу тощо. Однак постає питання: чи витримає регіон конкуренцію з боку сусідів?

За даними ВООЗ, наша держава у період 2000–2012 рр. збільшила загальні витрати охорони здоров'я на душу населення (по середньому курсу обміну валют у доларах США) із 36\$ до 290\$. Водночас, за вказаний період сусідня Румунія збільшила ці витрати з 73\$ до 468\$, Угорщина – з 326\$ до 999\$, Польща – з 247\$ до 859\$, а Словаччина – з 208\$ до 1377\$. Аналогічна тенденція виявлена і в більш заможних країнах. Так, для прикладу: за вказаний період Норвегія збільшила ці витрати із 3165\$ до 9312\$, Швеція – із 2292\$ до 5293\$, Швейцарія – з 3541\$ до 9071\$, а США – з 4818\$ до 8845\$ [9].

І це без урахування обвалу національної валюти у 2014 р., після якого різниця у витратах на душу населення стала ще більш відчутною.

Звичайно, в українському суспільстві існують різні думки. Багато людей, які не мають відношення до галузі охорони здоров'я, а особливо громадяни похилого віку, за старою радянською звичкою вважають, що медичні працівники повинні насамперед керуватися відчуттям обов'язку та патріотизмом тощо. Натомість, проведені в Україні у 2012 р. соціологічні дослідження показали, що 91% висококваліфікованих молодих фахівців із вищою освітою задумуються про роботу за кордоном, і найбільше молодь не влаштовує саме економічна ситуація в країні. Так, майже половина (48%) респондентів відповіли, що мають серйозні наміри виїхати з України; 43% опитаних іноді розглядають можливість пошуку роботи за кордоном, 5% респондентів хочуть використати навчання за кордоном для того, щоб залишитися там працювати, і лише 4% зовсім не планують покидати Україну.

Найбільше ці люди хочуть виїхати у розвинуті західні країни: Європу (63%) та США / Канаду (42%). Слід зазначити, що 16% опитаних відповіли, що їм не важливо, куди емігрувати, аби були хороші умови для життя [8].

Враховуючи, що Закарпаття є регіоном із найнижчим у державі середнім віком населення [6], а відповідно найбільш схильним до виїзду за межі держави, міграційні процеси набули значних розмірів. Так, навіть за наявності тимчасових мігрантів із окупованої АР Крим та регіонів Донбасу міграційний приріст у регіоні є від'ємним і найнижчим в Україні, а міждержавна міграція становить -981 особу [2], і це з урахуванням того, що вказана статистика не бере до уваги неофіційних трудових мігрантів і людей, що не змінили громадянства, але «де факто» виїхали з держави.

Ще одним чинником, що сприяє відтоку ММП у регіоні, є значно нижчий психологічний бар'єр для прийняття рішення про міграцію. Якщо для лікаря виїзд у країну Євросоюзу означає здебільшого неможливість працювати певний період за фахом, проходження перепідготовки, яка потребує часу і значних коштів, то для ММП ця проблема в рази нижча.

Використовуючи родинні, подружні зв'язки, етнічне походження, значна кількість ММП виїжджають на підготовлене місце, дуже часто в сусідні з кордоном України невеличкі міста та селища, а знання мов сусідніх із регіоном країн майже повністю нівелює ті соціальні проблеми, з якими стикаються мешканці інших українських регіонів при імміграції. Виникає ситуація, за якої молодь, що категорично не бажає працювати в сільській місцевості у власній державі і намагається потрапити в Євросоюз, обирає саме невеличкі міста і селища, де на них чекають значно кращі умови та вища заробітна платня. Дуже часто таке омріяне ними комфортне життя знаходиться на відстані 50–100 км від домівки. Для порівняння слід зазначити, що багато мешканців невеликих містечок Київської області долають у день більшу відстань на роботу в столицю. Єдине, що



наразі перешкоджає щоденному добиранню на роботу, є тільки державний кордон, але держава йде до усунення вказаної перешкоди.

Враховуючи, що вектор міждержавної міграції трудових кадрів регіону, у тому числі ММП, діє виключно в одному напрямку, із Закарпаття [2], рівень соціального і фінансового забезпечення не дає змоги регіону сподіватись на внутрішню міграцію із сусідніх областей України, а географічні та біогеохімічні особливості регіону взагалі унеможливають таку міграцію за прикладом щоденного добирання до місця роботи із сусідніх областей, регіон все більше постає перед проблемою міграції ММП.

### Висновки

На рівень забезпеченості ММП у Закарпатській області, крім вітчизняних чинників і проблем,

безпосередньо впливає кадровий дефіцит у сусідніх країнах Євросоюзу, що спричиняє зменшення цього рівня в області. Нестача ММП у Румунії, Угорщині, Польщі та Словаччині, пов'язана з міграцією спеціалістів указаних країни до більш заможних держав Європи чи Північної Америки, змушують шукати адекватну заміну. Українські спеціалісти якнайкраще підходять для цього. Враховуючи географічну та ментальну близькість до Євросоюзу, а також те, що протягом тривалого часу в галузі не відбувались реальні реформи, населення Закарпаття ризикує першим відчутти на собі всі наслідки та проблеми, що виникли у країнах Східної Європи – членах Євросоюзу, але, на відміну від цих країн, регіон вже не зможе поповнити кадровий дефіцит «за рахунок інших».

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні проблеми міграції медичних кадрів у сусідні країни.

### Література

1. *Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2012 році* : статистичний бюлетень [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ukrstat.org/uk/druk>. – Назва з екрана.
2. *Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2012–2013 роки* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uihp.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Mediko-demografichna%20situacia.%202013.pdf>. – Назва з екрана.
3. *Міграційний рух населення в січні-серпні 2015 року* / Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/news/op\\_migr.asp](http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/news/op_migr.asp). – Назва з екрана.
4. *Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи* : [Спеціалізоване видання] / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко [та ін.]. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.
5. *Природний рух населення в січні-серпні 2015 року* / Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/news/op\\_n\\_mov.asp](http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/news/op_n_mov.asp). – Назва з екрана.
6. *Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2015 року* / Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ\\_new1/2015/zb\\_gpn\\_2015.pdf](http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2015/zb_gpn_2015.pdf). – Назва з екрана.
7. *Стан кадрового забезпечення медичної галузі в Україні* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/4/13/17/412/118\\_03\\_2008.pdf](http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/4/13/17/412/118_03_2008.pdf). – Назва з екрана.
8. *Стратегічні оцінки* № 181 (16–11 03.12.12 р.) ICO. – С. 17–19 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kuchma.org.ua>. – Назва з екрана.
9. *WHO/World Health Statistics 2015* [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics). – Title from screen.
10. *WHO/World Health Statistics 2006* [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.11.2015 р.



**Влияние восточноевропейских стран –  
членов Евросоюза на обеспеченность Закарпатья  
младшим медицинским персоналом**

*А.И. Прохорова*

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

**Цель** – определить влияние дефицита младшего медицинского персонала в соседствующих с Закарпатской областью странах Евросоюза на регион.

**Материалы и методы.** ВОЗ. Мировая статистика здравоохранения 2006–2015; статистический сборник «Регионы Украины» 2013, ч. 1; статистический бюллетень «Учреждения здравоохранения и заболеваемость населения Украины в 2012 году». Результаты получены с помощью метода анализа (сравнительного и статистического).

**Результаты.** Установлено, что в странах Евросоюза, граничащих с Закарпатьем (Польше, Словакии, Венгрии и Румынии), при интеграции в Евросоюз возникали проблемы дефицита младшего медицинского персонала, связанные с «вымыванием» указанных кадров более богатыми странами. Разрешение этой проблемы осуществлялось с помощью поднятия уровня обеспечения младшего медицинского персонала и за счет соседних стран/регионов, в том числе Закарпатья.

**Выводы.** При нынешней системе здравоохранения и уровне обеспечения медицинских кадров регион рискует стать донором соседних стран и столкнуться с кадровым дефицитом младшего медицинского персонала в будущем.

**Ключевые слова:** младший медицинский персонал, уровень обеспечения, факторы.

**Impact of eastern European countries, members  
of the European union, on labor supply of junior  
medical staff in Transcarpathia**

*A.I. Prokhorova*

SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine

**Purpose** – to investigate the impact of JMS deficit in the countries of the EU adjacent to Transcarpathia oblast on the region.

**Materials and methods.** World Health Organization, World Healthcare Statistics 2006–2015, Statistical collected articles “Regions of Ukraine” 2013 part 1, Statistical bulletin “Healthcare Institutions and Sickness Rate of the Population of Ukraine” in 2012. The results were obtained by applying the methods of analysis (comparative and statistical).

**Results.** The research showed that during the process of integration into the EU the EU countries bordering on Transcarpathia oblast such as Poland, Slovakia, Hungary and Rumania faced the problem of junior medical staff deficit due to the fact that more and more staff was employed by wealthier countries. The problem was solved by increasing the level of JMS supply as well as by employing people from less wealthy neighboring countries/regions including Transcarpathia.

**Conclusions.** Taking into account the current state of the local medical system and the level of medical staff supply the region is exposed to the risk of becoming a staff donor for the neighboring countries, which is likely to cause the problem of junior medical staff deficit in the nearest future.

**Key words:** JMS, level of labor supply, factors.

---

**Відомості про автора**

**Прохорова Аїта Іванівна** – асистент кафедри громадського здоров'я, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.



## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ НА ПРЕДАТТЕСТАЦИОННОМ ЦИКЛЕ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

**Цель** – разработать новые формы обучения по подготовке и самоподготовке врачей-курсантов стоматологического профиля на этапе последипломного образования.

**Методы:** библиосемантический, структурно-логического анализа, тестирования курсантов.

**Результаты.** Освещены проблемы повышения эффективности практических занятий в системе подготовки врачей-курсантов на предаттестационном цикле, в разделе организации-управления стоматологической службой. Рассмотрены вопросы внедрения тестовых заданий, по организации-управлению и нормативным документам в разделе стоматологической службы. Предложены пути совершенствования видов и методов самостоятельной работы врачей-курсантов.

**Выводы.** Предложены эффективные внеаудиторные формы обучения врачей-курсантов стоматологического профиля.

**Ключевые слова:** последипломное образование, врачи-курсанты, тестирование, внеаудиторные формы обучения.

### Введение

Отечественная стоматология, как и все отрасли здравоохранения, вступили в новые социально-экономические условия деятельности, которые определили новые направления и требования к развитию научно-практических знаний и их реализации. Актуальность затронутых вопросов в данной статье определена, в первую очередь, отсутствием обобщающих работ по проблемам подготовки и самоподготовки врачей-курсантов стоматологического профиля на этапе последипломного образования. Решения таких проблем ставят перед исследователями, научно-педагогическими коллективами необходимость в оптимизации и совершенствовании обучающих форм на этапе подготовки врачей-курсантов [1].

**Цель работы** – разработать новые формы обучения по подготовке и самоподготовке врачей-курсантов стоматологического профиля на этапе последипломного образования.

**Методы:** библиосемантический, структурно-логического анализа, тестирования курсантов.

### Результаты исследования и их обсуждение

Малоопытный клиницист нередко преступает к тому или иному этапу лечения, не собрав необходимой лечебно-диагностической информации, в разрез существующей нормативной базы. Постановка диагноза является обязательным условием для составления плана лечения. Проблемы, с которыми приходится сталкиваться

во время лечения и после него, часто обусловлены ошибками или упущениями во время этапа сбора анамнеза и первоначального обследования пациента, недоскональными знаниями нормативной базы [2].

Для получения адекватного предсказуемого результата при оказании стоматологической помощи врачи-курсанты должны уделять особое внимание каждой детали, начиная от первого разговора с пациентом, диагностических мероприятий и последующего лечения. Для этого врач-курсант должен обладать теоретическим объемом знаний, который логично должен трансформироваться в лечебный процесс [1]. В противном случае отсутствие преемственности (теория – практика) приводит к негативным результатам и для пациента, и для стоматолога, как следствие – разочарование и потеря доверия друг к другу.

Современная стоматология является одновременно высокотехнологичной и сложной областью медицины.

При совершенствовании алгоритмов проведения практических занятий должны использоваться новые инновационные формы обучения с целью повышения уровня знаний врачей-курсантов.

Любая кафедра, независимо от утвержденного тематического плана, развивает свое научное направление, и соответственно при формировании тестовых заданий вольно или невольно научные наработки ложатся в основу тестовых заданий. В 2015 г. на кафедре ортопедической стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика приняли решение в качестве эксперимента разработать тестовые задания, которые



характеризують організаційно-управлінські і нормативні аспекти роботи лікарів-стоматологів.

Кафедра підготувала 11 тестів, які були оцінені незалежними експертами кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету. Ці тестові завдання не входили в базу даних стандартних тестів Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

На першому етапі у лікарів-курсантів рівень відповідей по розглядаваним тестам балансував в межах 69–75% з 100% можливих. Винесені тести викликали ряд труднощів в зв'язі з рішенням діючої нормативної бази в системі охорони здоров'я і стоматології в частині. Недосконалість отриманих відповідей при вирішенні тестових завдань співробітники кафедри обговорили на кафедральному засіданні і прийняли рішення винести вивчення даних пробілів на факультативну форму освіти з обов'язковим розбором на практичних заняттях результатів самостійної роботи.

Результати самостійної роботи засвідчували набуття поглиблених знань і виснажуючої інформації за допомогою Інтернет-пошуку, вивчення наукових статей і праць кафедри, яка була розробником тестових завдань.

В доповнення на практичному занятті під контролем викладачів лікарі-курсанти склали

приблизний план курації хворих з урахуванням самостійно вивчених тем. Після факультативної форми освіти контрольний срез засвідчував, що лікарі-курсанти в час вирішення тестових завдань показали більш високий рівень знань, який склав 81–91% з 100% можливих.

### **Висновки**

Представлена методологія освіти післядипломної освіти сприяє більш поглибленому вивченню вузькопрофільних питань, дозволяє лікарю-курсанту за рахунок факультативної роботи більш поглиблено вивчати і розвивати інформаційно-аналітичне мислення, мобілізує до самостійної роботи, а відповідно до прийняття рішень, про які свідчать показники правильних відповідей при тестуванні курсантів курсів післядипломної освіти.

Такий підхід на сьогоднішній день при підготовці лікарів повністю виправдан в зв'язі з концептуальним переходом до системи добровільного і загальнообов'язкового медичного страхування.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням ефективності позааудиторних форм освіти на післядипломному рівні освіти.

### **Література**

1. Андреев А. А. Педагогика высшей школы. Новый курс / А. А. Андреев. – Москва : Издательство ММИЭИФП, 2002. – 264 с.
2. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «Терапевтична стоматологія», «Ортопедична стоматологія», «Хірургічна стоматологія», «Ортодонтія», «Дитяча терапевтична стоматологія», «Дитяча хірургічна стоматологія» : наказ МОЗ України від 23.11.2004 р. № 566 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
3. Про удосконалення післядипломної освіти лікарів : наказ МОЗ України від 10.12.2010 р. № 1088 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.

*Дата надходження рукопису в редакцію: 16.11.2015 г.*



**Удосконалення системи навчання  
на передатестаційному циклі  
зі стоматологічних спеціальностей***I.V. Bugorkov*

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

**Мета** – розробити нові форми навчання з підготовки та самопідготовки лікарів-курсантів стоматологічного профілю на етапі післядипломної освіти.

**Методи:** бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, тестування курсантів.

**Результати.** Проаналізовано проблеми підвищення ефективності практичних занять у системі підготовки лікарів-курсантів на передатестаційному циклі в розділі організації-управління стоматологічною службою. Розглянуто питання впровадження тестових завдань з організації-управління та нормативних документів у розділі стоматологічної служби. Запропоновано шляхи удосконалення видів і методів самостійної роботи лікарів-курсантів.

**Висновки.** Запропоновано ефективні позааудиторні форми навчання лікарів-курсантів стоматологічного профілю.

**Ключові слова:** післядипломна освіта, лікарі-курсанти, тестування, позааудиторні форми навчання.

**Improvement of instruction system  
at pre certification course  
in stomatological specialties***I.V. Bugorkov*

National medical academy of postgraduate education  
named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – development of new forms of instruction, in preparation and self preparation of the doctor-stomatologists attending the course of postgraduate education.

**Methods:** bibliosemantic method, method of structural-and-logical analysis, testing the attendants of postgraduate course of study.

**Results.** The article touches upon the problems of increase in the effectiveness of practical training in the system of training doctor-cadets at pre certification course, in the section of organization and control in stomatological service. The problems of introduction of the tests on organization, control and normative documents in the section of stomatological service are regarded. The ways of perfection of the forms and methods of individual work of doctor-cadets are proposed.

**Conclusions.** Effective extra-lecture-room forms of instruction for doctor-cadets of stomatological specialties are proposed.

**Key words:** postgraduate education, doctor-cadets, testing, extra-lecture-room forms of instruction.

**Ведомости про автора**

**Бугорков Игорь Вениаминович** – д.мед.н., проф. кафедры ортопедической стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика; ул. Дорогожицкая, 9, г. Киев, 04112, Украина.



УДК 616.98:578.828-08.004.12(477)

Ж.В. Антоненко, О.В. Юрченко

## АКТУАЛЬНІСТЬ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У СФЕРІ ВІЛ/СНІДУ В М. КИЄВІ

Київська міська клінічна лікарня № 5, м. Київ, Україна

**Мета** – дослідити стан надання послуг людям, які живуть з ВІЛ, у м. Києві в контексті сучасних вимог щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДУ.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано та узагальнено певні показники щодо ВІЛ/СНІДУ. Використано інформаційно-аналітичний та статистичний методи.

**Результати та висновки.** Встановлено, що наявна в м. Києві система надання послуг у сфері ВІЛ/СНІДУ потребує поліпшення. Серед основних прогалин у системі виявлено такі: обґрунтовані оціночні дані щодо чисельності груп підвищеного ризику та людей, які живуть з ВІЛ, відсутні; рівень охоплення диспансерним спостереженням осіб, яким за результатами скринінгу підтверджено ВІЛ-інфекцію, у край низький; діючий порядок виявлення та реєстрації випадків ВІЛ-інфекцій при зверненні населення до медичних закладів потребує оптимізації; причини стрімкого поширення ВІЛ-інфекції статевим шляхом (передусім серед чоловіків) не встановлені; дані рутинного епідагляду не дають змоги об'єктивно оцінити вплив наявних профілактичних інтервенцій; наявні показники епідемічного процесу не відображають реальної ситуації, оскільки значна частина випадків ВІЛ-інфекції, СНІДУ та смерті від СНІДУ залишаються поза системою обліку та реєстрації.

**Ключові слова:** люди, які живуть із ВІЛ, епідемія ВІЛ/СНІДУ, м. Київ.

### Вступ

У доповіді Об'єднаного агентства ООН з ВІЛ/СНІДУ (UNAIDS) і ООН-Хабітат (United Nations Human Settlements Programme), присвяченій поширенню ВІЛ-інфекції у великих містах, м. Київ названий одним із 27 найбільш уражених епідемією ВІЛ/СНІДУ міст світу [1, 4]. За оцінкою міжнародних експертів, зараз у столиці проживають 4–13% від загального числа ВІЛ-позитивних українців. Усього кількість ВІЛ-позитивних людей в Україні в новій доповіді оцінюється в 210 тис. осіб. Автори доповіді роблять висновок про те, що поширеність ВІЛ серед людей віком 15–49 років, що проживають у міській місцевості, вища, ніж серед сільських жителів, у більшості країн. Ці дані отримані в ході демографічного обстеження на підставі домашніх господарств, репрезентативного для кожної з 30 країн, найбільш постраждалих від епідемії.

**Мета роботи** – дослідити стан надання послуг людям, які живуть з ВІЛ, у м. Києві в контексті сучасних вимог щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДУ.

### Матеріали та методи

Проведено аналіз та узагальнення таких показників: абсолютна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції; захворюваність і поширеність ВІЛ-інфекції, СНІДУ; охоплення населення консультуванням і

тестуванням на ВІЛ; оціночні дані щодо кількості людей, які живуть з ВІЛ, у м. Києві; поширеність ВІЛ серед груп підвищеного ризику; охоплення антиретровірусною терапією хворих на ВІЛ-інфекцію; ефективність антиретровірусної терапії; смертність унаслідок СНІДУ. Використано інформаційно-аналітичний та статистичний методи.

### Результати дослідження та їх обговорення

За даними Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, станом на 01.07.2015 р. під медичним спостереженням перебувало 10910 ВІЛ-інфікованих громадян України (390,2 на 100 тис. населення). Розрахована на основі Spectrum/EPP program [5] оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ, у м. Києві станом на 01.01.2015 р. становила 32445 осіб (попередні розрахунки, 2015 р., не узгоджені на національному і регіональному рівні). За оціночними даними, спостереженням охоплено лише 33,6% ВІЛ-інфікованих осіб. Достовірні дані щодо кількості осіб, які знають про наявність у них ВІЛ-інфекції, відсутні. За даними рутинного серомоніторингу, відсоток охоплення медичним наглядом осіб, виявлених у 2014 р. як ВІЛ-позитивні, у м. Києві становив лише 45,1%, що визнано найнижчим показником в Україні.

За швидкого розширення ефективних заходів із лікування і профілактики, шляхом використання останніх наукових досягнень, можна реально скоротити кількість

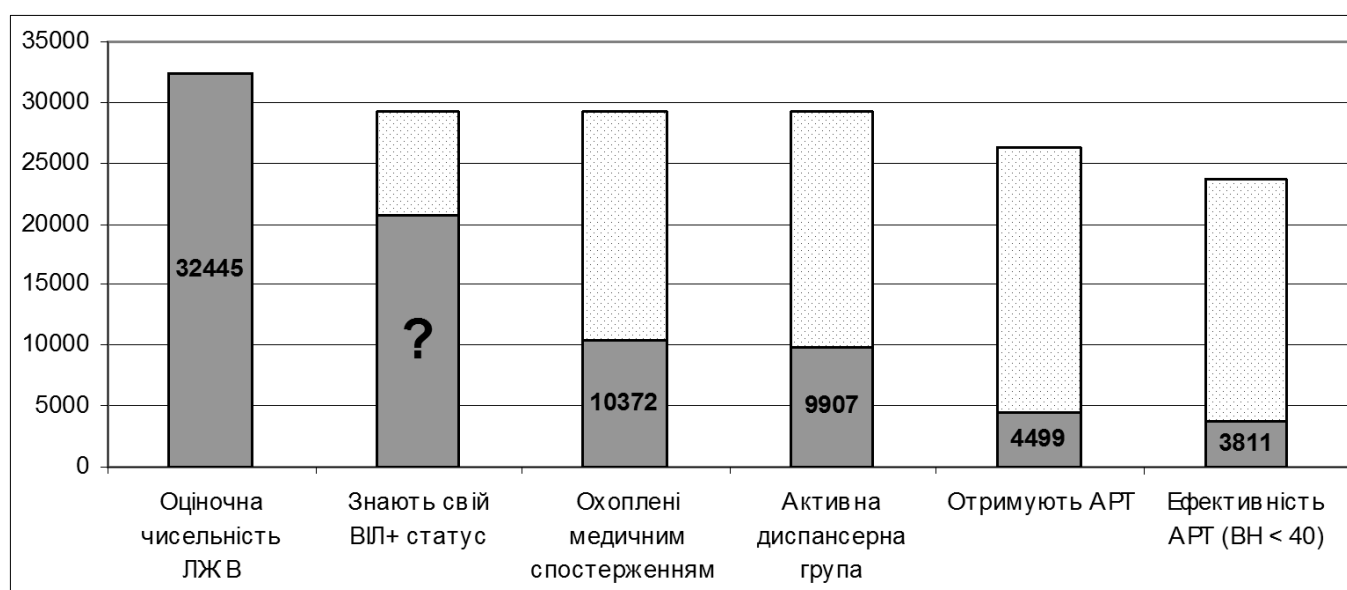


людей, які інфікуються ВІЛ, та досягти зниження рівня смертей, обумовлених СНІДом, що дасть змогу до 2030 р. вивести епідемію на рівень, який більше не становитиме небезпеку для здоров'я населення в найближчому майбутньому [3].

Уперше в історії склався глобальний консенсус із наступного питання: якщо 90% людей, які живуть з ВІЛ, будуть знати свій статус, і якщо 90% людей, які знають свій ВІЛ-статус, будуть отримувати лікування, то у 90% людей, які отримують лікування при ВІЛ, можна буде досягти вірусної супресії [2]. Для того, щоб дійти такої амбітної мети, критично важливо збільшити охоплення тестуванням населення на ВІЛ та антиретровірусною терапією.

Забезпечення досягнення цільових показників «90-90-90» до 2020 р. дасть змогу суттєво зменшити ризик поширення ВІЛ-інфекції серед усіх груп населення, що особливо актуально для великих міст, таких як Київ.

На рисунку наведено континуум медичних послуг ВІЛ-інфікованим у м. Києві стосовно цілей «90-90-90» станом на 01.01.2015 р. Враховуючи відсутність даних щодо кількості осіб, які знають про наявність у них ВІЛ-інфекції, континуум побудовано відносно кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним спостереженням. Їх частка становила лише 32% (n=10273) від оціночної кількості людей, які живуть із ВІЛ (n=32445). За умови досягнення цілі «90%», кількість людей, які перебувають під медичним спостереженням, мала б становити 29200 осіб.



**Рис.** Прогалини в досягненні цілей стратегії «90-90-90» у м. Києві станом на 01.01.2015 р.

Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, що становлять активну диспансерну групу (пройшли диспансерне обстеження в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом принаймні раз на рік), у 2014 р. становила 91,1% (9907 осіб). У разі досягнення рівня охоплення лікуванням 90% від тих, хто перебуває під медичним спостереженням, антиретровірусну терапію мали б отримувати 26 280 ВІЛ-інфікованих осіб. Показник 2014 р. по м. Києву становив лише 15,4% (n=4499). Крім того, встановлено, що лише за 6 місяців 2015 р. 30,4% осіб, померлих від СНІД-індикаторних хвороб, не перебували на обліку в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

З 4499 ВІЛ-інфікованих, які отримували антиретровірусну терапію, станом на 01.01.2015 р. мали вірусне навантаження <40 РНК-копій/мл 3811 (84,7%)

осіб, що становило 14,5% від кількості осіб, які б мали отримувати лікування (n=26 280). З точки зору досягнення зниження вірусного навантаження в людей, які живуть з ВІЛ, на 90% (відповідно до останніх рекомендацій UNAIDS щодо забезпечення контролю за поширенням ВІЛ-інфекції через мінімізацію циркуляції вірусу в популяції), то в м. Києві склалася досить складна ситуація як унаслідок певних обмежень у призначенні такої терапії, так і через украй низьке охоплення людей, які живуть з ВІЛ, медичним наглядом.

Дані рутинного епіднагляду вказали на наявність сталої тенденції щодо збільшення абсолютної кількості та питомої ваги статевого шляху інфікування в загальній структурі офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (незалежно від стадії хвороби). Якщо у 2012 р. у м. Києві вперше зареєстровано факт відносного перевищення



кількості зареєстрованих випадків ВІЛ унаслідок статевого інфікування над кількістю випадків парентерального інфікування, то у 2015 р. питома вага випадків інфікування статевим шляхом сягнула рівня 70%.

Виявлено суттєві відмінності в ситуації щодо поширення ВІЛ/СНІДу на субрегіональному рівні в окремих адміністративних районах міста, що склалась станом на 01.07.2015 р. Показник поширеності ВІЛ-інфекції у м. Києві становив 390,2 на 100 тис. населення (Україна – 290,6 на 100 тис. нас.). У межах міста показник коливався від 242,2 на 100 тис. населення в Печерському районі до 469,2 на 100 тис. населення в Подільському районі.

Різниця в окремих показниках обумовлена не лише відмінностями в соціально-демографічних характеристиках районів, але і якістю та доступністю медичних послуг (якість консультативно-діагностичних послуг, охоплення скринінгом на ВІЛ-інфекцію, наявність кабінетів Довіри, профілактичних послуг громадських організацій).

## Висновки

Встановлено, що наявна в м. Києві система надання послуг у сфері ВІЛ/СНІДу потребує поліпшення. Серед основних прогалин у системі виявлено такі: обґрунтовані оціночні дані щодо чисельності груп підвищеного ризику та людей, які живуть з ВІЛ, відсутні; вкрай низький рівень охоплення диспансерним спостереженням осіб, яким за результатами скринінгу підтверджено ВІЛ-інфекцію; діючий порядок виявлення та реєстрації випадків ВІЛ-інфекцій при зверненні населення до медичних закладів потребує оптимізації; причини стрімкого поширення ВІЛ-інфекції статевим шляхом (передусім серед чоловіків) не встановлені; дані рутинного епіднагляду не дають змоги об'єктивно оцінити вплив наявних профілактичних інтервенцій; наявні показники епідемічного процесу не відображають реальної ситуації, оскільки значна частина випадків ВІЛ-інфекції, СНІДу та смерті від СНІДу залишаються поза системою обліку та реєстрації.

**Перспективи досліджень** полягають у подальшому вивченні вищезазначеної проблеми.

## Література

1. *Ending the Urban AIDS Epidemic*. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme; 2015 [Electronic resource]. – Access mode : <http://unhabitat.org/books/ending-the-urban-aids-epidemic>. – Title from screen.
2. *Fast-Track: accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030*. UNAIDS. 2015 [http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/201506\\_JC2743\\_Understanding\\_FastTrack](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/201506_JC2743_Understanding_FastTrack). – Title from screen.
3. *UNAIDS and Lancet Commission. Envisioning the end of AIDS: challenges and prospects. Working group 1 discussion paper*. London; The Lancet; 2014 <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/misc/unaids-discussion1.pdf>, accessed 21 August 2015. – Title from screen.
4. *UNAIDS outlook 2014: the city report*. Geneva: UNAIDS; 2014 [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2687\\_TheCitiesReport\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2687_TheCitiesReport_en.pdf), accessed 21 August 2015. – Title from screen.
5. *Updates to the Spectrum model to estimate key HIV indicators for adults and children* / J. Stover, K. Andreev, E. Slaymaker [et al.] // *AIDS* (London, England). – 2014. – Vol. 28 (4). – P. S427–S434. doi:10.1097/QAD.0000000000000483.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.10.2015 р.



**Актуальность повышения качества  
оказания услуг в сфере ВИЧ/СПИДа в г. Киеве***Ж.В. Антоненко, А.В. Юрченко*Киевская городская клиническая больница № 5,  
г. Киев, Украина

**Цель** – исследовать состояние оказания услуг людям, которые живут с ВИЧ, в г. Киеве в контексте современных требований по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа.

**Материалы и методы.** Проанализированы и обобщены определенные показатели относительно ВИЧ/СПИДа. Применены информационно-аналитический и статистический методы.

**Результаты и выводы.** Установлено, что существующая в г. Киеве система оказания услуг в сфере ВИЧ/СПИДа требует улучшения. Среди основных пробелов в системе выявлены следующие: обоснованные оценочные данные по численности групп повышенного риска и людей, которые живут с ВИЧ, отсутствуют; уровень охвата диспансерным наблюдением лиц, которым по результатам скрининга подтверждена ВИЧ-инфекция, крайне низкий; действующий порядок выявления и регистрации случаев ВИЧ-инфекций при обращении населения в медицинские учреждения требует оптимизации; причины стремительного распространения ВИЧ-инфекции половым путем (прежде всего среди мужчин) не установлены; данные рутинного эпиднадзора не позволяют объективно оценить влияние существующих профилактических интервенций; существующие показатели эпидемического процесса не отражают реальной ситуации, поскольку значительная часть случаев ВИЧ-инфекции/СПИДа и смерти от СПИДа остаются вне системы учета и регистрации.

**Ключевые слова:** люди, которые живут с ВИЧ, эпидемия ВИЧ/СПИДа, Киев.

**Relevance of quality improvement  
of HIV/AIDS services in Kyiv city***Zh.V. Antonenko, O.V. Yurchenko*

Kyiv City Clinical Hospital № 5, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study the state of providing services to people living with HIV in the context of up-to-date requirements needed to effectively respond to HIV/AIDS epidemic in Kyiv city.

**Materials and methods.** Specific indicators of HIV/AIDS analyzed and summarized. Informational-analytical and statistical methods used.

**Results and conclusions.** It was found that currently existing HIV/AIDS services delivery system in Kyiv city needs improvement. Among the major gaps in the system are the following: no substantiated estimates of the size of risk groups and people living with HIV; extremely low coverage by clinical supervision of persons confirmed to be HIV-positive by screening; operating procedure for the detection and registration of new HIV cases in population visiting health care facilities needs improvement; causes of rapid spread of HIV infection through sexual contact (mainly, among men) not identified; routine surveillance data do not allow objectively evaluate the impact of existing prevention interventions; current epidemic process indicators do not reflect the real situation as substantial part of HIV, AIDS and AIDS-related death cases remain outside the system of detection and registration.

**Key words:** people living with HIV, HIV/AIDS, Kyiv.

**Відомості про авторів**

**Антоненко Жанна Валентинівна** – завідувач відділу моніторингу і оцінки заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом; Київська міська клінічна лікарня № 5; вул. Відпочинку, 11, м. Київ, 02218, Україна.

**Юрченко Олександр Володимирович** – к.мед.н., головний лікар Київської міської клінічної лікарні № 5; вул. Відпочинку, 11, м. Київ, 02218, Україна.



УДК 314:616.98-055.26-084(048)

Н.Я. Жилка<sup>1</sup>, О.О. Орлова<sup>2</sup>

## СТАН ІНФОРМОВАНOSTІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК ПРО МЕТОДИ ТА ЗАСОБИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

<sup>1</sup>Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

**Мета** – шляхом соціологічного дослідження визначити проблему забезпечення ВІЛ-інфікованих пацієнток ефективними послугами планування сім'ї.

**Методи:** соціологічний, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу, порівняльного аналізу та статистичний.

**Результати та висновки.** Проведене соціологічне дослідження показало, що застосування методів та засобів планування сім'ї ВІЛ-інфікованими жінками та їхніми статевими партнерами є недостатнім, що спричинює подальше поширення ВІЛ-інфекції вертикальним і горизонтальним шляхом, розлади репродуктивного здоров'я, народження небажаних дітей та соціальне сирітство.

**Ключові слова:** планування сім'ї, ВІЛ-інфекція, жінки, діти, ефективність.

### Вступ

Ефективні послуги з питань планування сім'ї (ПС) передбачають види діяльності, які допомагають окремим особам і подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначити кількість дітей у сім'ї. Дане поняття включає в себе інформацію про шляхи досягнення цих цілей, забезпечення свідомого вибору, можливість скористатися всім спектром безпечних та ефективних методів. ПС може включати в себе цілий ряд заходів, починаючи з планування народження дітей та лікування безпліддя, закінчуючи статевим вихованням, консультуванням з питань сімейного життя, у тому числі з генетичних питань [4, 6]. ВООЗ визначено, що ефективні планування сім'ї для ВІЛ-інфікованих жінок є одним із чотирьох компонентів комплексного підходу до профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини [1, 3, 5].

**Мета роботи** – шляхом соціологічного дослідження визначити проблеми забезпечення ВІЛ-інфікованих пацієнток ефективними послугами ПС.

**Методи,** використані в ході виконання роботи: соціологічний, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу, порівняльного аналізу і статистичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

З метою вивчення впливу стану інформованості ВІЛ-інфікованих жінок про методи планування сім'ї на профілактику ВІЛ-інфекції й попередження подальшого її поширення нами проведено соціологічне дослідження

шляхом анкетування 500 ВІЛ-інфікованих пацієнток центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

Серед опитаного контингенту ВІЛ-інфікованих жінок мешканки міста склали 60,5%, села – 39,5%. Це свідчить про те, що кількість ВІЛ-інфікованих пацієнток у місті перевищує таких у селі у 1,5 разу. За віком основну групу ВІЛ-інфікованих респонденток сформували жінки віком 23–30 років (40,7%). Частка опитаних жінок віком 31–35 років становила 21,1%, 36–40 років – 17,1%, 41–45 років – 13,2%, 46–50 років – 6,6%, 51–55 років – 1,3%. Як видно з наведеного, на сьогодні в Україні ВІЛ-інфіковані пацієнтки – це жінки молодого репродуктивного віку (92,1%), які потребують застосування засобів планування сім'ї. Це вказує на необхідність розробки ефективних заходів із забезпечення їх відповідною інформацією. Серед опитаних заміжними були 57,4%, незаміжними – 21,3%, розлученими – 21,3%. Звертає на себе увагу, що 42,6% ВІЛ-інфікованих жінок не перебувають у шлюбі, половина з них (21,3%) розлучені. Зазначені дані вказують на необхідність забезпечення цієї категорії хворих інформацією про методи попередження ВІЛ-інфекції, що має визначальне значення в ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД). Жінки, які належать до груп ризику щодо поширення ВІЛ-інфекції, а саме, можуть мати незахищені статеві стосунки, не перебуваючи у шлюбі, становили майже половину респондентів (42,6%).

Загальновідомо, що рівень інформованості населення щодо профілактики порушень здоров'я знаходиться в пропорціональній залежності від рівня освіти. Загальна кількість респондентів із достатньо високим рівнем освіти (вищою, неповною вищою і середньою спеціальною) становила 89,4%, що має значення для отримання інформації щодо знань і використання методів ПС серед населення з високим



рівнем освіти, з іншого боку, – свідчить про недостатній рівень жінок з освітою про профілактику ВІЛ, оскільки ці жінки на момент опитування мали ВІЛ-позитивний статус.

За результатами опитування, 90,9% респонденток обізнані про те, що презерватив є ефективним методом профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ). Водночас, значна кількість опитаних мають хибні уявлення про засоби захисту від ПСПШ. Наприклад, кожна десята жінка зазначила, що від ПСПШ захищає внутрішньоматковий контрацептив і спринцювання розчинами (по 10,4%), по 14,3% жінок вказали на гормональну контрацепцію та переривання статевого акту, а 7,8% – на календарний метод. Не змогли відповісти з причини відсутності знань 3,9% жінок. Отримані результати вказують на недостатній рівень знань у ВІЛ-інфікованих пацієток щодо попередження ВІЛ, що підтверджується високими темпами поширення ВІЛ-інфекції в Україні, та на частоту передачі ВІЛ від матері до дитини (3,7% новонароджених станом на 2014 р.) [2].

Важливим питанням у вирішенні проблеми забезпечення населення достатньою інформацією щодо сучасних методів ПС є визначення найбільш доступних джерел отримання цієї інформації. За результатами опитування, найбільшу частку респондентів становлять ті, які отримали інформацію про ВІЛ-інфекцію та шляхи її попередження від медичних працівників (63,6%). Окрім цього, в 11,7% жінки отримали інформацію зі стендів, плакатів у лікувальному закладі, що свідчить про значний вклад медиків у забезпечення інформацією населення про профілактику ВІЛ. За отриманими результатами, питання профілактики ВІЛ-інфекції недостатньо обговорюються в сім'ї, про що свідчать дані, що лише 3,9% опитаних пацієток отримали цю інформацію від матері. Недостатній рівень інформованості населення про джерела ВІЛ-інфікування спричинює поширення епідемії ВІЛ-інфекції в Україні упродовж багатьох років, у тому числі передачу ВІЛ від матері до дитини (ПМД). Розробка заходів із підвищення рівня інформованості про джерела ВІЛ-інфекції та інші засоби ПС сприятиме більш активному їх застосуванню населенням.

Щодо обізнаності ВІЛ-інфікованих жінок: найбільше жінки обізнані про презерватив як метод запобігання небажаній вагітності (68,8%). Про сучасні методи контрацепції знає лише третина респондентів: гормональну контрацепцію (37,7%), жіночу (33,8%) та чоловічу (31,2%) стерилізацію, календарний метод (24,8%). В 1,3% випадків жінки не знають про жоден метод. Таким чином, не зважаючи на те, що в Україні унормована система ПС з 1995 р., рівень інформованості ВІЛ-інфікованих жінок про її сучасні методи є недостатнім, що потребує її удосконалення.

Недостатність інформації про методи контрацепції впливає на недостатній рівень їх застосування. Так, 22,1% опитаних не використовує жодного методу, що майже співпадає з часткою жінок, які, за нашим опитуванням, переривають небажану вагітність методом абортів (23,0%). Сучасні методи, такі як презерватив, використовують 68,8% партнерів ВІЛ-інфікованих жінок, внутрішньоматкову спіраль – 1,3% жінок, гормональну

контрацепцію – 11,7%, бар'єрні методи – 0,3%, жіночу стерилізацію – 1,3%, календарний метод – 6,5%, інші – 3,9%. Серед традиційних методів, які є недостатньо ефективними, жінки використовують переривання статевого акту (13,0%) та спринцювання різними розчинами (2,6%).

Як причини невикористання контрацепції респондентки назвали такі: небажання респондентки до застосування (39,3%), небажання статевого партнера та недостатність знань про контрацепцію (по 21,4%), відсутність доступності до контрацепції (17,9%). Отримані дані є важливими для побудови моделі удосконалення служби ПС для ВІЛ-інфікованих пацієток.

Загальновідомо, що ранні статеві стосунки за віком спричиняють виникнення різних статевих хвороб, що знаходиться в прямій залежності від користування засобами ПС. За результатами нашого опитування, 1,4% ВІЛ-інфікованих жінок мали перший статевий акт у віці 11–12 років, 5,3% – у 13–14 років, 41,3% – у віці 15–17 років, 48,0% – у віці 18–25 років, 4,0% – у віці від 26 років. Проведений аналіз показав, що майже половина досліджуваних жінок (48,0%) мали статеві стосунки до 18 років, ймовірно дошлюбні, що підтверджує необхідність розробки заходів ПС з метою надання інформації щодо ризику незахищених статевих стосунків і можливого відстрочення першого статевого акту.

Лише 28,0% респонденток користувалися презервативом при першому статевому акті, хоча відомо, що презерватив є єдиним ефективним методом, який захищає від ПСПШ, у тому числі від ВІЛ-інфекції, та небажаної вагітності. З них 23,3% респонденток після першого статевого акту мали хвороби, що передаються статевим шляхом. Непокоїть, що у 28,6% випадків жінки захворіли на ВІЛ-інфекцію при першому незахищеному статевому акті, що вказує на низький рівень просвіти серед населення щодо методів ПС і профілактики ВІЛ.

На момент проведення дослідження 90,5% опитаних ВІЛ-інфікованих жінок вже мали вагітність, перша вагітність у яких закінчилась абортів у 23,0%, що вказує на необхідність посилення роботи з населенням у питаннях ПС. Необхідність впровадження послуг із ПС підтверджується даними, що 16,4% респонденток мали в анамнезі три аборти, 6,8% – два, 31,5% – один. Штучне переривання небажаної або непланованої вагітності є одним з основних чинників розладу репродуктивного здоров'я, а також негативного впливу на соматичне здоров'я. Означені чинники є серйозною загрозою для ВІЛ-інфікованих жінок зі зниженим станом імунітету. Таким чином, послуги ПС є необхідними з метою збереження здоров'я ВІЛ-інфікованих жінок, поліпшення якості та подовження тривалості життя, що є суттєвим фактором позитивного впливу на профілактику сирітства та на негативну демографічну ситуацію в Україні.

Унаслідок незахищених статевих стосунків невикористання сучасних методів контрацепції та переривання вагітності штучним методом запалення статевих органів мали місце у 68,8% жінок, запальні хвороби шийки матки – у 58,4%, загроза переривання



вагітності – у 19,3%, самовільний викидень – у 3,9%, передчасні пологи – у 11,7%, безплідність та пухлини матки – по 1,3%, пухлини яєчника – 2,6%, оперативне лікування гінекологічних хвороб – у 9,1%. Наведені дані вказують на необхідність удосконалення методів ПС для ВІЛ-інфікованих жінок із метою профілактики подальшого поширення ВІЛ та профілактики гінекологічних хвороб. Серед опитаних 76,7% жінок вважають, що необхідно надавати інформацію з питань ПС і профілактики ППСШ з 14 років, 21,9% – у віці 15–17 років, 1,4% – після 18 років.

У 45,5% випадків опитані мають ВІЛ-позитивних чоловіків, що збільшує ризик перинатального ВІЛ-інфікування і вказує на необхідність чіткого планування народження дітей у сім'ї за допомогою сучасних методів ПС із метою профілактики ВІЛ в їхніх дітей.

## Висновки

Проведене соціологічне дослідження показало, що застосування методів і засобів планування сім'ї ВІЛ-інфікованими жінками та їхніх статевими партнерами є недостатнім, що спричинює подальше поширення ВІЛ-інфекції вертикальним і горизонтальним шляхом, розлади репродуктивного здоров'я, народження небажаних дітей та соціальне сирітство.

## Перспективи подальших досліджень

Рівень частоти передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні (у 2014 р. – 3,7%) потребує дослідження ефективних світових практик у подоланні перинатальної ВІЛ-інфекції, зокрема, забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок ефективними послугами ПС.

## Література

1. Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе / UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO. – Копенгаген, 2004. – С. 51.
2. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюлетень № 41 / МОЗ України. – Київ, 2014. – 95 с.
3. Міжгалузева програма «Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та забезпечення медико-соціальною допомогою ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД дітей» на 2006–2008 роки : спільний наказ МОЗ України, МОН України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного комітету телебачення та радіомовлення України, Державного департаменту України з питань виконання покарань № 786/796/4074/299/231 від 30.11.2006 р. – Київ, 2006. – 11 с.
4. Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. – ВОЗ, 2008. – 489 с.
5. Про стан соціально-демографічної ситуації, охорони здоров'я і ринку праці в Україні : Указ Президента України від 29.12.2009 р. № 1124/2009. Рада національної безпеки і оборони України [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
6. Програма дій, адаптована на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку / Фонд народонаселення ООН. – Київ, 1997. – 56 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.11.2015 р.



**Состояние информированности ВИЧ-инфицированных женщин о методах и средствах планирования семьи***Н.Я. Жилка<sup>1</sup>, Е.А. Орлова<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина<sup>2</sup>Министерство здравоохранения Украины, г. Киев, Украина

**Цель** – путем социологического исследования определить проблемы обеспечения ВИЧ-инфицированных пациенток эффективными услугами планирования семьи.

**Методы:** социологический, структурно-логического анализа, библиосемантический, системного подхода, сравнительного анализа и статистический.

**Результаты и выводы.** Проведенное социологическое исследование показало, что применение методов и средств планирования семьи ВИЧ-инфицированными женщинами и их половыми партнерами недостаточно, что вызывает дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции вертикальным и горизонтальным путем, нарушение репродуктивного здоровья, рождение нежелательных детей и социальное сиротство.

**Ключевые слова:** планирование семьи, ВИЧ-инфекция, женщины, дети, эффективность.

**State awareness of HIV-infected women methods and means of family planning***N.Ya. Zhylka<sup>1</sup>, O.O. Orlova<sup>2</sup>*<sup>1</sup>National medical academy of postgraduate education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine<sup>2</sup>Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – determination by sociological research problems of providing HIV-infected patients effective services FP.

**Materials and methods.** The methods used in carrying out the work: sociological, structural and logical analysis, bibliosemantyc systematic approach, comparative analysis and statistical.

**Results and conclusions.** Sociological research has shown that the use of methods and means of family planning to HIV-infected women and their sexual partners is inadequate, causing the further spread of HIV through vertical and horizontal, reproductive health disorders, the birth of unwanted children and social orphanhood.

**Key words:** family planning, HIV, women, children and efficiency.

**Відомості про авторів**

**Жилка Надія Яківна** – д.мед.н., доц. кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Орлова Олена Олександрівна** – головний спеціаліст відділу акушерсько-гінекологічної допомоги управління материнства і дитинства департаменту медичної допомоги МОЗ України; вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01021, Україна.



УДК 616.98:578.828-082:340.6

М.О. Крисько

## РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОЇ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ З ПИТАНЬ ІНТЕГРАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ВІЛ/СНІДУ НА ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити експертну оцінку з питань встановлення переліку профілактичних і лікувально-організаційних заходів із протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, які мають забезпечуватися на первинному рівні, та умов і механізмів здійснення інтеграції, а також ризиків і переваг проведення вказаних заходів.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали результати експертного висновку незалежних експертів: 7 лікарів загальної практики – сімейних лікарів, 7 лікарів центрів профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, 7 організаторів охорони здоров'я та 4 науковців. Основними методами дослідження були метод експертних оцінок і статистичний.

**Результати.** Встановлено перелік профілактичних і лікувально-організаційних заходів із протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, які мають забезпечуватися на первинному рівні надання медичної допомоги, та умов і механізмів інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДом на первинний рівень, а також ризиків і переваг проведення вказаних заходів.

**Висновки.** Результати експертної оцінки можуть бути використані в процесі децентралізації медичної допомоги з ВІЛ/СНІДом.

**Ключові слова:** ВІЛ/СНІД, первинна медична допомога, інтеграція, експертиза.

### Вступ

Україна належить до країн із найвищими темпами поширення ВІЛ-інфекції в Європі [3]. В умовах найвищих в Європі темпів поширення ВІЛ-інфекції [4] в нашій державі проводиться реформування системи охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини [5]. Проте важливий напрямок медичної допомоги, пов'язаний з ВІЛ-інфекцією, у т.ч. ВІЛ-інфіковані особи та хворі на СНІД, випадає з-під зору лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗПСЛ). А це не дає змоги забезпечити комплексність медичної допомоги, що передбачено принципом загальної лікарської практики [1, 2]. Вищезазначене і визначило актуальність даного дослідження.

**Мета роботи** – вивчити експертну оцінку з питань встановлення переліку профілактичних і лікувально-організаційних заходів з протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, які мають забезпечуватися на первинному рівні, та умов і механізмів інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДом на первинний рівень надання медичної допомоги, а також ризиків і переваг проведення вказаних заходів.

### Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали результати експертного висновку незалежних експертів: 7 ЛЗПСЛ, 7 лікарів центрів профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, 7 організаторів охорони здоров'я. Усі експерти були з

вищою атестаційною категорією. До складу експертів увійшли 4 науковці з організації та управління охорони здоров'я. Основними методами дослідження стали метод експертних оцінок і статистичний. Отримані результати статистично опрацьовані з використанням загальноприйнятих методів.

### Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження були статистично згруповані, опрацьовані й проаналізовані дані щодо експертного визначення видів медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДом, які мають надаватися на первинному рівні. Отримані та статистично опрацьовані результати експертного оцінювання наведено в таблиці 1.

Аналіз даних таблиці 1 показав, що на первинному рівні надання медичної допомоги має здійснюватися така медична допомога з ВІЛ/СНІДом: всі види і форми інформаційно-просвітницької роботи та надання загально медичної допомоги людям, що живуть із ВІЛ (ЛЖВ).

Найвищу оцінку експертів щодо інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДом на первинний рівень отримали такі види медичної допомоги:

- добровільне дотестове та післятестове консультування –  $92,0 \pm 1,4\%$ ;
- скринінг-тестування на ВІЛ швидкими тестами –  $92,0 \pm 1,4\%$ ;
- направлення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у віці 18 місяців життя до спеціалізованих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) для встановлення ВІЛ-статусу –  $92,0 \pm 1,4\%$ .



Найнижчу оцінку експертів щодо інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень отримали такі види медичної допомоги:

– диспансерний нагляд за хворими на СНІД – 44,0±2,5%;

– психологічна підтримка членів сімей ЛЖВ – 76,0±2,1%;

– передпологовий нагляд за ВІЛ-інфікованими жінками сумісно зі спеціалістами та організація профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ – 80,0±2,0%.

Таблиця 1

**Види медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу, які мають надаватися на первинному рівні (%±m)**

Вид медичної допомоги	%±m
Інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу на рівні громади	100,0
Інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу на рівні сімей	100,0
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу	100,0
Добровільне передтестове консультування	92,0±1,4
Післятестове консультування на ВІЛ	92,0±1,4
Скринінг-тестування на ВІЛ швидкими тестами	92,0±1,4
Скерування пацієнтів із позитивними швидкими тестами для проведення серологічного дослідження до спеціалізованих ЗОЗ	92,0±1,4
Надання загальної медичної допомоги ЛЖВ	100,0
Диспансерний нагляд за ЛЖВ	88,0±1,6
Диспансерний нагляд за хворими на СНІД	44,0±2,5
Надання вдома паліативної допомоги хворим на СНІД у термінальній стадії	88,0±1,6
Лікування ЛЖВ препаратами АРТ першого ряду	84,0±1,8
Направлення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у віці 18 місяців життя до спеціалізованих ЗОЗ для встановлення ВІЛ-статусу	92,0±1,4
Передпологовий нагляд за ВІЛ-інфікованими жінками сумісно зі спеціалістами та організація профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ	80,0±2,0
Психологічна підтримка членів сімей ЛЖВ	76,0±2,1

Далі вивчалось питання щодо визначення за допомогою експертної оцінки умов інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень. Отримані результати наведено в таблиці 2.

Аналіз даних таблиці 2 вказав на те, що абсолютними умовами інтеграції медичної допомоги з

питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень експерти визначили наявність відповідної нормативно-правової бази та проведення широких роз'яснювальних кампаній серед усього загалу населення.

Таблиця 2

**Умови інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень (%±m)**

Умови інтеграції	%±m
Наявність відповідної нормативно-правової бази	100,0
Забезпечення сімейних амбулаторій медичним обладнанням відповідно до табеля оснащення	72,0±2,2
Централізоване забезпечення сімейних амбулаторій засобами медичного призначення, швидкими тестами та препаратами для АРТ першого ряду	92,0±1,4
Впровадження механізмів мотивації медичних працівників ПМСД до надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу	72,0±2,2
Достатній рівень знань і практичних навичок у ЛЗПСЛ	88,0±1,6
Достатній рівень знань і практичних навичок у сімейних медичних сестер	56,0±2,5
Координація діяльності спеціалізованих ЗОЗ і закладів ПМСД із питань ВІЛ/СНІДу	84,0±1,8
Використання єдиного керівництва (клінічних протоколів) з надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу за рівнями медичної допомоги	88,0±1,6
Проведення широких роз'яснювальних кампаній серед усього загалу населення	100,0
Створення, з широким доступом, переліку ЗОЗ, які надають медичні послуги з ВІЛ/СНІДу	92,0±1,4



Найвищу оцінку експертів щодо умов інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень отримали такі умови:

- централізоване забезпечення сімейних амбулаторій засобами медичного призначення, швидкими тестами й препаратами для антиретровірусної терапії (АРТ) першого ряду –  $92,0 \pm 1,4\%$ ;
- створення з широким доступом переліку ЗОЗ, які надають медичні послуги з ВІЛ/СНІДу, –  $92,0 \pm 1,4\%$ ;
- достатній рівень знань і практичних навичок у ЛЗПСЛ –  $88,0 \pm 1,6\%$ ;
- використання єдиного керівництва (клінічних протоколів) з надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу за рівнями медичної допомоги –  $88,0 \pm 1,6\%$ .

Найнижчу оцінку експертів щодо умов інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень отримали такі умови:

- достатній рівень знань і практичних навичок у сімейних медичних сестер –  $56,0 \pm 2,5\%$ ;
- забезпечення сімейних амбулаторій медичним обладнанням відповідно до табеля оснащення –  $72,0 \pm 2,2\%$ ;
- впровадження механізмів мотивації медичних працівників ПМСД до надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу –  $72,0 \pm 2,2\%$ .

Далі вивчалися механізми інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги. Отримані результати наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

**Механізми інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень (% $\pm$ m)**

Механізми інтеграції	% $\pm$ m
Удосконалення нормативно-правової бази з питань надання медичної допомоги, у т.ч. її інтеграції на рівень ПМСД	100,0
Повний перехід системи охорони здоров'я на ПМСД на засадах сімейної медицини	$92,0 \pm 1,4$
Затвердження програм підготовки спеціалістів із питань ВІЛ/СНІДу на до- та післядипломному рівні	$96,0 \pm 1,0$
Розробка єдиного керівництва (клінічних протоколів) із надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу за рівнями медичної допомоги	$84,0 \pm 1,8$
Розробка та затвердження механізмів координації діяльності спеціалізованих ЗОЗ і закладів ПМСД із питань ВІЛ/СНІДу	$80,0 \pm 2,0$
Нормативне затвердження обсягів медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинному рівні	$88,0 \pm 1,6$
Розробка та затвердження механізмів інформування ЛЗПСЛ про ВІЛ-інфікованих осіб	$88,0 \pm 1,6$
Перегляд табелів оснащення сімейних амбулаторій	$76,0 \pm 2,1$
Формування прихильності населення до отримання медичної допомоги сумісно з ЛЖВ	$96,0 \pm 1,0$

Аналіз даних таблиці 3 щодо експертної оцінки механізмів інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги показав таке.

Найвище експерти оцінили такі механізми інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги:

- удосконалення нормативно-правової бази з питань надання медичної допомоги, у т.ч. її інтеграції на рівень ПМСД –  $100,0\%$ ;
- формування прихильності населення до отримання медичної допомоги сумісно з ЛЖВ –  $96,0 \pm 1,0\%$ ;
- затвердження програм підготовки спеціалістів із питань ВІЛ/СНІДу на до- та післядипломному рівні –  $96,0 \pm 1,0\%$ .

Найнижче експерти оцінили такі механізми інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги:

- перегляд табелів оснащення сімейними амбулаторіями –  $76,0 \pm 2,1\%$ ;

- розробка та затвердження механізмів координації діяльності спеціалізованих ЗОЗ і закладів ПМСД із питань ВІЛ/СНІДу –  $80,0 \pm 2,0\%$ .

Далі статистично опрацьовувалися та аналізувалися результати експертного визначення можливих ризиків інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги. Отримані результати наведено в таблиці 4.

Аналіз даних таблиці 4 вказав на те, що найвище експерти оцінили наступні ризики інтеграції медичної допомоги з ВІЛ-інфекції на первинний рівень медичної допомоги:

- недосконалість нормативно-правової бази –  $92,0 \pm 1,4\%$ ;
- низький рівень професійної готовності ЛЗПСЛ –  $76,0 \pm 2,1\%$ ;
- низький рівень довіри ЛЖВ до медичних працівників ПМСД –  $60,0 \pm 2,4\%$ ;
- негативне ставлення значної частки населення до сумісного отримання медичної допомоги разом із ЛЖВ –  $60,0 \pm 2,4\%$ ;
- низький рівень взаємодії служб ВІЛ/СНІДу і ПМСД –  $56,0 \pm 2,5\%$ .



Таблиця 4

**Можливі ризики інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень (% $\pm$ m)**

Можливі ризики	% $\pm$ m
Недосконалість нормативно-правової бази	92,0 $\pm$ 1,4
Підвищення рівня дискримінації до ЛЖВ	36,0 $\pm$ 2,4
Низький рівень взаємодії служб ВІЛ/СНІДу і ПМСД	56,0 $\pm$ 2,5
Низький рівень професійної готовності ЛЗПСЛ	76,0 $\pm$ 2,1
Низький рівень професійної готовності сімейних медсестер	32,0 $\pm$ 2,3
Відсутність мотивації медичних працівників ПМСД до медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу	52,0 $\pm$ 2,5
Низький рівень довіри ЛЖВ до медичних працівників ПМСД	60,0 $\pm$ 2,4
Збільшення дублювання медичних послуг для ЛЖВ	40,0 $\pm$ 2,4
Низький рівень внутрішньосекторального співробітництва з надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу	32,0 $\pm$ 2,3
Негативне ставлення значної частки населення до сумісного отримання медичної допомоги разом із ЛЖВ	60,0 $\pm$ 2,4
Зменшення ефективності боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу	36,0 $\pm$ 2,4

Наступним кроком дослідження було вивчення переваг медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинному рівні надання медичної допомоги. Отримані результати наведено в таблиці 5.

За проведенням аналізом даних експертної оцінки переваг надання медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинному рівні (табл. 5) встановлено наступні результати. Експерти найвище оцінили такі можливі переваги:

– підвищення фізичної доступності медичної допомоги для ЛЖВ – 92,0 $\pm$ 1,5%;

– підвищення ефективності боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу – 88,0 $\pm$ 1,6%;

– підвищення ефективності використання ресурсів – 80,0 $\pm$ 2,0%.

Достатньо високо оцінили експерти таку можливу перевагу в результаті інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги, як зниження рівня дискримінації ЛЖВ – 72,0 $\pm$ 2,2%.

Таблиця 5

**Переваги надання медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинному рівні (% $\pm$ m)**

Переваги	% $\pm$ m
Зменшення дискримінації ЛЖВ	72,0 $\pm$ 2,2
Підвищення фізичної доступності медичної допомоги для ЛЖВ	92,0 $\pm$ 1,5
Зменшення дублювання медичної допомоги для ЛЖВ	56,0 $\pm$ 2,5
Підвищення ефективності використання ресурсів	80,0 $\pm$ 2,0
Підвищення ефективності боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу	88,0 $\pm$ 1,6
Поліпшення внутрішньосекторального співробітництва з надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу	76,0 $\pm$ 2,1

### Висновки

За допомогою експертного методу встановлено перелік профілактичних і лікувально-організаційних заходів з протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, які мають забезпечуватися на первинному рівні, та умов і механізмів здійснення інтеграції медичної допомоги з

ВІЛ/СНІДу на первинний рівень, а також ризиків і переваг проведення вказаних заходів.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням процесу інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень медичної допомоги.



## Література

1. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюлетень № 43 / МОЗ України. – Київ, 2015. – 112 с.
2. Глобальная статистика ВИЧ/СПИДа: информ. бюлетень. – 2014 / ЮНЭЙДС, 2014. – 7 с.
3. Доклад о глобальных ответных мерах на ВИЧ/СПИД / ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС. 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.evrika.ru/article/360>. – Название с экрана.
4. Звіт ЮНЭЙДС. За результатами 2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/july/20120718prunaidsreport>. – Назва з екрана.
5. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – Київ, 2009. – С. 30–31.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.11.2015 р.

### Результаты комплексной экспертной оценки по вопросам интеграции медицинской помощи по ВИЧ/СПИДу на первичный уровень

М.О. Крысько

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

**Цель** – изучить экспертную оценку по вопросам установления перечня профилактических и лечебно-организационных мер по противодействию развитию эпидемии ВИЧ-инфекции, которые должны обеспечиваться на первичном уровне, и условий и механизмов осуществления интеграции, а также рисков и преимуществ проведения указанных мероприятий.

**Материалы и методы.** Материалами исследования стали результаты экспертного заключения независимых экспертов: 7 врачей общей практики – семейных врачей, 7 врачей центров профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом, 7 организаторов здравоохранения и 4 ученых. Основными методами исследования были метод экспертных оценок и статистический.

**Результаты.** Установлен перечень профилактических и лечебно-организационных мер по противодействию развитию эпидемии ВИЧ-инфекции, которые должны обеспечиваться на первичном уровне предоставления медицинской помощи, и условий и механизмов интеграции медицинской помощи с ВИЧ/СПИДом на первичный уровень, а также рисков и преимуществ проведения указанных мероприятий.

**Выводы.** Результаты экспертной оценки могут быть использованы в процессе децентрализации медицинской помощи по ВИЧ/СПИДу.

**Ключевые слова:** ВИЧ/СПИД, первичная медицинская помощь, интеграция, экспертиза.

### The results of comprehensive expert review on integration of medical aid to patients with HIV/AIDS at primary level

М.О. Krysko

SI «Ukrainian institute of strategic researches MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study expert assessment on the establishment of the list of preventive and medical-and-organizational measures to counteract the development of HIV infection that are to be provided at primary level and also the conditions and mechanisms for the implementation of integration, as well as the risks and benefits of carrying out specified activities.

**Materials and methods.** The results of expert conclusion of independent experts – 7 doctors of general practice/family doctors, doctors of prevention and fight against HIV/AIDS centers, the organizers of health service and 4 scientists – were taken as material for our research. Method of expert assessments and a statistical one were used as principle methods of study.

**Results.** The list of prophylactic and medical-and-organizational measures to counteract the development of HIV-infection epidemic that are to be provided at primary level, and also the conditions and mechanisms for the implementation of integration of medical aid at HIV/AIDS to primary level of health care, the risks and benefits of specified measures are determined.

**Conclusions.** Results of expert assessment can be used in the process of decentralization of medical care at HIV/AIDS.

**Key words:** HIV/AIDS, primary medical aid, integration, expertise.

## Відомості про автора

Крысько Марина Олександрівна – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.



УДК 612.349.8:618.11-006.2-008.6-02.:618

О.В. Онисько<sup>1,2</sup>, О.О. Корчинська<sup>1</sup>, Т.Г. Петренко<sup>3</sup>, У.В. Волошина<sup>2,3</sup>

## ОСОБЛИВОСТІ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ НА ФОНІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ В АНАМНЕЗІ

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>Ужгородський міський пологовий будинок, м. Ужгород, Україна

<sup>3</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити ефективність лікування безпліддя на фоні полікістозних яєчників у жінок з інсулінорезистентністю.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз ефективності лікування безпліддя у 65 жінок із синдромом полікістозних яєчників. З них у 30 пацієнток, що склали I групу, діагноз синдрому полікістозних яєчників встановлено за допомогою традиційних критеріїв: даних анамнезу, ехографічних ознак синдрому полікістозних яєчників, клінічних проявів, визначення рівня таких гормонів, як фолікулстимулюючий гормон, лютеїнізуючий гормон, співвідношення фолікулстимулюючого гормону до лютеїнізуючого гормону, пролактин, тиреотропний гормон, вільний тестостерон, тестостерон-естроген зв'язуючий глобулін, дегідроепіандростерон сульфат, інсулін та визначення глюкози натще. Жінкам даної групи проведено визначення індексу НОМА як показника інсулінорезистентності. Оскільки інсулінорезистентність підтвердилася не у всіх жінок, то виникла необхідність поділити I групу на Ia – пацієнтки з інсулінорезистентністю, чисельність яких становила 18 (72%), та Ib групу – пацієнтки без інсулінорезистентності, яких було 7 (22%). II групу склали 25 жінок із синдромом полікістозних яєчників з аналогічними методами обстеження, але без визначення індексу НОМА. Пацієнтки Ia групи отримували метформін у перший тиждень по 500 мг 1 раз на день, на 2-му тижні – по 500 мг 2 рази на день, а з 3-го тижня – по 500 мг 3 рази на день протягом 3–6 місяців.

**Результати.** Проаналізовано ефективність лікування безпліддя в жінок із синдромом полікістозних яєчників залежно від показника індексу НОМА. У всіх жінок, в яких індекс НОМА був більше 3 та які лікувалися препаратом метформін, повністю відновилися менструальна функція та овуляція, навіть без призначення додаткових гормональних препаратів. Крім того, більш ніж у половини жінок настала вагітність. Непоганий результат лікування спостерігався у пацієнток, в яких індекс НОМА був у нормі та які лікувалися за звичайною схемою, тому що у них не було інсулінорезистентності. Щодо жінок, яким не визначався індекс НОМА, то ефективність їх лікування була набагато нижчою, оскільки не доведена наявність або відсутність інсулінорезистентності.

**Висновки.** Індекс НОМА необхідно визначати всім жінкам із синдромом полікістозних яєчників, оскільки його значення впливає на подальшу тактику лікування даного захворювання. Неправильний підхід до лікування призводить до зниження ймовірності отримання позитивних результатів.

**Ключові слова:** інсулінорезистентність, гіперінсулінемія, синдром полікістозних яєчників, безпліддя.

### Вступ

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є найчастішою ендокринопатією в жінок репродуктивного віку як в Україні, так і за кордоном і становить гетерогенну групу порушень із широкою клінічною і біохімічною варіабельністю. Незважаючи на чисельні дослідження, присвячені різноманітним аспектам проблеми, на сьогодні немає єдиної думки щодо патогенезу цієї патології. Залишаються дискусійними питання щодо виявлення механізму формування хронічної ановуляції, гіперандрогенії та гіперінсулінемії (ГІ) як основних проявів СПКЯ та методів їх корекції. Найменш вивченими питаннями патогенезу є роль стресу, опіоїдної системи і гіпоксії в розвитку СПКЯ. Більшість пацієнток репродуктивного віку із СПКЯ страждають на безпліддя, частота якого становить 35–74%. Порушення менструального циклу, ановуляція, безпліддя, гірсутизм різного ступеня, ожиріння й двобічне збільшення яєчників значно

впливають на якість життя пацієнток із СПКЯ. З 80-х років показана роль метаболічних порушень у патології СПКЯ. Численними дослідженнями доведено, що у хворих із СПКЯ часто порушується толерантність до глюкози, тобто спостерігається інсулінорезистентність (ІР) із компенсаторною ГІ. Ці метаболічні порушення призводять до посилення яєчкової гіперандрогенії (кардинальної ознаки СПКЯ), неефективності індукції овуляції, а далі – до підвищення ризику серцево-судинних захворювань та інсулінонезалежного цукрового діабету, що обтяжують перебіг періоду пре- і постменопаузи життя жінки.

**Мета роботи** – вивчити ефективність лікування непліддя на фоні полікістозних яєчників у жінок з ІР.

### Матеріали та методи

Проаналізовано ефективність лікування безпліддя у 65 жінок із СПКЯ. З них у 30 пацієнток, що склали I групу, діагноз СПКЯ встановлено за допомогою



традиційних критеріїв: даних анамнезу, ехографічних ознак СПКЯ, клінічних проявів, визначення рівня таких гормонів, як фолікулстимулюючий гормон (ФСГ), лютеїнізуючий гормон (ЛГ), співвідношення ФСГ до ЛГ (ФСГ/ЛГ), пролактин, тиреотропний гормон (ТТГ), вільний тестостерон (Тст вільний), тестостерон-естроген зв'язуючий глобулін (ТЕЗГ), дегідроепіандростерон сульфат (ДГЕА-С), інсулін і визначення глюкози натще. Жінкам даної групи проведено визначення індексу НОМА як показника ІР. Оскільки ІР підтвердилася не у всіх жінок, то виникла необхідність поділити І групу на Іа – пацієнтки з ІР, чисельність яких склала 18 (72%) жінок, та Іб групу – пацієнтки без ІР, яких було 7 (22%). ІІ групу склали 25 жінок із СПКЯ з аналогічними методами обстеження, але без визначення індексу НОМА. Пацієнтки Іа групи отримували метформін на 1-му тижні по 500 мг 1 раз на день, на 2-му тижні – по 500 мг 2 рази на день, а з 3-го тижня – по 500 мг 3 рази на день протягом 3–6 місяців. Метформін належить до класу бігуанідів. Він потенціює дію інсуліну на рецепторному і пострецепторному рівнях. Метформін має цукрознижувальну дію, забезпечує зниження як базальної, так і постпрандіальної концентрації глюкози в крові. Він не стимулює секрецію інсуліну і тому не призводить до гіпоглікемії. Цукрознижувальна дія метформіну обумовлена такими механізмами: зниження вироблення глюкози в печінці за рахунок пригнічення глікогеногенезу і глікогенолізу, підвищення чутливості м'язової тканини до інсуліну, що поліпшує поглинання глюкози на периферії та її утилізацію, зменшення всмоктування глюкози в кишечнику. Він діє на глікогенсинтетазу, стимулює внутрішньоклітинний синтез глікогену, збільшує транспортну ємність для глюкози всіх відомих транспортних протеїнів (GLUT). У деяких дослідженнях показано значне зниження рівня інсуліну натще і через 2 год. до навантаження 75 г глюкози в жінок із СПКЯ, які приймали метформін. Це зниження корелювало зі зниженням андрогенів. Необхідно відмітити, що даний препарат також нормалізує вуглеводні порушення, призводить до зниження індексу маси тіла (ІМТ) у пацієнток з ожирінням і позитивно впливає на ліпідний обмін, а саме, знижує рівень тригліцеридів, холестерину та ліпопротеїдів низької щільності. Знижуючи рівень тригліцеридів у сироватці крові, метформін забезпечує антитромботичну дію. Жінки ІІ групи отримували стандартне лікування: Діане-35 протягом 6 місяців, стимуляцію овуляції кломіфеном (3 цикли) та стимуляцію овуляції шляхом клиновидної резекції яєчників. Лікування пацієнток Іб групи було аналогічним.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік усіх жінок становив  $26 \pm 1,2$  року з індивідуальними коливаннями у межах 19–40 років (табл. 1). У даних пацієнток середній вік менархе становив  $14 \pm 1,3$  року. Порівняльний аналіз антропометричних даних не виявив достовірних міжгрупових відмінностей за масою тіла та ІМТ ( $27 \pm 1,7$  кг/м<sup>2</sup>). Пацієнтки обох груп майже не різнилися за

клінічними проявами. А саме, у всіх жінок обох груп відмічалася порушення менструальної функції: у І групі олігоменореєю мали 20 (80%) жінок, аменореєю – 5 (20%) жінок; у ІІ групі – відповідно 19 (76%) і 6 (24%) пацієнток.

Ановуляторний менструальний цикл відмічався в пацієнток обох груп. Основним клінічним симптомом, з яким зверталися жінки, було безпліддя. Гірсутизм спостерігався відповідно у 18 (72%) і 15 (60%) пацієнток.

Таблиця 1

#### Особливості репродуктивної та менструальної функцій у жінок досліджуваних груп

Характеристика пацієнток	I група	II група
Середній вік пацієнток, років	$26 \pm 2$	$26 \pm 1$
Середній вік менархе, років	$14 \pm 1,3$	$13 \pm 1,2$
Середнє значення ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	$27 \pm 1,7$	$27 \pm 1$
Олігоменорея, абс./%	20 / 80	19 / 76
Аменорея, абс./%	5 / 20	6 / 24
Ановуляція, абс./%	25 / 100	25 / 100
Гірсутизм, абс./%	18 / 72	15 / 60
Безпліддя, абс./%	25 / 100	25 / 100

При проведенні гормонального дослідження венозної крові пацієнток отримано такі дані. У жінок І групи співвідношення ЛГ/ФСГ становило в середньому  $3 \pm 0,2$ , рівень пролактину коливався в межах від 20,3 нг/мл до 24,7 нг/мл; у всіх жінок був підвищений Тст вільний і становив у середньому  $7 \pm 2,3$  пг/мл; середнє значення ТЕЗГ –  $12,6 \pm 2$  нмоль/л; глікемія натще –  $6,9 \pm 1,4$  ммоль/л; середнє значення ДГЕА-С –  $420 \pm 2,2$  мкг/дл. У ІІ групі результати гормонального обстеження були майже такими, як у пацієнток І групи: ЛГ/ФСГ –  $3,2 \pm 1,7$ ; пролактин –  $21,5 \pm 1$  нг/мл; Тст вільний –  $8 \pm 1,3$  пг/мл; ТЕЗГ –  $12,9 \pm 1,8$  нмоль/л; глікемія натще –  $7 \pm 1,1$  ммоль/л; ДГЕА-С – у середньому  $425 \pm 2,7$  мкг/дл (табл. 2).

Таблиця 2

#### Основні показники гормонального фону та вуглеводного фону в жінок досліджуваних груп

Дані лабораторних обстежень	I група	II група
Середнє значення співвідношення ФСГ/ЛГ	$3 \pm 1,2$	$3,4 \pm 1$
Середнє значення пролактину, нг/мл	$22,8 \pm 1,2$	$21,5 \pm 1$
Середнє значення вільного Тст, пг/мл	$7 \pm 2,3$	$8 \pm 1,5$
Середнє значення ТЕЗГ, нмоль/л	$12,6 \pm 2$	$12,9 \pm 2,2$
Глікемія натще, ммоль/л	$6,9 \pm 1$	$7 \pm 1$
Середнє значення ДГЕА-С, мкг/дл	$420 \pm 2,2$	$425 \pm 2,7$

У всіх досліджуваних пацієнток відсутній інфекційний фактор безпліддя.



Діагноз СПКЯ встановлюється за допомогою клінічних симптомів, тестів функціональної діагностики, ультразвукової діагностики, даних гормонального обстеження й лапароскопії [4].

Зміни лабораторних показників при СПКЯ відрізняються великою варіабельністю. Гіперандрогенія – один з основних симптомів СПКЯ. Виявлено, що підвищення рівня Тст вільного спостерігається в багатьох жінок з ознаками гірсутизму і олігоменореї, причому воно більш виражене, ніж у жінок з іншими причинами порушення овуляції. На практиці для виявлення гіперандрогенії в більшості випадків визначають концентрацію загального тестостерону в сироватці крові [2]. Пульсуючий характер секреції прегормонів наднирниками і циклічні процеси в яєчниках під час менструального циклу обумовлює коливання концентрації андрогенів у крові. Для корекції помилкових показників рядом авторів запропоновано проводити повторні дослідження концентрації тестостерону в сироватці крові. Таким чином, неточність лабораторних показників може пояснити відсутність гіперандрогенії в жінок з ознаками гірсутизму, а різна чутливість тканин до андрогенів може обумовлювати відсутність клінічних проявів підвищення рівня андрогенів у крові. Саме з цих позицій формується критерій встановлення діагнозу СПКЯ, який передбачає наявність клінічних або лабораторних ознак гіперандрогенії [7].

У 75% жінок із СПКЯ підвищений рівень ЛГ у крові, що є наслідком високої амплітуди і частоти його секреції гіпофізом [1]. Співвідношення ЛГ/ФСГ є відносно недостовірним критерієм діагностики СПКЯ [3]. Причин для цього багато. По-перше, це пов'язано з пульсуючим характером секреції ЛГ, що обмежує значення однократного його визначення. По-друге, використання різних методик визначення ЛГ дає досить суперечливі результати, при цьому чітко встановлено, що радіоімунний метод має виражену тенденцію до гіпердіагностики. По-третє, існують дослідження, що показали високе значення співвідношення ЛГ/ФСГ у частини здорових жінок у ранню фолікулінову фазу циклу. Крім того, немає чіткої уяви про те, яке співвідношення ЛГ/ФСГ є пороговим, щоб стати критерієм для встановлення діагнозу СПКЯ. По-четверте, у цих хворих ІМТ має зворотну залежність з амплітудою секреції ЛГ і його базальним рівнем, що значно обмежує діагностичне значення співвідношення ЛГ/ФСГ у жінок із підвищеним ІМТ. І останнє, овуляція, яка спорадично виникає у жінок із СПКЯ, може нормалізувати співвідношення ЛГ/ФСГ протягом 2–3 тижнів.

Патогенез розвитку СПКЯ у жінок з ожирінням і без нього має деякі відмінності, хоча в обох випадках процес індукується порушенням цирхоральної секреції ГнРГ гіпоталамуса в пубертатному віці. Причина цього може бути генетично обумовленою, але не можна виключити і роль інфекційно-токсичних факторів. Так, у пубертатному віці відбувається фізіологічне збільшення гормону росту (ГР), що веде до підвищення виділення ЛГ. Поряд із фізіологічним збільшенням ГР виникає відносна ГІ, які

разом стимулюють процеси росту [6]. Ці зміни мають тимчасовий характер до встановлення цирхорального ритму секреції ГнРГ. Але при несприятливих факторах такий стан може персистувати і брати участь у формуванні СПКЯ в поєднанні з генетично обумовленою мутацією рецепторів до інсуліну. Це веде до ІР, а в подальшому – до ГІ. Велика кількість циркулюючого в крові інсуліну з'єднується з рецепторами інсуліноподібного фактора росту – І (ІПФР-1), що містяться в яєчнику. Інсулін/ІПФР-1 викликають підвищення кількості рецепторів до ЛГ, унаслідок чого збільшується рівень ЛГ. Це веде до підвищення активності цитохрому Р450 С17-гідроксилази в яєчниках і наднирниках. Напевно, цим пояснюється часте поєднання яєчкової та надниркової форм ГА в пацієнток із СПКЯ [2, 3, 6]. У тека-клітинах фолікулів холестерол перетворюється у прегнанолон, а прегнанолон – у прогестерон. Останній під впливом високої активності Р450 С17а-гідроксилази перетворюється в андростендіон, унаслідок чого утворюється велика кількість тестостерону. Процеси ароматизації (перетворення андрогенів в естрогени) порушені, тобто зменшується перетворення андрогенів в естрогени. Причиною цього є генетично обумовлений дефіцит ензимної системи Р450 ароматази. Процеси ароматизації інгібуються епідермальним фактором росту (ЕФР) і трансформуючим фактором росту (ТФР-α), що також сприяє збільшенню утворення тестостерону і андростендіону [1, 4]. У літературі є дані про те, що причиною дефіциту Р450 ароматази є відносно зниження ФСГ (у нормі ФСГ стимулює ароматазну активність). Низький рівень естрадіолу разом із ГІ призводить до зниження синтезу ТЕЗГ у печінці та жировій клітковині, а це, своєю чергою, веде до збільшення рівня вільного Тст. Тестостерон в адипоцитах у нормі метаболізується в естрадіол, а менш активний андроген андростендіон – в естрон. При СПКЯ тестостерон перетворюється в менш активний естроген – естрон. Тобто відбувається позагонадний синтез естрогенів і виникає відносна гіперестрогенія, що призводить до гіперплазії ендометрію. Частина менш активного естрогену перетворюється в естрадіол, але його активність не досягає рівня, характерного для середини фолікулінової фази [1, 2]. За деякими даними [3, 4], решта естрогену вільно циркулює в крові і викликає за механізмом негативного зворотного зв'язку зниження ФСГ, який знижує активність Р450 ароматази в клітинах гранульоци.

За результатами дослідження, у 18 (73,3%) жінок І групи підвищився індекс НОМА (більше 3). В інших 7 (22%) жінок індекс НОМА був у нормі. Про наявність або відсутність ІР у пацієнток ІІ групи не можна говорити, оскільки в них не визначався індекс НОМА. Після проведеного лікування у всіх жінок Іа групи відновилися менструальна функція та овуляція без додаткових гормональних препаратів. А в 11 (61,1%) жінок настала вагітність. У всіх пацієнток Іб групи менструальна функція та овуляторні цикли відновилися, але вагітність настала тільки у 3 (42,8%) жінок після стимуляції овуляції кломіфеном. А після клиновидної резекції яєчників завагітніла 1 жінка. Щодо пацієнток ІІ групи, то після призначеного стандартного лікування менструальна



функція урегулювалася в 13 (52%) жінок, овуляторні цикли відновилися у 10 (40%) пацієнток, а вагітність наступила тільки у 2 (8%) на фоні стимуляції овуляції кломіфеном. Після клиновидної резекції, проведеної 4 (16%) жінкам, не наступило жодної вагітності.

Негормональна фармакотерапія у вигляді використання інсуліносенситайзерів: метформін у хворих із СПКЯ призводить до корекції метаболічних і гормональних порушень, що проявляються рівнозначною нормалізацією функції репродуктивної системи. Консервативна терапія хворих із СПКЯ має бути спрямована на корекцію як гормональних, так і метаболічних порушень [4, 7]. У хворих із СПКЯ і ожирінням лікування доцільно розпочинати зі зниження маси тіла. На тлі терапії, крім антропометричних параметрів, слід проводити оцінку характеру менструального циклу. В якості фармакотерапії ГІ та ІР слід використовувати бігуаніди – метформін у добовій дозі 1500 мг [2]. Сенситайзер інсуліну метформін показаний усім жінкам із дисфункцією Р-клітин при переважанні зниження чутливості до інсуліну та жінкам із клінічним фенотипом СПКЯ з надмірною масою тіла.

Для лікування хворих із СПКЯ і нормальною масою тіла мікродозовані комбіновані оральні контрацептиви можна використовувати лише у хворих без ГІ, які не планують вагітність [5, 7]. Слід зазначити, що традиційна терапія СПКЯ шляхом застосування комбінованих оральних контрацептивів, що мають антианδροгенну активність, часто не лише не призводить до відновлення фертильності, але й збільшує ризик виникнення метаболічних порушень, які відіграють важливу роль у розвитку яєчникової гіперандрогенії.

## Висновки

Індекс НОМА необхідно визначати всім жінкам із СПКЯ, оскільки його значення впливає на подальшу тактику лікування даного захворювання. Неправильний підхід до лікування призводить до зниження ймовірності отримання позитивних результатів.

**Перспективи досліджень** полягають у подальшому вивченні даної проблеми.

## Література

1. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е. М. Вихляева. – Москва, 2002. – С. 360–395.
2. Пищулин А. А. Овариальная гиперандрогения и метаболический синдром / А. А. Пищулин, Е. А. Капрора. – Москва : Эндокринологический научный центр РАМН, 2009.
3. Синдром поликистозных яичников / В. И. Грищенко, И. В. Загребельная, С. С. Абузайд [et al.] // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 1. – С. 5–12.
4. Сметник В. П. Неоперативная гинекология / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2005.
5. Сольський С. Я. Питання патогенезу, діагностики та лікування гіперандрогенії / С. Я. Сольський // Жіночий лікар. – 2006. – № 3. – С. 8.
6. Татарова Н. А. Новейший справочник по гинекологии / Н. А. Татарова. – Москва, Санкт-Петербург, 2006. – С. 95–99.
7. Товстановська В. О. Гіперінсулінізм в акушерстві та гінекології і його терапія / В. О. Товстановська, І. В. Ус // Нова медицина. – 2006. – № 2. – С. 21–23.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.11.2015 р.

## Відомості про авторів

**Онисько Олеся Василівна** – магістр медицини, аспірант кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «Ужгородський національний університет», лікар-акушер-гінеколог Ужгородського міського пологового будинку, жіночої консультації № 1; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Корчинська Оксана Олександрівна** – д.мед.н., проф. кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Петренко Тетяна Геннадіївна** – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Волошина Уляна Володимирівна** – лікар-неонатолог вищої категорії Ужгородського міського пологового будинку; пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.



**Особенности прегравидарной подготовки женщин с синдромом поликистозных яичников на фоне инсулинорезистентности в анамнезе**

*О.В. Онисько<sup>1, 2</sup>, О.А. Корчинская<sup>1</sup>,  
Т.Г. Петренко<sup>3</sup>, У.В. Волошина<sup>2, 3</sup>*

<sup>1</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

<sup>2</sup>Ужгородский городской родильный дом,  
г. Ужгород, Украина

<sup>3</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – изучить эффективность лечения бесплодия на фоне поликистозных яичников у женщин с инсулинорезистентностью.

**Материалы и методы.** Проведен анализ эффективности лечения бесплодия в 65 женщин с синдромом поликистозных яичников. Из них у 30 пациенток, составивших I группу, диагноз синдрома поликистозных яичников постановлен с помощью традиционных критериев: данных анамнеза, эхографических признаков синдрома поликистозных яичников, клинических проявлений, определения уровня таких гормонов, как фолликулстимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, соотношения фолликулстимулирующего гормона к лютеинизирующему гормону, пролактин, тиреотропный гормон, свободный тестостерон, тестостерон-эстроген связывающий глобулин, дегидроэпиандростерон сульфат, инсулин и определения глюкозы натощак. Женщинам данной группы проведено определение индекса НОМА как показателя инсулинорезистентности. Поскольку инсулинорезистентность подтвердилась не у всех женщин, то возникла необходимость разделить I группу на Ia – пациентки с инсулинорезистентностью, численность которых составила 18 (72%) женщин, и Ib – пациентки без инсулинорезистентности, которых было 7 (22%). II группу составили 25 женщин с синдромом поликистозных яичников с аналогичными методами обследования, но без определения индекса НОМА. Пациентки Ia группы получали метформин в первую неделю по 500 мг 1 раз в день, на 2-й неделе – по 500 мг 2 раза в день, а с 3-й недели – по 500 мг 3 раза в день в течение 3–6 месяцев.

**Результаты.** Проанализирована эффективность лечения бесплодия у женщин с синдромом поликистозных яичников в зависимости от показателя индекса НОМА. У всех женщин, у которых индекс НОМА был больше 3 и которые лечились препаратом метформин, полностью восстановились менструальная функция и овуляция, даже без назначения дополнительных гормональных препаратов. Кроме того, более чем у половины женщин наступила беременность. Неплохой результат лечения наблюдался у пациенток, у которых индекс НОМА был в норме и которые лечились по обычной схеме, потому что у них не было инсулинорезистентности. Что касается женщин, которым не определялся индекс НОМА, то эффективность их

лечения была гораздо ниже, поскольку не доказано наличие или отсутствие инсулинорезистентности.

**Выводы.** Индекс НОМА необходимо определять всем женщинам с синдромом поликистозных яичников, поскольку его значение влияет на дальнейшую тактику лечения данного заболевания. Неправильный подход к лечению приводит к снижению вероятности получения положительных результатов.

**Ключевые слова:** инсулинорезистентность, гиперинсулинемия, синдром поликистозных яичников, бесплодие.

**The modern approachments on polycystic ovary syndrom of women with insulin resistance**

*O.V. Onysko<sup>1, 2</sup>, O.O. Korchynska<sup>1</sup>,  
T.G. Petrenko<sup>3</sup>, U.V. Voloshyna<sup>2, 3</sup>*

<sup>1</sup>SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine

<sup>2</sup>Uzhorodski Perinatal Centre, Uzhgorod, Ukraine

<sup>3</sup>SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study the effectiveness of infertility treatment on the background of polycystic ovary in women with insulin resistance.

**Materials and methods.** The analysis of the effectiveness of treatment of infertility in 65 women with polycystic ovary syndrome. Of these, 30 patients who were and group diagnosis of polycystic ovary syndrome established by traditional criteria: a history, sonographic signs of polycystic ovary syndrome, clinical manifestations, determining the level of these hormones as follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone, prolactin, thyroid-stimulating hormone, free testosterone testosterone-estrogen binding globulin, dehydroepiandrosterone sulfate, insulin and fasting glucose.

**Results.** The analysis of the effectiveness of treatment of infertility in women with polycystic ovary syndrome, depending on the HOMA index. Established that all women who HOMA index was more than 3, and treated with the drug metformin, fully restored ovulation and menstrual function, even without appointment of additional hormones. In addition, more than half of women pregnancy occurred. A good outcome were patient, which HOMA index was normal and treated in the usual way because they did not have insulin resistance. As for women who do not HOMA index is determined by the effectiveness of their treatment was much lower, as was proved by the presence or absence of insulin resistance.

**Conclusions.** To determine the HOMA index should all women with polycystic ovary syndrome, since its value determines subsequent treatment strategy of this disease. The wrong approach to treatment reduces the likelihood of obtaining positive results.

**Key words:** hiperinsulinemia, insulin resistance, polycystic ovary syndrom, infertility.



## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ІДЕНТИФІКАЦІЇ ФОТОПОЛІМЕРНИХ ПЛОМБУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

**Мета** – провести спектрофотометричні дослідження основних фотополімерних пломбувальних матеріалів, які застосовуються в практичній охороні здоров'я Закарпатської області; здійснити ідентифікацію з еталонами оригінальних матеріалів.

**Матеріали та методи.** Застосовано спектрофотометричні методи дослідження: поглинання, пропускання та відбивання світлової хвилі видимого спектра довжиною хвилі від 460 до 720 нм. Використано зразки композитних фотополімерних пломбувальних матеріалів.

**Результати.** Сформовано еталони спектрофотометричного паспорту; здійснено ідентифікацію фотополімерних зразків; визначено достовірність методу, абсолютну та відносну похибки.

**Висновки.** Отримано результати підтвердили об'єктивність даного методу, величина похибок дослідження не перевищує 1,02%.

**Ключові слова:** спектрофотометричний паспорт, фотополімерні композити, ідентифікація, похибка.

### Вступ

Варіативна поширеність стоматологічних пломбувальних матеріалів обумовлює необхідність уніфікації критеріїв експертної оцінки їх якості, первинним серед яких є критерій ідентифікації матеріалу – його відповідності даним стоматологічної документації. Однак, враховуючи результати епідеміологічного аналізу наявності та достовірності стоматологічних карт пацієнтів, проведеного Бідою В.І., Мішаловим В.Д. (2013), констатовано високий рівень помилок організаційного та виконавчого характеру, які унеможливають використання принципів програми DVI (Disaster Victims Identification) у ході ідентифікації осіб за стоматологічним статусом. Принцип програми базується на співставленні прижиттєвих і посмертних даних реєстрації індивідуальних особливостей зубо-щелепового апарату, а також пошуку відповідностей, кількості або ступінь сили аналогічності яких визначатимуть можливість проведення позитивної ідентифікації. Keiser-Nilsen, сформулювавши у 1980 р. критерії можливостей встановлення аргументованих висновків щодо достовірності результатів ідентифікації, підкреслив значення кожної окремої пломби як ідентифікаційного критерію з невисоким інформаційним значенням, аргументувавши це поширеністю амальгамних реставрацій та однорідністю принципів їх постановки, що більшою мірою виключали ефект клінічної індивідуалізації наслідків ятрогенних терапевтичних втручань. Виходячи з вищесказаного, аргументовано є необхідність пошуку єдиного стандартизованого критерію ідентифікації та підтвердження відповідності реставрації даним медичної документації, оскільки такий пошук дав би змогу вирішити проблеми, сформовані у сфері ідентифікації (як

допоміжного інформаційно значущого елемента одонтологічного статусу), а також уніфікувати алгоритм оцінки якості надання стоматологічних послуг із початковим етапом підтвердження відповідного матеріалу пломби та подальшою якісною оцінкою її відповідності системі порівняльних критеріїв. Тому практична перевірка ефективності ідентифікації за допомогою фізичних методів дослідження дасть змогу встановити не тільки рівень відповідностей та достовірності отриманих результатів, але й доцільність імплементації методу з точки зору обсягу описової частини кількісних даних, фінансової можливості широкого впровадження, умов проведення й підходів до мінімізації похибок і природи їх виникнення [1–7].

**Мета роботи** – провести спектрофотометричні дослідження основних фотополімерних пломбувальних матеріалів, які застосовуються в практичній охороні здоров'я Закарпатської області; здійснити ідентифікацію з еталонами оригінальних матеріалів.

### Матеріали та методи

У ході практичного дослідження взяли участь дві групи осіб: експерти та дослідники (по 6 чоловік науково-навчального центру судової стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»). До моменту виконання дослідження була сформована експериментальна вибірка видалених зубів у кількості 1238. Зуби, видалені за показаннями, які стали матеріалом дослідження, безпосередньо після екстракції були промиті фізіологічним розчином, після чого замочені в 10% розчині формаліну терміном на 5 днів. У цей період була сформована база еталонних критеріїв коефіцієнтів пропускання, відбивання та поглинання світла еталонного зразка товщиною 1 мм, створеного методом повної



полімеризації в силіконовому шаблоні для таких матеріалів: CharismaA2, CharismaA3, Filtek(uH)A3, Filtek(uH)B3, I-Xcite A2, I-Xcite A3, CromDentalEA2, CromDentalEA3, Estelite(ince), GradiaDirect, HarismaA1, SpectrumA2, SpectrumA3, SpectrumA3,5, SpectrumB2, SpectrumA1, EsteliteA2, EsteliteA3, EsteliteOA1.

Дослідження виконувалось у дві стадії. На першій стадії група експертів провела навмисне препарування екстрагованих зубів за стандартними протоколами з урахуванням визначеного вище розподілу каріозних порожнин за Блемом. За такої ситуації можна стверджувати, що умови дослідження з точки зору пропорційного розподілу відповідають природним, а модель дослідження максимально наближена до оригінальної. Після тотального протравлювання відпрепарованої поверхні за допомогою 37% ортофосфатної кислоти проводили етап бондингу за допомогою системи 5-го покоління Adper Single Bond 2. Після цього відповідно встановили 1238 пломб: 921 пломбу в боковій групі зубів (на молярах – 557, на премолярах – 364) та 317 – у фронтальній (на різцях – 221,

на іклах – 96) з урахуванням критеріїв розподілу сформованих за G.V. Black у ході клінічної реєстрації каріозних уражень і з матеріалів відтінків та виробників, аналогічних попередньо сформованій еталонній базі. Кожен зуб маркували чисельним індикатором відповідно до трафарету розшифровування з можливістю визначення кольору поставленої пломби та матеріалу виробника в ході перевірки результатів ідентифікації. Після завершення даної стадії для забезпечення повної полімеризації пломбувальних матеріалів зуби залишили на 5 діб.

### Результати дослідження та їх обговорення

Результати вимірювання та обчислення оптичних властивостей стоматологічних матеріалів (коефіцієнтів відбивання, пропускання та поглинання світла), а також їх табличне й графічне порівняння із показниками бази еталонів при товщині зразка 1 мм різних виробників представлені нижче для об'єктивізації залежності показників від довжини променя, виробника та відтінку матеріалу на прикладі CharismaA2 (табл.).

Таблиця  
Табличне порівняння еталонних  
та експериментально отриманих показників матеріалу CharismaA2

$\lambda$ , нм	Коефіцієнт					
	Еталон			Дослід		
	відбивання R	пропускання T	поглинання $\alpha$	відбивання R	пропускання T	поглинання $\alpha$
400	0,020	0,030	3456,203	0,02005	0,03038	3459,659
410	0,023	0,024	3687,056	0,02396	0,02398	3678,207
420	0,023	0,019	3919,512	0,02358	0,01899	3916,545
430	0,025	0,023	3733,434	0,02471	0,02279	3730,949
440	0,025	0,025	3628,294	0,02500	0,02532	3628,418
450	0,025	0,026	3605,584	0,02507	0,02590	3609,346
460	0,024	0,025	3629,955	0,02542	0,02532	3569,77
470	0,024	0,032	3394,030	0,02470	0,03205	3269,314
480	0,024	0,036	3278,999	0,02647	0,03599	3282,278
490	0,025	0,039	3201,273	0,02475	0,03884	3129,564
500	0,025	0,044	3071,569	0,02507	0,04418	3034,687
510	0,025	0,050	2953,332	0,02623	0,04972	2862,766
520	0,025	0,054	2867,767	0,02539	0,05417	2867,865
530	0,025	0,061	2745,265	0,02650	0,06122	2748,129
540	0,025	0,066	2667,013	0,02486	0,06621	2573,225
550	0,025	0,071	2594,736	0,02479	0,07121	2536,179
560	0,025	0,078	2506,330	0,02623	0,07775	2508,836
570	0,025	0,085	2411,771	0,02539	0,08546	2379,839
580	0,025	0,091	2344,509	0,02677	0,09141	2336,874
585	0,025	0,095	2301,538	0,02514	0,09537	2273,904
590	0,025	0,098	2274,713	0,02507	0,09801	2274,791
595	0,025	0,103	2227,069	0,02623	0,10280	2228,036
600	0,025	0,106	2191,521	0,02539	0,10652	2135,538
610	0,026	0,112	2134,101	0,02685	0,11267	2098,364
620	0,026	0,119	2077,214	0,02618	0,11918	2079,291



630	0,026	0,126	2017,124	0,02646	0,12645	2012,283
640	0,027	0,131	1974,463	0,02857	0,13170	1953,224
650	0,029	0,142	1896,584	0,02900	0,14201	1872,97
660	0,031	0,148	1845,039	0,03308	0,14886	1845,102
670	0,034	0,159	1771,904	0,03554	0,15909	1772,674
680	0,037	0,165	1724,486	0,03720	0,16574	1695,894
700	0,053	0,187	1569,642	0,05417	0,18719	1527,661
720	0,072	0,205	1437,316	0,07308	0,20510	1438,753
740	0,090	0,227	1293,605	0,07868	0,22788	1293,734
760	0,075	0,227	1326,090	0,07500	0,22788	1285,303
780	0,075	0,114	2018,896	0,07520	0,11395	1977,174

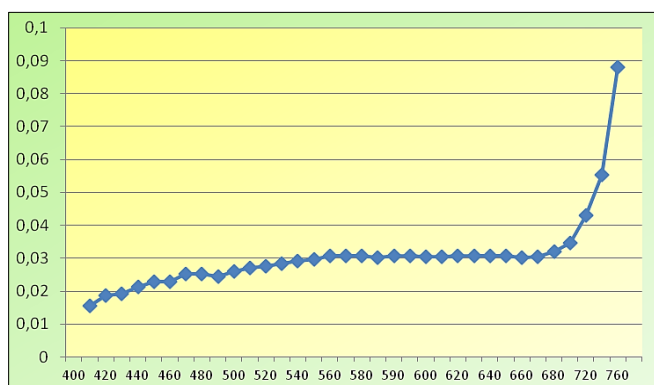


Рис. 1. Графічне зображення еталонного значення коефіцієнта відбивання матеріалу CharismaA2

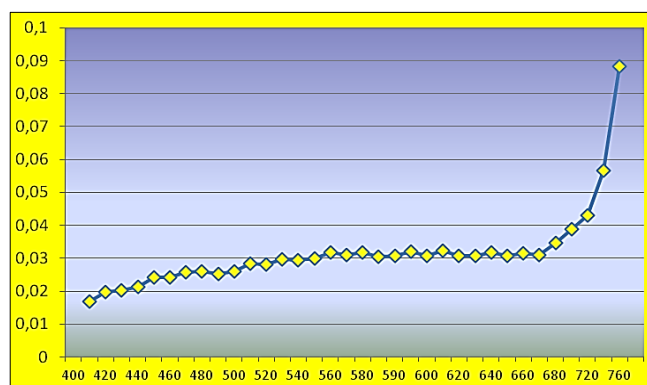


Рис. 2. Графічне зображення експериментального значення коефіцієнта відбивання матеріалу CharismaA2

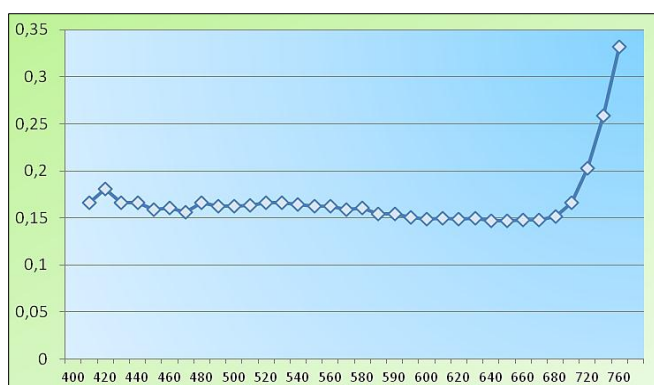


Рис. 3. Графічне зображення еталонного значення коефіцієнта пропускання матеріалу CharismaA2

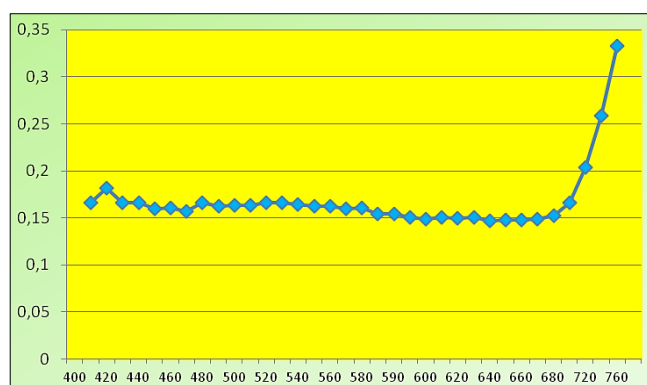


Рис. 4. Графічне зображення експериментального значення коефіцієнта пропускання матеріалу CharismaA2

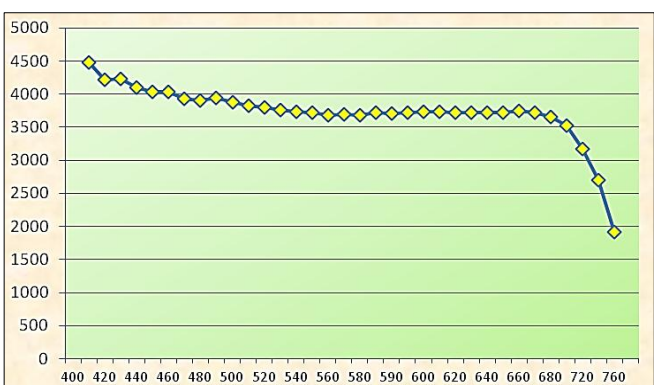


Рис. 5. Графічне зображення еталонного значення коефіцієнта поглинання матеріалу CharismaA2

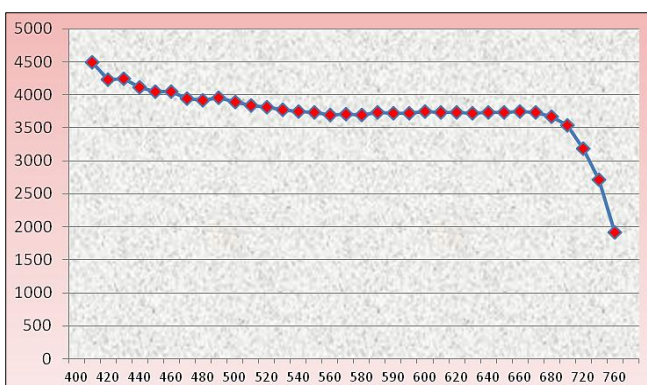


Рис. 6. Графічне зображення експериментального значення коефіцієнта поглинання матеріалу CharismaA2



Для формування бази порівнянь, співставлень та аналізу результатів аналізу був створений спектрофотометричний паспорт (табл.). Результати лабораторних досліджень проведені за методом відбивання, поглинання та пропускання, який має графічне зображення та чисельні характеристики і в подальшому іменується як «Еталон».

Через визначений термін група дослідників, не проінформована групою експертів, розпочала другу стадію дослідження. Із кожної пломби за допомогою бора сформували досліджуваний зразок – пластинку композиційного матеріалу розміром 1мм\*6мм\*4мм. Розміри досліджуваних пластинок перевіряли за допомогою штангенциркуля. Пластинки промарковували за допомогою цифрової нумерації для оптимізації процесу категоризації результатів. Після формування досліджуваних пластинок кожен з них досліджували методом спектрофотометрії, принципи роботи якого описані в попередніх розділах.

У результаті дослідження 1238 вдалось ідентифікувати 1224 зразки пломбувальних матеріалів, коефіцієнти пропускання, поглинання та відбивання світла яких співпали з даними еталонної бази (ефективність методу – 98,88%). Перевірки ідентифікації з співставленням даних цифрового маркування підтвердили ефективність методу. Відтак можна стверджувати, що ефективність методу ідентифікації стоматологічних пломбувальних матеріалів із

верифікацією їхніх специфічних оптичних властивостей у діапазоні досліджуваних світлових хвиль становить  $98,88 \pm 1,02\%$ . Величина відносної похибки у 1,02% може бути пов'язана із впливом суб'єктивних факторів у ході проведення перевірки групою дослідників, формуванні досліджуваної пластинки товщиною понад 1 мм, похибками в процесі реєстрації показників змін світлового променя.

## Висновки

У результаті експериментальних спектрофотометричних досліджень оригінальних пломбувальних матеріалів на основі методу відбивання, пропускання та поглинання сформований спектрофотометричний паспорт для кожного з досліджуваних зразків. Ефективність спектрофотометричного методу ідентифікації стоматологічних пломбувальних матеріалів становить  $98,88\% \pm 1,02\%$ , що дає змогу використовувати його в стоматологічній, судово-медичній та криміналістичній практиці.

Перспективи спрямовані на подальші спектрофотометричні дослідження основних фотополімерних пломбувальних матеріалів, які застосовуються в практичній охороні здоров'я Закарпатської області.

## Література

1. Костенко Є. Я. Епідеміологічний аналіз наявності та достовірності стоматологічної документації / Є. Я. Костенко // Інтегративна антропологія. – 2013. – № 2. – С. 38–42.
2. Мілнер Ф. Д. Досягнення природної естетики за мініреставрацій класу IV з використанням лише двох відтінків композитів / Ф. Д. Мілнер // Новини стоматології. – 2013. – № 3. – С. 19–23.
3. Павленко О. В. Шляхи реформування системи надання стоматологічної допомоги населенню України. Дискусія / О. В. Павленко, О. М. Вахненко // Современная стоматология. – 2013. – № 4. – С. 180–184.
4. Правова обізнаність лікарів-стоматологів і якість їх послуг: особливості взаємозв'язку / М. Я. Нідзельський [та ін.] // Експериментальна і клінічна медицина. – 2013. – № 4. – С. 157–160.
5. Evaluation of radiopacity and microhardness of composites submitted to artificial aging / D. R. Cruvinel, L. F. Garcia, L. A. Casemiro [et al.] // Mater Res. – 2007. – Vol. 10. – P. 325–329.
6. Influence of surface roughness on the color of dental-resin composites / R. Ghinea [et al.] // Journal of Zhejiang University Science B. – 2011. – Т. 12, № 7. – С. 552–562.
7. Spectrophotometric Evaluation of Color Alterations of Teeth Exposed to Different Conditions in Time / A. Dozic [et al.] // Acta stomatologica Croatica. – 2011. – Т. 45, № 4. – С. 247–257.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.11.2015 р.



**Экспериментально-сравнительная оценка  
идентификации фотополимерных  
пломбировочных материалов***С.Б. Костенко*

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

**Цель** – провести спектрофотометрические исследования основных фотополимерных пломбировочных материалов, которые применяются в практической охране здоровья в Закарпатской области; осуществить идентификацию с эталонами оригинальных материалов.

**Материалы и методы.** Применены спектрофотометрические методы исследования поглощения, пропускания и отражения световой волны видимого спектра длиной волны от 460 до 720 нм. Использованы образцы композитных фотополимерных пломбировочных материалов.

**Результаты.** Сформированы эталоны спектрофотометрического паспорта; осуществлена идентификация фотополимерных образцов; определены достоверность метода, абсолютная и относительная погрешности.

**Выводы.** Полученные результаты подтвердили объективность данного метода, и величина погрешностей исследования не превышала 2,12%.

**Ключевые слова:** спектрофотометрический паспорт, фотополимерные композиты, идентификация, погрешность.

**Experimental and comparative assessment  
identifying curing filling materials***S.B. Kostenko*

SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine

**Purpose** – hold spectrophotometric study of basic curing filling materials are applied in practical public health in the Transcarpathia region, and the identification with the standards of the originals materials.

**Materials and methods.** Applied spectrophotometric methods of absorption, transmission and reflection of light waves visible spectrum wavelengths from 460 to 720 nm. Samples curing composite filling materials.

**Results.** Formed standards spectrophotometric passport, identification made of photopolymer samples determined the reliability of the method, the absolute and relative error.

**Conclusions.** The results confirmed the objectivity of the method and value of research errors are not exceeded 1.02%.

**Key words:** spectrophotometer passport, photopolymer composites, identification, error.

---

**Відомості про автора**

**Костенко Світлана Борисівна** – старший викладач кафедри ортопедичної стоматології стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.



УДК 616.316-006-073.43

Т.М. Козаренко<sup>1</sup>, К.Ю. Логаніхіна<sup>1</sup>, С.Б. Синюта<sup>1</sup>, В.Р. Гурандо<sup>2</sup>

## МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ МУЛЬТИДЕТЕКТОРНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

<sup>1</sup>ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Мета** – удосконалити семіотику раку привушних слинних залоз за допомогою мультидетекторної комп'ютерної томографії та розробити диференційно-діагностичні критерії даної нозології.

**Матеріали та методи.** На базі ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України» проведено ретроспективний аналіз 33 пацієнтів. Усі обстеження проведено на апараті Toshiba Aquilion One, 640 slices. Ретроспективна обробка результатів виконана на робочій станції комп'ютерного томографа із постпроцесінговою побудовою тривимірних і мультипланарних реконструкцій, ангіограм та розрахунком коефіцієнта гетерогенності (с).

**Результати.** Визначено найбільш характерні КТ-ознаки раку привушних слинних залоз і розроблено їх диференційно-діагностичні ознаки за підрахуванням коефіцієнта гетерогенності: більш високі значення коефіцієнта гетерогенності порівняно з такими для інтактної залози вперше продемонстрували, що паренхіма слинних залоз при раку привушних слинних залоз є більш гетерогенною навіть при незначних відмінностях щільності пухлини й неущкоджених слинних залоз.

**Висновки.** Основні КТ-ознаки раку привушних залоз: розміри пухлини 2–3 см (22 пацієнти, 66,7%), нечіткі контури (19 пацієнтів, 57,6%), гомогенне накопичення контрастної речовини (25 пацієнтів, 75,8%), наявність метастазів у шийних лімфатичних вузлах (17 пацієнтів, 51,5%). Уперше визначено коефіцієнт неоднорідності с, який відрізнявся в інтактних привушних залозах, при їх запальному й пухлинному ураженнях (с<10, с=10–17 та с=20–37 відповідно).

**Ключові слова:** рак слинних залоз, мультидетекторна комп'ютерна томографія, коефіцієнт гетерогенності.

### Вступ

Рак слинних залоз становить близько 1–5% від усіх злоякісних новоутворень голови та шиї [3, 4, 6, 8, 10]. По всьому світу захворюваність на рак слинних залоз становить 0,5–2 на 100 тис. осіб, а в Європі найбільша кількість випадків зустрічається в Хорватії [9]. Значна варіабельність гістологічних типів ракових пухлин слинних залоз зумовлює складність диференціальної діагностики з іншими нозологіями даної локалізації, за таких умов важливість візуалізації пухлинного процесу в слинних залозах, його топічна діагностика є вкрай важливою на дотерапевтичному етапі [5, 10]. Як відомо, до 70–75% злоякісних пухлин слинних залоз мають привушну локалізацію [2, 6].

Хоча в сучасній радіології для діагностики раку привушних залоз (РПЗ) використовують як мультидетекторну комп'ютерну томографію (МДКТ), так і магнітно-резонансну томографію, перша є більш обґрунтованим методом вибору через кращу роздільну здатність і вищі показники діагностичної інформативності [1, 3, 8].

Дотепер комплексна МДКТ-семіотика раку привушних слинних залоз (РПЗ) досі чітко не виокремлена, що лягло в основу даної публікації.

**Мета роботи** – удосконалити МДКТ-семіотику РПЗ і розробити диференційно-діагностичні критерії даної нозології.

### Матеріали та методи

На базі ДУ «ІЯМПД НАМНУ» проведено ретроспективний аналіз 33 пацієнтів: 19 (57,6%) чоловіків і 14 (42,4%) жінок, переважно віком 50–59 років (27 пацієнтів, 81,8%), решта (6 пацієнтів, 18,2%) – віком 40–50 років. Попередній клінічний діагноз новоутворення привушних слинних залоз підтверджено результатами МДКТ і подальших патогістологічних висновків. Найчастіші скарги хворих: локальні болі в привушний ділянку (19 пацієнтів, 42,4%), припухлість, що збільшувалася в розмірах із часом (24 пацієнти, 72,7%), регіонарна шийна лімфаденопатія (26 пацієнтів, 78,8%); нечасто відмічалися фіксація шкіри над locus morbi (9 пацієнтів, 27,2%) та односторонній перекош обличчя внаслідок парезу лицьового нерва (6 пацієнтів, 18,2%) – табл. 1.

З метою уточнення діагнозу нами призначено МДКТ. Усі обстеження проведено на апараті Toshiba Aquilion One, 640 slices із застосуванням внутрішньовенного введення контрастної речовини (КР) Омніпак-350, із розрахунку 1 мл/кг ваги пацієнта. Дослідження включало нативну, контрастну фази, під час останньої проведено МДКТ-ангіографію. Ретроспективна обробка результатів виконана



на робочій станції комп'ютерного томографу із постпроцесінговою побудовою тривимірних і мультипланарних реконструкцій, ангіограм та розрахунком коефіцієнта гетерогенності ( $c$ ). Як відомо [1], більш високі значення параметра  $c$  в області зони інтересу при проведенні МДКТ дають змогу виділити кількісний показник гетерогенності структури зони інтересу щодо контрольної зони (у даному випадку – неушкоджених слинних залоз), за допомогою формули:

$$c = \sqrt{\sum_i \frac{n_i}{n} (x_c - x_i)^2},$$

де  $x_c$  – середнє значення рентгенівської густини в обраній області;  $x_i$  – середина  $i$ -того інтервалу розбиття шкали рентгенівської щільності;  $n_i$  – кількість пікселів, значення рентгенівської щільності яких потрапляє в  $i$ -тий інтервал;  $n$  – загальна кількість пікселів у вибраній зоні,  $\Sigma_i$  – сума. При цьому більш високі значення параметру свідчать, що тканина у вибраній області має більш високу гетерогенність.

Таблиця 1

Розподіл хворих на рак привушних залоз за основними скаргами

Кількість хворих  Скарга		Поверхневі (17)		Мішані (11)		Глибокі (5)		Усього	
		кількість пацієнтів						абс.	%
		абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Припухлість	+	14	42,4	9	27,3	1	3,0	24	72,7
	–	3	9,0	2	6,0	4	12,1	9	27,2
Біль	+	10	30,3	6	18,2	3	9,0	19	57,6
	–	7	21,2	5	15,2	2	6,0	14	42,4
Зміни шкіри над пухлиною	+	3	9,0	5	15,2	1	3,0	9	27,2
	–	14	42,4	6	18,2	4	12,1	24	72,7
Регіонарна лімфаденопатія	+	13	39,4	8	24,3	5	15,2	26	78,8
	–	4	12,1	3	9,0	–	–	7	21,2
Перекося обличчя	+	1	3,0	3	9,0	2	6,0	6	18,2
	–	16	48,5	8	24,3	3	9,0	27	81,8
Усього								33	100

#### Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі даних МДКТ в усіх 33 пацієнтів із РПЗ виявлено унілатеральну локалізацію пухлини із розташуванням у полюсі («даху»), поверхневій, глибокій чи обох долях привушної слинної залози. З огляду на це нами умовно розділено злоякісні пухлини слинних залоз на «поверхневі» (поверхнева доля, «дах» залози) – 17 пацієнтів, 51,5%; «глибокі» (глибока доля залози) – 5 пацієнтів, 15,2%; «мішані» (обидві долі залози) – 11 пацієнтів, 33,3% (табл. 1). При уточненні семіотики РПЗ звернуто увагу на такі ознаки: розміри, накопичення КР, контури, стан регіонарних лімфатичних вузлів (ЛВ), наявність ускладнень (табл. 2).

Визначено найбільш характерні КТ-ознаки РПЗ (табл. 2): розміри пухлини 2–3 см – 22 (66,7%) пацієнти, нечіткі контури – 19 (57,6%) пацієнтів, гомогенне накопичення КР – 25 (75,8%) пацієнтів, наявність Мтс у шийних ЛВ – 17 (51,5%) пацієнтів. Гетерогенний РПЗ діагностовано у 8 (24,1%) пацієнтів, із них у 4 (12,1%) пацієнтів за рахунок кістозних включень, по 2 (6,0%) пацієнти – із кальцинатами і ділянками некрозу.

Неспецифічна шийна лімфаденопатія діагностована у 9 (27,2%) пацієнтів, інтактні шийні ЛВ – у 7 (21,2%) пацієнтів.

Ускладнення РПЗ діагностовано у 12 (36,4%) пацієнтів, з яких у 6 (18,2%) пацієнтів виявлено асиметрію обличчя через парез *n. facialis*, у 4 (12,1%) пацієнтів – венозний тромбоз, у 2 (6,0%) пацієнтів – артеріальну оклюзію.

Щільність РПЗ при нативному скануванні майже не відрізнялася порівняно з інтактною паренхімою слинних залоз 28–42 од.Н. (за винятком гетерогенних пухлин), при внутрішньовенному підсиленні в солідному компоненті становила 65–120 од.Н.

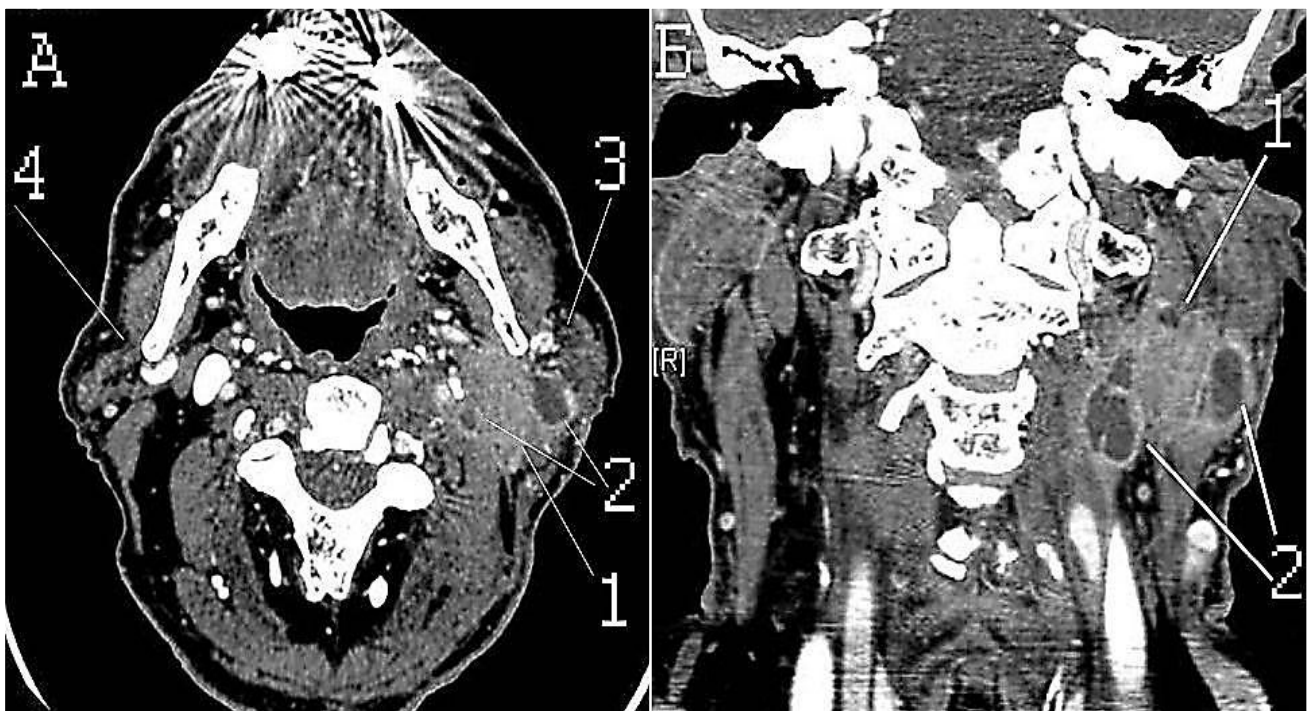
Нами розроблено диференційно-діагностичну ознаку РПЗ за підрахуванням коефіцієнта гетерогенності: більш високі значення  $c$  порівняно з такими для інтактної залози вперше продемонстрували, що паренхіма слинних залоз при РПЗ є більш гетерогенною навіть при незначних відмінностях щільності пухлини та неушкоджених слинних залоз. При цьому значення  $c$  залежало від гетерогенності РПЗ: при солідній структурі пухлини становило 20–26, при кістозно-солідній – 28–32, при наявності кальцинатів – 33–37, некротичних ділянок – 24–28.  $c$  також відрізнявся для інтактних ЛВ, при їх неспецифічних запальних і метастатичних змінах: до 10, 11–18 та 20–25 відповідно. Нагадаємо, що значення параметру  $c$  у межах 11–18 характеризує наявність запального процесу у слинній залозі, а для неушкоджених слинних залоз становить <10 [1].



Таблиця 2  
МДКТ-семіотика раку привушних залоз

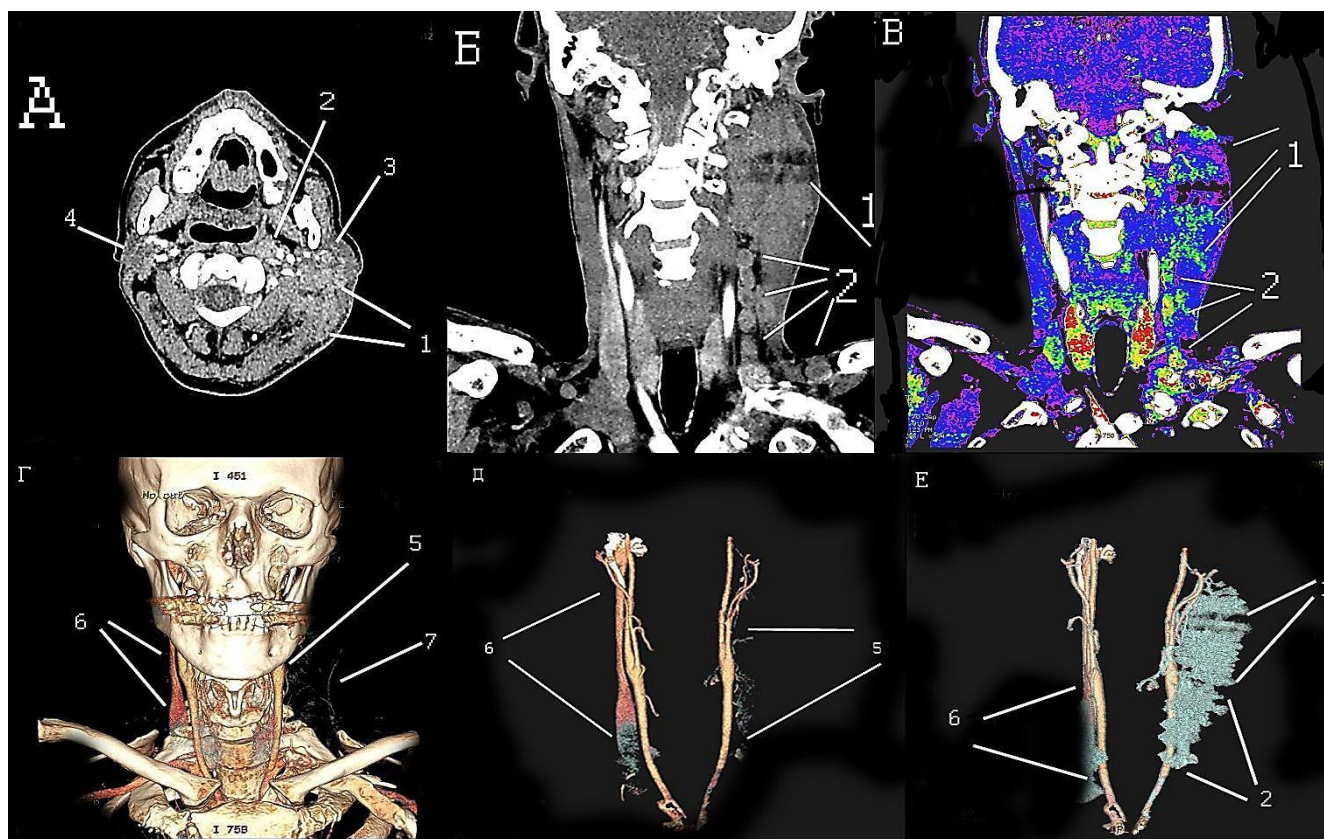
Кількість хворих			Поверхневі (17)		Мішані (11)		Глибокі (5)		Усього	
			кількість пацієнтів						абс.	%
			абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Розмір	> 1 см		2	6,0	1	3,0	—	—	3	9,0
	2–3 см		13	39,4	5	15,2	4	12,1	22	66,7
	>3 см		2	6,0	5	15,2	1	3,0	8	24,3
Контури	чіткі		5	15,2	5	15,2	4	12,1	14	42,4
	нечіткі		12	36,4	6	18,2	1	3,0	19	57,6
Накопи-чення КР	гомогенне		13	39,4	7	21,2	5	15,2	25	75,8
	гетеро-генне	кісти	2	6,0	2	6,0	—	-	4	12,1
		камені	1	3,0	1	3,0	—	-	2	6,0
		некроз	1	3,0	1	3,0	—	-	2	6,0
Регіонарні ЛВ	без змін		2	6,0	2	6,0	3	9,0	7	21,2
	лімфаденопатія		4	12,1	3	9,0	2	6,0	9	27,2
	mts		11	33,3	6	18,2	—	—	17	51,5
Усклад-нення	парез n. facialis		1	3,0	2	6,0	3	9,0	6	18,2
	тромбоз ВЯВ		3	9,0	1	3,0	—	—	4	12,1
	оклюзія ВСА		2	6,0	—	—	—	—	2	6,0
	відсутність		11	33,3	8	24,3	2	6,0	21	63,6
Усього									33	100

Примітки: Mts – метастатичні лімфатичні вузли; ВЯВ – внутрішня яремна вена; ВСА – внутрішня сонна артерія.



**Рис. 1.** Хворий М., 58 років. Клінічний діагноз: Са лівої привушної слинної залози. МДКТ, аксіальний скан (А), мультипланарна реконструкція (Б): 1 – пухлина лівої слинної залози мішаної локалізації; 2 – кістозні включення; 3 – інтактна частина поверхневої долі привушної слинної залози; 4 – інтактна контрлатеральна слинна залоза





**Рис. 2.** Хворий С., 60 років. Клінічний діагноз: Са лівої привушної слинної залози. МДКТ, аксіальний скан (А), мультипланарна реконструкція (Б), Volume rendering (В), 3Д-реконструкція (Г), МДКТ-ангіограма (Д), у т.ч. із зображенням пухлини та метастатичних лімфатичних вузлів (Е): 1 – солідна пухлина, що поширюється на обидві долі лівої привушної слинної залози; 2 – метастатичні лімфатичні вузли; 3 – інтактна частина поверхневої долі привушної слинної залози; 4 – інтактна контрлатеральна слинна залоза; 5 – ліва внутрішня яремна вена має ознаки пухлинного тромбозу на всьому протязі; 6 – інтактна права внутрішня яремна вена; 7 – виражена деформація поверхневих м'яких тканин.

### Висновки

Основними КТ-ознаками раку привушних залоз є: розміри пухлини 2–3 см (22 пацієнти, 66,7%), нечіткі контури (19 пацієнтів, 57,6%), гомогенне накопичення КР (25 пацієнтів, 75,8%), наявність метастазів у шийних ЛВ (17 пацієнтів, 51,5%). Вперше визначена кількісна ознака наявності пухлинного процесу у слинних залозах за значеннями коефіцієнта неоднорідності  $s$ , який відрізнявся в інтактних привушних залозах, при їх запальному та пухлинному ураженнях ( $s < 10$ ,  $s = 10-17$  та  $s = 20-37$  відповідно). Коефіцієнт неоднорідності  $s$  залежав від структури пухлини: чим більш гетерогенною була пухлина, тим вищим був її  $s$  – при солідній

структурі  $s$  становив 20–26 у 25 (75,8%) пацієнтів, при кістозно-солідній – 28–32 у 4 (12,1%) пацієнтів, при наявності некротичних ділянок – 24–28 (2 пацієнтів, 6,0%), кальцинатів – 33–37 (2 пацієнтів, 6,0%).

Для лімфатичних вузлів  $s$  також відрізнявся при відсутності патологічних змін (7 пацієнтів, 21,2%), при неспецифічних запальних (9 пацієнтів, 27,2%) і метастатичних (17 пацієнтів, 51,5%) змінах: до 10, 11–18 та 20–25 відповідно.

### Перспективи подальших досліджень

Подальша розробка комплексної МДКТ-семіотики новоутворень щелепно-лицьової ділянки.



## Література

1. Пат. на корисну модель № 100640 Україна, МПК А 61 В 8/08. Спосіб діагностики захворювань підшлункової залози / І.М. Дикан, К.П. Гордієнко, Б.А. Тарасюк, С.Б. Синюта ; ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України». – № заявки u201411004 ; заявл. 08.10.14 ; опубл. 10.08.15. – Бюл. № 15.
2. A rare case of bone metastases from adenocarcinoma of parotid gland / J. Conibear, C. Jayadev, A. Sharma [et al.] // Grand rounds. – 2009. – Vol. 9. – P. 59–62.
3. Accuracy of diagnosis of salivary gland tumors with the use of ultrasonography, computed tomography, and magnetic resonance imaging: a meta-analysis / Y. Liu, J. Li, Y. Tan [et al.] // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology. – 2015. – Vol. 119, Issue 2. – P. 238–245.
4. Can dual-time point 18-FDG PET-CT differentiate malignant salivary gland tumors from benign tumors? / A. Toriihara, S. Nakamura, K. Kubota [et al.] // American journal of roentgenology. – 2014. – Vol. 201, Issue 3. – P. 639–644.
5. CT features and pathologic characteristics of lymphoepithelial carcinoma of salivary glands / G. Zhang, J. Tang, Y. Pan [et al.] // Int. J. Clin. Exp. Pathol. – 2014. – № 7 (3). – P. 1004–1011.
6. Distinguishing benign from malignant parotid gland tumours: low-dose multi-phasic CT protocol with 5-minute delay / G. Q. Jin, D. K. Su, D. Xie [et al.] // Eur. Radiol. – 2011. – № 21. – P. 1692–1698.
7. MR Imaging of Parotid Tumors: Typical Lesion Characteristics in MR Imaging Improve Discrimination between Benign and Malignant Disease / A. Christea, C. Waldherr, R. Hallett [et al.] // AJNR. – 2011. – № 32. – P. 1202–1207.
8. Pictorial essay: Salivary gland imaging / R. Rastogi, S. Bhargava, G. J. Mallarajapatna, S. K. Singh // Indian J. Radiol Imaging. – 2012. – № 22. – P. 325–333.
9. Review of Salivary Gland Neoplasms / Victor Shing Howe To, Jimmy Yu Wai Chan, Raymond K. Y. Tsang and William I. Wei // ISRN Otolaryngology. – 2012. – Vol. 2012, Article ID 872982, 6 pages, doi:10.5402/2012/872982.
10. Thoeny H. C. Imaging of salivary gland tumours / H. C. Thoeny // Cancer Imaging. – 2007. – № 7 (1). – P. 52–62.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.11.2015 р.



## Возможности комплексной мультidetекторной компьютерной томографии в диагностике рака околоушных слюнных желез

Т.М. Козаренко<sup>1</sup>, Е.Ю. Логанихина<sup>1</sup>,  
С.Б. Синюта<sup>1</sup>, В.Р. Гурандо<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Институт ядерной медицины и лучевой диагностики НАМН Украины», г. Киев, Украина

<sup>2</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

**Цель** – усовершенствовать МДКТ-семиотику рака околоушных слюнных желез и разработать дифференциально-диагностические критерии данной нозологии.

**Материалы и методы.** На базе ГУ «Институт ядерной медицины и лучевой диагностики НАМН Украины» проведен ретроспективный анализ у 33 пациентов. Все обследования выполнены на аппарате Toshiba Aquilion One, 640 slices. Ретроспективная обработка результатов выполнена на рабочей станции компьютерного томографа с постпроцессинговым построением трехмерных и мультипланарной реконструкций, ангиограмм с расчетом коэффициента гетерогенности ( $c$ ).

**Результаты.** Определены наиболее характерные КТ-признаки рака околоушных слюнных желез и разработаны его дифференциально-диагностические признаки по подсчитанному коэффициенту гетерогенности: более высокие значения  $c$  по сравнению с таковыми для интактной железы впервые продемонстрировали, что паренхима слюнных желез при раке является более гетерогенной даже при незначительных различиях плотности опухоли и неповрежденных слюнных желез.

**Выводы.** Основные КТ-признаки рака околоушных желез: размеры опухоли 2–3 см (22 пациента, 66,7%), нечеткие контуры (19 пациентов, 57,6%), гомогенное накопления КР (25 пациентов, 75,8%), наличие метастазов в шейных ЛО (17 пациентов, 51,5%). Впервые определен коэффициент неоднородности  $c$ , который отличался в интактных околоушных железах, при их воспалительном и опухолевом поражении ( $c < 10$ ,  $c = 10–17$  и  $c = 20–37$  соответственно).

**Ключевые слова:** рак слюнных желез, мультidetекторная компьютерная томография, коэффициент гетерогенности.

## Possibility of integrated multidetector computed tomography in diagnosis of cancer of the parotid salivary glands

T.M. Kozarenko<sup>1</sup>, K.Yu. Loganihina<sup>1</sup>,  
S.B. Syniuta<sup>1</sup>, V.R. Gurando<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SI «Institute of Nuclear Medicine and Diagnostic radiation NAMS Ukraine», Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine

**Purpose** – to improve the MDCT-semiotics of cancer of the parotid salivary glands and to develop a differential diagnostic criteria for this nosology.

**Materials and methods.** On the basis of PI «is much IYAMPD» examined and carried out a retrospective analysis of 33 patients. All examinations performed on machine Toshiba Aquilion One, 640 slices. Retrospective analysis of the results was performed on a workstation with a computer tomograph postprocessing three dimensional and multiplanar reconstruction, angiograms to calculate the coefficient of heterogeneity ( $s$ ).

**Results.** The most typical CT signs of cancer of the parotid salivary glands and developed its differential diagnostic signs of podschitannymu coefficient of heterogeneity: higher values compared to those of intact cancer for the first time demonstrated that the parenchyma of salivary gland cancer is more heterogeneous, even with minor differences in density of the tumor and intact salivary glands.

**Conclusions.** The main CT signs of cancer of the parotid gland: tumor size 2–3 cm (22 patients, 66.7%), fuzzy contours (19 patients, 57.6%), homogeneous accumulation of the KR (25 patients, 75.8%), metastasis in the cervical LO (17 patients, 51.5%). For the first time defined a factor of heterogeneity, which differed in intact parotid gland, when inflammatory and neoplastic lesions ( $s < 10$ ,  $s = 10–17$  and  $s = 20–37$ , respectively).

**Key words:** cancer of the salivary glands, multidetector computed tomography, the heterogeneity factor.

## Відомості про авторів

**Козаренко Тетяна Маратівна** – д.мед.н., с.н.с. ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»; вул. Платона Майбороди, 32, м. Київ, 04050, Україна.

**Логаніхіна Катерина Юріївна** – к.мед. н., зав. відділу онкорадіології та передпухлинних захворювань ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»; вул. Платона Майбороди, 32, м. Київ, 04050, Україна.

**Синюта Сергій Борисович** – інженер 1-ї категорії ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»; вул. Платона Майбороди, 32, м. Київ, 04050, Україна.

**Гурандо В'ячеслав Радомирович** – к.мед.н., доц. кафедри ортопедичної стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.



УДК 316:618.4:159.962:616-055.26

Н.М. Братасюк<sup>1</sup>, У.В. Волошина<sup>2,3</sup>, О.О. Корчинська<sup>4</sup>

## СИСТЕМНИЙ ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД У РОБОТІ З ВАГІТНИМИ ПАРАМИ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ДО ПОЛОГІВ

<sup>1</sup>Лікувально-діагностичний медичний центр «Асклепій», м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>Ужгородський міський пологовий будинок, м. Ужгород, Україна

<sup>3</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

<sup>4</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Мета** – розробити психотерапевтичні методи супроводу вагітності, описати власний досвід застосування системного інтегративного підходу у веденні вагітних жінок та підготовці до пологів на базі Ужгородського пологового будинку, у медичному центрі «Асклепій».

**Матеріали та методи.** За час застосування методу дослідженням охоплено 30 подружніх вагітних пар, які погодились взяти участь у програмі. Використано засоби мистецтва, НЛП-технології, техніки коучінгу, бодинамічної гімнастики, дихальні практики самопомогі в пологах; методи сугестивного впливу – навіювання та релаксації для поліпшення контакту з тілом під час вагітності та пологів; самовираження в малюнках та інших арт-техніках.

**Результати.** Створено психологічні передумови радісного очікування народження дитини природнім шляхом; мати добре відчувала потреби новонародженого, що сприяло відсутності депресії в післяпологовому періоді в матерів. Татусі дбали про потреби своєї дружини та новонародженого. Стресову подію, якою є пологи, подружжя успішно додало спільно, ставши підтримкою одне одному. Така соціальна ситуація сприяла зміцненню родини в кризовий період українських реалій.

**Висновки.** Застосування системного інтегративного підходу підготовки вагітних пар до пологів сприяє:

- вихованню дитини від зачаття;
- встановленню вербального, емоційного контакту з дитиною;
- тактильному контакту з животином; усвідомленню, відчуванню рухів дитини, що розвиває контакт жінки з власним тілом, усвідомлення материнства;
- заохоченню батька до спілкування з малюком до народження, а це розвиває батьківську ідентичність, поліпшує відчуття потреби новонародженого, створює атмосферу доброти, радості, творить простір щасливого очікування пологів;
- заспокоєнню, розвиванню батьків і дитини.

**Ключові слова:** перинатальні технології, психологія, мати, дитина, пренейт, діадні стосунки, партнерські пологи, усвідомлене батьківство, програма, системний інтегративний підхід.

### Вступ

Забезпечення високої якості людського розвитку є головним пріоритетом в найбільш розвинутих країнах світу. Досягнутий у таких країнах високий рівень матеріального добробуту, освіти та тривалості життя поставив на порядок денний забезпечення нової якості людського розвитку. Невід'ємним інструментом цього процесу вважається можливість надання високого фахового рівня всіх видів послуг у медичній галузі, як от у сфері відповідального батьківства: впровадження новітніх перинатальних практик. Саме вони потребують особливої уваги щодо їх якості та ефективності використання.

Статистичні дані про вплив соціальних і психологічних факторів ризику матерів на стан здоров'я їхніх дітей спонукає до пошуку нових підходів у веденні вагітних жінок та підготовці до пологів. За наведеними

далі даними соціальна складова тісно пов'язана з самовідчуттям та ставленням до себе і вагітності.

**Мета роботи** – розробити психотерапевтичні методи супроводу вагітності, описати власний досвід застосування системного інтегративного підходу у веденні вагітних жінок та підготовці до пологів на базі Ужгородського пологового будинку, у медичному центрі «Асклепій».

### Матеріали та методи

За час застосування методу дослідженням охоплено 30 подружніх вагітних пар, які погодились взяти участь у програмі. Використано засоби мистецтва, НЛП-технології, техніки коучінгу, бодинамічної гімнастики, дихальні практики самопомогі в пологах; методи сугестивного впливу – навіювання та релаксації для покращення контакту з тілом під час вагітності та



пологів; самовираження в малюнках та інших арт-техніках.

### Результати дослідження та їх обговорення

Діагностично значущими соціальними та психологічними факторами ризику, які впливають на стан здоров'я дітей були: відсутність пренатального спостереження – 52,3%, невпорядковані статеві стосунки – 7,6%, обтяжений репродуктивний анамнез (початок статевих стосунків до 18 років – 36,3%, штучні аборти – 40,9%), низький освітній рівень – 56%, неадекватний психологічний стиль сприйняття вагітності (тривожний – 10%, ігноруючий стиль – 48,2%, знехтувальний – 7,7%) [7].

Отже, сприйняття матір'ю власної вагітності має певний вплив на стан здоров'я дитини та розвиток емоційного зв'язку в діадних материнсько-дитячих стосунках. Таким чином, історію наших стосунків можна поділити на етапи: пренатальних стосунків, перинатальний період і постнатальний [12].

Із початком нового життя починається боротьба: зароджена істота бореться за життя, її мати за те, щоб відторгнена яйцеклітина самовідновилася, створила із самої себе щось нове. Це нове має бути схоже на саму матір: таку гарну, розумну, бездоганну... Подібне бажання не усвідомлюється жінкою, а проявляється в житті в тому, що ми завжди прихильніше ставимося до дітей, схожих на нас. Усвідомлюється те, що відтворення самої себе неможливе (якщо йдеться не про клонування) [26].

Така боротьба фіксується в тілі нової істоти. У пренатальний період тілесний компонент є первинним, а психічний починає формуватися вже після народження дитини з материнських реакцій на оточуючий світ і життєві ситуації. Завершення боротьби полягає в тому, що дитина змінює свої уявлення про ворожу матір, щоб вижити і поєднатися з нею. Для матері доводиться знаходити порозуміння не тільки з чужинцем, але й з власною пренатальною пам'яттю. Через материнські тілесні репрезентації та її ментальні установки пренейт засвоюватиме знання про світ та своє місце в ньому, отримає на клітинному і тілесному рівні образ власного дому: теплого, безпечного місця, яке має чіткі межі, що утримують всередині. Так, як мати утримує в матці тіло дитини, так дитина вмітиме утримувати свої почуття, переживання, бажання і потреби всередині себе – у своєму тілі. В цьому сенсі тіло стає домом для психічних енергій [13, 29]. Теорія контентування як альфа-функції особистості, яка формується внутрішньоутробно завдяки матері й передається дитині як тілесний досвід «утримування» та «відображення» материнських, а відтак, і власних ментальних установок, тілесних відчуттів та емоцій [5]. І. Аршавський визначав період вагітності як такий, коли формуються індивідуальні особливості центральної нервової системи і навіть здібності [1].

«Ситуація зачаття», про яку писав С. Берн (1961 р.), є тим енергетичним стартом, який батьки дають своїй дитині [2]. Це може бути енергія любові і пристрасті, чіткого планування і розрахунку, інколи – ненависті і примусу. Була це планова вагітність, довгоочікувана, чи це

випадковість, це було насилля, чи взаємна пристрасть – від цього залежить ставлення до дитини батьків, наші життєві вибори, які ми робимо несвідомо, стратегія взаємодії зі світом, яку обиратиме дитина в житті, самовідчуття себе (самооцінка: Я – ОК, Я – не ОК), зрештою стосунки з батьками та іншими людьми складатимуться успішно або ні, здатність адаптуватися до середовища і світу, який швидко міняється. «Родові сценарії» безпосередньо впливають на стосунки між членами родини та життя людини в онтогенезі і беруть початок у пренатальних стосунках [3]. Найпоширенішими сценаріями Берн (1964 р.) вважав «походження» (чи мої батьки є моїми), «муки народження», «покалічена мати» (почуття провини перед матір'ю). Ці сценарії десь до 5–6 років остаточно формуються і починають впливати на життя людини та її оточення.

Про «унікальний досвід» зачаття, внутрішньоутробного життя, народження та кількох годин після писав Дж. Грехем (2001 р.). Зачаття та пренатальні стосунки лежать в основі багатьох психічних розладів (неврозів, депресії). Про це писали Зігмунд Фройд (1915–1917 рр.) та Анна Фройд (1957 р.), М. Кляйн (1932 р.).

У пренатальний період засвоюються базові почуття, такі як страх смерті, провини та інші. С. Гроф (1991 р.) писав про пренатальні переживання страху, агресії, блаженства, спокою. Про досвід народження як перехід від стану переважного комфорту і блаженства через страх, тривогу, біль, фізичні і психічні страждання до відчуттів вивільнення, свободи, релаксації і далі знов до попередніх станів дискомфорту при виникненні стресових для організму ситуацій. В онтогенезі це повторюється циклічно. Наскільки сильними будуть такі переживання в життєвих ситуаціях залежить саме від пренатального досвіду. Витримувати ситуацію «безвихідності», коли пологові шляхи ще закриті, а «райське» життя в материнській утробі зникло, доводиться дитині в першому періоді пологів [13]. Границі стають такими, які вже не захищають, а навпаки, створюють напруження і дискомфорт, які наростатимуть. Адаптуватись, бути, а коли пологові шляхи будуть відкриті – боротись за себе, долаючи страх, біль та витримуючи сильне напруження і здавлювання, проходити через пологові шляхи, здобувши як нагороду власне народження [21].

Мати даючи місце власній дитині у своїй матці, запускає потужні психічні процеси, які з двох «чужинців» роблять близьких і люблячих одне одного людей. На цей процес впливають і несвідомі, приховані мотиви до народження дитини.

Вони поділяються на конструктивні і деструктивні. Саме їх доцільно виявляти при постановці вагітних на облік у жіночій консультації. Натомість, встановлюється тільки такий етичний момент, як «бажана / небажана вагітність». До речі, часто жінки говорять неправду лікарям. Інколи вони самі не усвідомлюють свій обман, так свято у нього вірять.

Отже, *конструктивні мотиви* базуються на почутті любові: неусвідомлене прагнення безсмертя –



бажання відтворитися в іншому; вдячність коханій людині за спільне щасливе життя – бажання народити спільну дитину; виховати хорошу людину – мотив творчості, створення.

*Деструктивні мотиви такі:* змусити одружитися, отримати соціальну допомогу, зберегти таким чином стосунки; бути, як усі; довести батькам, що вже доросла / дорослий; позбутися самотності, змінити соціальний статус, змусити батьків змиритися зі шлюбом.

Біо-психо-соціальні фактори впливають на ситуацію зачаття і вагітність та супроводжуються протилежними переживаннями. Дитина виявляє себе в полі материнських патернів [19]. Вона перебуває в одному емоційному, психологічному, духовному полі з матір'ю. Пренеїту доведеться інтерналізувати материнську злість і почуття провини за її власну змінність, а матері – прийняти «чужинця» у своїй матці [28]. Такий буде шлях взаємного прийняття. Згодом матір стане для дитяти «дзеркалом», в якому відобразиться світ та її суб'єктивне сприйняття власної вагітності [6]. Отже, з точки зору психодинамічних концепцій, пре- та перинатальний період є тим часом, коли закладається картинка світу в діадах «Я – мати», «Я – світ».

Неповторний досвід народження, за С. Грофом (1991 р.), накладає відбиток на моделі взаємодії та стратегії поведінки людини в майбутньому. Світ може зустріти дитя маминими обіймами і живильним молоком або гучними звуками лікарняної палати та «чужими» руками медперсоналу. Завдяки досвіду народження одні діти несуть у наш світ радість і любов, інші – недовіру і ворожість. Отже, як писав З. Фройд (1916–1917 рр.), тілесність первинна: де було тілесне відчуття, з'являється думка, яка стає спогадом.

Такі погляди на вагітність і пологи представників різних психодинамічних концепцій спонукають до переосмислення підходів у підготовці до пологів та народження дитини.

Практичний підхід підготовки до партнерських пологів, при якому створюються умови для вдосконалення взаємозв'язку на рівні тілесних репрезентацій та менталізації останніх отримав назву системного інтегративного підходу. Він випробуваний кількарічною практикою підготовки вагітних жінок і подружніх пар у медичному центрі «Асклепій» та жіночих консультаціях Ужгородського міського пологового будинку, вважається екологічним, тобто позбавленим проти показань у застосуванні.

Програма враховує індивідуальні особливості кожної подружньої пари, а також їх власний запит на підготовку. Дані результатів психологічних діагностик дають змогу коригувати змістову частину програми та вибір методик і технік для максимального забезпечення клієнтського запиту і досягнення позитивної динаміки в процесі підготовки до пологів.

Інтегративний підхід передбачає використання методів різних напрямків психотерапії для вирішення завдань у роботі психологічної служби допологової підготовки.

Так, методики *системного сімейного підходу* дають можливість проаналізувати тип сімейної системи, ступінь її ригідності щодо зовнішніх впливів, взаємозв'язки і взаємовпливи всередині системи.

*Психодинамічний (психоаналітичний) підхід* дає розуміння мотивів вагітності (свідомих, несвідомих), несвідомих психологічних конфліктів, які можуть стати причиною невиношування вагітності та ускладнень у пологах.

*Бодинамічний підхід* передбачає роботу з тілом, а через тіло з емоціями (контакт із тілом, з маткою, з дитиною; дихання в пологах; контейнування (утримування) емоцій і тілесних відчуттів; техніки, які готують тіло до пологів і які використовуються безпосередньо в пологах; робота зі смислами; поняття (тілесне) про перейми і потуги; формування відчуття власного внутрішнього ресурсу; походження пологового болю).

*Перинатальна психологія і психотерапія* враховує фізіологічні, ментальні, емоційні особливості вагітної жінки, вагітної пари, що є визначальним у підборі виду психологічного супроводу і технік, які плануються використовувати.

*Арт-терапевтичні методики* є такими, що дають змогу опрацювати психічні стани, виконуючи при цьому і діагностичну функцію (арт: малювання, ліпка, створення колажів, ручні нароби; бібліотерапія: використання літератури, поезії; вокалотерапія: звуконаслідування).

*НЛП-техніки, техніки коучінгу:* робота з програмуванням фізіологічних, легких пологів.

*Гіпно-сугестивні техніки:* допомагають досягти максимального розслаблення в пологах, відстежувати власні відчуття, бути в контакті зі своїм тілом.

Опис етапів роботи в системному інтегративному підході:

- Визначення стратегії роботи з вагітними з метою підготовки до пологів із мінімальними больовими відчуттями.

- Робота зі смислами та інформацією (закони пологів, роль партнера в пологах, його завдання і значення; емоційний зв'язок із дитиною, бондінг, холдінг).

- Програмування благополучних і легких пологів (НЛП-техніки, прийоми коучінгу).

- Тілесні техніки: Mind Body, Flowidity (техніки індивідуальні, групові, для роботи в парі; техніки, які готують тіло до пологів і використовуються безпосередньо в пологах), гаптономія (техніки внутрішньоутробного контакту з дитиною).

- Гіпно-сугестивні техніки в роботі з вагітними (навички релаксації).

На сьогодні відомо, що власне «Я» виводиться із взаємозв'язку двох істот і є фізичною єдністю [27]. Існує ряд досліджень і спостережень, в яких описані чуттєві здібності пренатальної дитини, її когнітивні, афективні дії, доволі складний зв'язок із матір'ю та позаматковим оточенням. Дедалі чіткіше простежуються обриси соціальних сфер, які можуть бути відображенням внутрішньоматкового зв'язку. Він формується завдяки



безпосередньому контакту з дитиною через поєднання з маткою. Менталізація відбувається завдяки персоніфікації зв'язку, що маніфестується через взаємозв'язок. Дитина, сприймаючи відображення матір'ю своїх дій, регулює і уточнює власні дії, афективні стани. Пренейт відрізняє себе від матері, емпатичні відповіді стають точнішими зі збільшенням точності сприйняття знаків обох.

На думку Барбари Якель (2001 р.), за допомогою аналізу діадних зв'язків «мати–дитина» стає можливим розуміння репрезентації фізичного «Я» дитини і подальша їх корекція для того, щоб у майбутньому дитина могла розвиватись не за зразком материнських репрезентацій, а автономно.

Перинатальна психологія вважається суміжною дисципліною до гінекології, ембріології, цитології, імунології, психотерапії, педагогіки, в такому ж міждисциплінарному підході доцільно вибудовувати програму підготовки вагітних пар до партнерських пологів. Представлений нижче варіант такої програми може стати приводом до обговорення, дискусій та обміну досвідом з усіма зацікавленими в питанні підготовки вагітних пар до партнерських пологів.

#### **Короткий опис навчальних модулів**

Тема 1. Вагітність: взаємодія фантазій і реальності! (базові концепції перинатальної психології та психотерапії).

##### Навчальні модулі:

1. Психологічна домінанта вагітності, психофізіологічні аспекти зачаття (клітинна пам'ять плоду).

2. Вагітність як один з основних моментів формування жіночої ідентичності, мотивація вагітності, психологічні зміни в психоемоційній сфері вагітної жінки за триместрами.

3. Основні психосоматичні механізми проживання вагітності та їх вплив на результат пологів, попередження пологових ускладнень під час вагітності, вплив культурних традицій на вагітність і пологи (історичні аспекти) та їх вплив на формування і розвиток перинатальної психології.

4. Зв'язок строку народження дитини з типом переживання вагітності, робота з темою страхів і переживань у вагітних жінок.

5. Вибрані психотехніки перинатальної психології – мультимодальний підхід у перинатальній психотерапії.

6. Арт-терапія і музикотерапія під час вагітності і пологів, діагностичні й терапевтичні можливості (малювання, ліпка, аплікації).

7. Робота з мандалою («коло», «диск», що використовується в психотерапії, при медитаціях тощо) як спосіб екстреної короткотермінової терапії, терапія з творчим самовираженням, створення оберегів для вагітної жінки.

8. Техніки тілесно-орієнтованої психотерапії під час вагітності (робота з опорами, голосові практики) дихання, медитативні практики.

9. Використання технік травмотерапії (метод EMDR) у роботі з вагітними жінками.

Тема 2. «М'яке народження» – психологічні аспекти біомеханізму пологового процесу.

##### Навчальні модулі:

1. Концепція болю в пологах, поріг больової чутливості, механізми регулювання больової чутливості, фізіологічне призначення болю, принципи самознеболювання.

2. Пологи з партнером – «за» чи «проти», культурні традиції щодо участі чоловіків у пологах, погляди сучасних акушерів та психологів (Мішель Оден).

3. Ефективні психотерапевтичні техніки для роботи в пологах (у період супроводу пологів у пологовому будинку).

4. Тілесно-орієнтовані техніки підготовки до потужного періоду: вправи з бодинамічного аналізу Лізбет Марчер, голосові практики для потужного періоду, дихальні практики.

5. Змінні стани свідомості під час вагітності й пологів як ресурс для психотрансформації.

6. Варіанти позицій у пологах, використання натуральних лікарських засобів у процесі пологів, техніки мексиканських акушерок, засновані на використанні ребозо (мексиканський сленг).

7. Перша та друга стадії пологів: техніки котрі допомагають жінці легко пройти через першу стадію пологів, проблема затяжних пологів (відсутність прогресу в пологах), нестандартні пологи, медичне втручання тощо.

8. Друга стадія пологів – біомеханізм потужного періоду, можливі проблеми другого періоду пологів (дистоція плічок, рання амніотомія, сідничне передлежання тощо).

9. Кесарів розтин та можливі, пов'язані з ним, емоційні проблеми.

10. Сексуальні пологи: природний аспект пологів, сексуальна енергія і можливі варіанти включення її до пологів, функції гормону окситоцину і його зв'язок з адреналіном у пологовому процесі.

Тема 3. Тіло і пологи: стратегії минулого і стратегії майбутнього – техніки тілесно-орієнтованої психотерапії в роботі з вагітними жінками.

##### Навчальні модулі:

1. Тілесно-орієнтований підхід у роботі перинатального психолога та акушера-гінеколога – інтегративний варіант роботи.

2. Вибрані техніки тілесної терапії (метод М. Фінделькрайза, біоенергетичні техніки Александра Лоуена тощо).

3. Робота із залученням енергії м'язів у період вагітності (техніки бодинамічного аналізу).

4. Практичні методи роботи мексиканських акушерок, техніки і традиції повивального мистецтва та їх застосування в умовах сучасних пологових будинків.

5. Вправи для повороту дитини при сідничному передлежанні. Стихія води і її значення для пологів,



рекомендації з використання контакту з водою для успішного проживання періоду переходу у пологи.

**Тема 4.** «Вагітна пара» – особливості роботи з сімейними парами в перинатальний період життєвого циклу сім'ї.

**Навчальні модулі:**

1. Поняття, мета та закони системної сімейної терапії, потреби членів сім'ї, комфортний і некомфортний простір сім'ї, жіноча і чоловіча позиції, закони сім'ї, межі сім'ї тощо.

2. Види шлюбу за критерієм народження дітей, теорія альянсів у сімейній системі.

3. Діагностика сімейної системи (складання генограм, малюнкові тести та їх розшифрування, діагностика сексуальної близькості за малюнком).

4. Сексуальна енергія пологів і робота з нею.

5. Вибрані техніки роботи із сімейними парами в період вагітності (арт-терапія, тілесно-орієнтована психотерапія, інтегративні методики).

6. Особливості функціонування сімейної системи на новому етапі, розширення ролей, зміна меж сім'ї, особливості подружньої взаємодії.

7. Робота з особистою та сімейною історією, динаміка відносин матері, дитини, чоловіка і жінки.

**Тема 5.** Батьківство – зв'язок роботи психолога, гінеколога та педіатра.

**Навчальні модулі:**

1. Грудне вигодовування, підготовка до грудного вигодовування, мотивація молодих мам до грудного вигодовування, корисні функції грудного вигодовування, основні правила і прийоми.

2. Біологічні і психологічні теорії розвитку, психічні потреби дитини.

3. Особливості психодинамічного та фізіологічного розвитку дитини, вікова психологія немовлят, виховання новонародженої дитини.

4. Психомоторний розвиток дитини першого року життя, становлення базової довіри до світу, теорія бодинамічного аналізу в концепції розвитку об'єктних відносин.

5. Нейропсихологія раннього дитячого віку, варіанти дизонтогенезу, нейропсихічна корекція в дитячому віці.

6. Особливості догляду за дитиною 1-го року життя. Що необхідно знати молодим батькам?

7. Психотерапія психосоматичних і афективних розладів у жінок після пологів, корекція таких розладів.

8. Медитативні техніки і тілесні техніки релаксації, м'які ресурсні медитації, тілесні транс, тілесна релаксаційна гомеопатія.

**Висновки**

Застосування системного інтегративного підходу підготовки вагітних пар до пологів сприяє:

- вихованню дитини від зачаття;
- встановленню вербального, емоційного контакту з дитиною;
- тактильному контакту з животином;
- усвідомленню, відчуженню рухів дитини, що розвиває контакт жінки з власним тілом, усвідомлення материнства;
- заохоченню батька до спілкування з малюком до народження, що розвиває батьківську ідентичність, поліпшує відчуження потреби новонародженого, створює атмосферу доброти, радості, творить простір щасливого очікування пологів;
- заспокоєнню, розвиванню батьків і дитини.

**Перспективи досліджень** полягають у подальшому вивченні даної проблеми.

**Література**

1. *Аршавский И.* Очерки по возрастной физиологии / И. Аршавский. – Москва, 1967. – 476 с.
2. *Берн Э.* Люди, которые играют в игры. Игры, в которые играют люди / Э. Берн. – Москва, 2001. – 473 с.
3. *Берн Э.* Трансактный анализ в психотерапии: Системная индивидуальная и социальная психотерапия / Э. Берн. ; пер. с англ. А. Калмыкова и В. Калиненко. – Москва : Академический Проект, 2006. – 320 с.
4. *Бріш Карл Гайнц* Розлади прив'язаності від теорії до терапії : посібник / Бріш Карл Гайнц. – Львів, 2012. – 314 с.
5. *Бион Р.* Уилфред Вниманіе и интерпретация / Уилфред Р. Бион. – Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2010. – 192 с.
6. *Винникотт Д.* Маленькие дети и их матери [Электронный ресурс] / Д. Винникотт. – Режим доступа : <http://www.natasha.ru>. – Название с экрана.
7. *Вплив соціальних і психологічних факторів ризику матерів на стан здоров'я дітей* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mif-ua.com>. – Назва з екрана.
8. *Грехем Д.* Как стать родителем самому себе [Электронный ресурс] / Д. Грецем. – Режим доступа : <http://www.roob.ru>. – Название с экрана.
9. *Гроф С.* Путешествие в поисках себя [Электронный ресурс] / С. Гроф. – Режим доступа : <http://bookz.ru/authors/grof-stanislaw/grofstns08/1-grofstns08.html>. – Название с экрана.
10. *Дитяча та юнацька психотерапія* / Теорія і практика ; за заг. ред. Г. Католик. – Львів, 2009. – 311 с.



11. Добряков И. В ожидании ребенка / И. Добряков // Здоровые роды – счастливый малыш. – Санкт-Петербург : ИК «Комплект», 1998. – С. 11–86.
12. Добряков И. Перинатальная психотерапия / И. Добряков // Современные проблемы психоневрологии. – Санкт-Петербург : СПб. НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2002. – С. 46.
13. Инглиш Джейн «Different doorway», 1985. – 136 с.
14. Католик Г. Психологія розвитку: бути лідером / Г. Католик // Матеріали проекту «Літній ІГЛ». – Львів, 2007. – 136 с.
15. Кон И. Введение в сексологию: учебное пособие / И. Кон. – Москва : Олимп, ННФРА-М, 1999. – 288 с.
16. Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников / М. Кляйн ; пер. с англ. А.Ф. Ускова. – Санкт-Петербург : Б.С.К., 1997. – 97 с.
17. Лоуэн А. Депрессия и тело / А. Лоуэн ; пер. с англ. Г. Пимочкиной, С. Римского; под ред. С. Римского. – Москва : Психотерапия, 2010. – 312 с.
18. Оден М. Кесарево сечение. Безопасный выход или угроза будущему, 2009 [Электронный ресурс] / М. Оден. – Режим доступа : <http://rody-doma.narod.ru/public-5.html>. – Название с экрана.
19. Психологічна та психотерапевтична допомога дітям та молоді // Матеріали доповідей та повідомлень VII обласної науково-практичної конференції. – Ужгород, 2010. – 65 с.
20. Ранк О. Миф о рождении героя / О. Ранк. – Москва : Релф-бук, Ваклер, 1997. – 252 с.
21. Ранк О. Травма рождения и ее значение для психоанализа / О. Ранк. – Москва : Когито-центр, 2009. – 237 с.
22. Эйдмиллер Э. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Эйдмиллер, И. Добряков, И. Никольская. – Санкт-Петербург, 2006. – 260 с.
23. Эйдмиллер Э. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Эйдмиллер, И. Добряков, И. Никольская. – Санкт-Петербург, 2006. – 260 с.
24. Фрейд З. Вступ до психоаналізу. Лекції [Електронний ресурс] / З. Фрейд. – Режим доступу : <http://www.bukvar.su>. – Назва з екрана.
25. Brown R. Understanding boundaries and containment in clinical practice, 2008 [Electronic resource] / R. Brown, K.Stobart. – Access mode : <http://www.amazon.co.uk>. – Title from screen.
26. Jakel B. Bipolar Self: body psychotherapy, spirituality and bonding – searching for identity / B. Jakel // Int. Journal of Psychotherapy. – 2001. – Vol. 6, № 2. – Access mode : <http://www.barbarajakel.at/ppp-curriculum-en.html>. – Title from screen.
27. Freybergh F. Prenatal and Perinatal Psychologie and Medisine: The New Interdiscipline Science and Practise in the Changing World / F. Freybergh; Eloadas: Elhangzott az ISPPM budapesti kongresszusán. – Budapest, 1996. – 133 p.
28. Meistermann-Seeger E. Wodurch kommt es zur Abtreibung? Diagnose einer biologischen Kriese [Electronic resource] / E. Meistermann-Seeger // Unveroffentlichter Vortrag. – 1991. – Access mode : <http://www.koob.ru>. – Title from screen.
29. Verdult R. Caesarean birth: psychological aspects in babies / R. Verdult. – 2009.
30. Verry Thomas M.D. The Secret Life of the Unborn Child / M.D. Thomas Verry with John Kelly. – Dell, 1981. – 117 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.11.2015 р.

#### Системный интегративный подход в работе с беременными парами на этапе подготовки к родам

Н.М. Братасюк<sup>1</sup>, У.В. Волошина<sup>2, 3</sup>, О.А. Корчинская<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Лечебно-диагностический медицинский центр  
«Асклепий», г. Ужгород, Украина

<sup>2</sup>Ужгородский городской родильный дом,  
г. Ужгород, Украина

<sup>3</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

<sup>4</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – разработка психотерапевтических методов сопровождения беременности, описание собственного опыта применения системного интегративного подхода в

ведении беременных женщин и подготовке к родам на базе Ужгородского роддома, в медицинском центре «Асклепий».

**Материалы и методы.** За время применения метода исследованием охвачено 30 супружеских беременных пар, согласившихся принять участие в программе. Использованы средства искусства, НЛП-технологии, техники коучинга, бодинамической гимнастики и дыхательные практики самопомощи в родах; методы суггестивного воздействия – внушение и релаксации для улучшения контакта с телом во время беременности и родов; самовыражения в рисунках и других арт-техниках.

**Результаты.** Созданы предпосылки для радостного ожидания рождения ребенка естественным путем. Мать хорошо чувствовала потребности новорожденного, что способствовало отсутствию депрессии в послеродовом периоде у матерей. Папы заботились о потребностях



роженниці і новорожденного. Стресове подія, яким є народи, подружжя успішно проживали разом, став підтримкою один одному. Така соціальна ситуація сприяла зміцненню сім'ї в кризовий період українських реалій.

**Висновки.** Застосування системного інтегративного підходу підготовки вагітних пар до народів сприяє:

- вихованню дитини від зачаття;
- встановленню вербального, емоційного контакту з дитиною;
- тактильному контакту з животиною, усвідомленню, відчуттю рухів дитини, що сприяє розвитку контакту жінки з власним тілом, усвідомленню власного материнства;
- поощренню батька до спілкування з малюком до народження, що розвиває батьківську ідентичність, покращує розуміння потреб новонародженого, формує передумови активного участя батька в вихованні дитини, створює атмосферу доброти, простоту щасливого очікування народів;
- заспокоєнню, розвитку батьків і дитини.

**Ключові слова:** перинатальні технології, психологія, мати, дитина, пренейт, діадні відносини, партнерські роди, усвідомлене батьківство, програма, системний інтегративний підхід.

#### Systemic integrative approach in working with pregnant couples in preparation for childbirth

*N.M. Bratasiuk<sup>1</sup>, U.V. Voloshyna<sup>2,3</sup>, O.O. Korchynska<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Medical Centre of Diagnostics and Treatment «Asclepiy», Uzhgorod, Ukraine

<sup>2</sup>Uzhgorod Labour Centre, Uzhgorod, Ukraine

<sup>3</sup>SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

<sup>4</sup>SHEI «Uzhgorod National University», Uzhgorod, Ukraine

**Purpose** – introduction of new perinatal practices; development of psychotherapeutic techniques designed to detect and eliminate the effects of mainstreaming perinatal problems in the psyche of an adult; description of their experience of integration of a systematic approach in conducting and preparing pregnant women for childbirth at

the Uzhgorod and the hospital practice training pregnant women and couples at the medical center «Asclepiy».

**Materials and methods.** A systematic integrative approach used in preparation for childbirth during the year. By applying the method to work with pregnant women covered by our study of 30 couples who have expressed consent to participate in the program. The use of art, technology and NLP coaching techniques, bodinamismo gymnastics and breathing practices that affect «the emotions through the body – through the body to the emotions»; Methods suggestive effect – relaxation and suggestion to improve contact with the body during pregnancy and childbirth; expressions in drawings and other art techniques.

**Results.** Robo result of joint with the latest perinatal approach was created preconditions for having children naturally; have well felt needs of the child, which contributed to the absence of depressive mood and depression to postpartum mothers. Fathers were included in the needs of his wife and newborn baby. Stressful events, which are births couple plodded along together successfully, becoming a support to each other. Such social situation has contributed to strengthening the family in times of crisis Ukrainian realities.

**Conclusions.** Systemic integrative approach couples prepare for childbirth pregnant helps:

- education of the child from conception;
- verbal contact with the child, talk about events happening to you, her expression of his love: «I love you. I'm waiting for you» «promotes emotional communication in dyadic relationships» mother-child»;
- tactile contact with the tummy, awareness and feeling of movement encourages the development of child contact women with their own bodies and their own understanding of motherhood;
- encouraging the man to communicate with your baby before birth in order to develop parental identity; improves feeling newborn needs, actively involved in the education of the child; distinguish the voices of the unborn child mother and father, therefore, the atmosphere of kindness, joy will make room happy expectation of childbirth; creativity soothing, distracting and develops not only parents but also children;
- creativity parents – lay the seed of creativity in a child that sprout in the future.

**Key words:** perinatal care, psychology, mother, child, preneyt, dyadic relationships, partnerships birth, conscious parenting program, a systematic approach integrative, body.

#### Відомості про авторів

**Братасюк Наталія Михайлівна** – психолог, перинатальний психолог медичного центру «Асклепій», м. Ужгород, вул. Другетів, 97; Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Волошина Уляна Володимирівна** – лікар-неонатолог вищої категорії Ужгородського міського пологового будинку; пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Корчинська Оксана Олександрівна** – д.мед.н., проф. кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.



## НАЙСТАРІША ЛІКАРНЯ КИЄВА – КИРИЛІВСЬКА: ШЛЯХ ВІД БОГАДІЛЬНІ ДО ГУБЕРНСЬКОЇ ЗЕМСЬКОЇ ЛІКАРНІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – показати становлення медичної допомоги в Києві на прикладі Києво-Кирилівської лікарні.

**Матеріали:** звіти медичних закладів, правові документи, праці київських лікарів, істориків медицини.

**Методи:** системного підходу, контент-аналізу, порівняно-історичний, проблемно-хронологічний, джерелознавчого, історіографічного аналізу.

**Результати.** Після указу 1775 р. про створення приказів громадського опікування у Кирилівському монастирі, у 1786 р. відкрито інвалідний будинок, який знаменував початок Кирилівських богоугодних закладів. У 1830-х роках ці заклади перетворено на лікарню на 200 ліжок. У 1872–1876 рр. побудовано 9 павільйонів для психічно хворих, приміщення для богадільні та фельдшерської школи, а в 1891 р. – для жіночого терапевтичного та чоловічого хірургічного відділень. У 1904–1905 рр. лікарню розширено до 680 ліжок, а в 1906–1911 рр., із запровадженням земства, започатковано створення на її базі губернської земської лікарні, яке загальмовано світовою війною і революцією.

**Висновки.** У XIX – поч. XX ст. у Києві відбулося становлення сучасної системи медичної допомоги, яскравим прикладом якого є історія Кирилівської лікарні.

**Ключові слова:** Київ, Кирилівська лікарня, монастирська, приказна, земська медицина.

### Вступ

Організація медичної допомоги пройшла складний шлях. Після тривалого періоду само- і взаємодопомоги її суб'єктами стали знахарі і ворожити, які намагалися лікувати людей заклинаннями, закліттами і замовляннями, іншими містичними обрядами, а також зіллям, зібраним у лісах, на луках і болотах, і тому називалися «зелійниками».

З прийняттям християнства, розвитком писемності, культурних зв'язків із Візантією та країнами Європи на Русі з'явилися перекладні та оригінальні праці, у т.ч. з медичної тематики. Лікувальною справою почали займатися не лише знахарі, але й освічені монахи і навіть представники аристократії. З'явилися осередки емпіричної медицини, переважно в монастирях, де хворим і калікам надавалася добродійна медична допомога. Поступово вони перетворилися в спеціальні заклади – «лічниці», де допомогу надавали порівняно освічені «лічці», «лічителі», «врачи», а також було започатковане навчання лікарського мистецтва.

Звичайно, і такі фахівці, і такі заклади переважно з'являлися у великих культурних центрах, яким на Русі-Україні був Київ [2, 12, 15].

Першими «лічцями» («врачевателями») стали засновники Києво-Печерського монастиря (1051 р.) Антоній і особливо Феодосій. Цілителями також були Іпатій, Сисой, преподобні Логин і Агафон-чудотворець [1].

При монастирях стали виникати гостинні («странноприймні») будинки, які називалися шпиталями, або госпіталями (від лат. hospes). На початку XII ст. перший такий шпиталь відкрив князь Микола (Нікола) Святоша (світське ім'я – Панкратій

Святославович). Серед київських «літців» найбільше прославилися святі Агапіт і Аліпій, перший дитячий лікар Даміан-цілитель і фармацевт Прохор, а також приїжджі зі Сходу Ормянин і Сириян.

У XVII ст. на Подолі з'явився «шпиталь» запорізького гетьмана Самійла Кишки [9]. При Братському училищному Богооявленському монастирі був побудований «странноприймний будинок для людей убогих і немічних як духовних, так і світських, у битвах покалічених» [7].

З 1612 р. біля цього монастиря існувало подвір'я Межигірського монастиря, розташованого за 18 верст від Києва. На ньому збудована «келейна» церква св. Пантелеймона-цілителя, де священнослужителі надавали допомогу бідним, хворим і немічним [14].

У XVII–XVIII ст. козацький «шпиталь» існував у Межигірському монастирі, де отримували медичну допомогу і піклування на старості козаки-запорожці. Починаючи з XII ст., богомольці одержували медичну допомогу в Михайлівському Золотоверхому монастирі [5]. Не виключено, що медичну допомогу надавали людям і в Кирилівському монастирі, але документів про це не залишилося [8].

Заснований чернігівськими князями у XI ст. Видубицький монастир, опікуваний гетьманом Даниилом Апостолом і козацькою старшиною, наприкінці XVIII ст. за розпорядженням Синоду одержав статус «лікарняного» для лікування священнослужителів [4, 13].

Серед лікувальних закладів Києва в першій половині XVIII ст. у сповідальних розписах Десятинної Богородицької церкви згаданий «шпиталь Смородинів», відкритий і утримуваний за власний рахунок старости



цієї церкви, колишнього козацького пушкаря Ігнатія Кузьмича Смородинова [1].

У XVIII ст. важливу роль у наданні медичної допомоги населенню Києва відігравали цирульники. На жаль, навіть таких спеціалістів було дуже мало. Тому в 1597 р., коли король Сигізмунд III підписав документ про запровадження в Києві цехів, то «різальників» він приєднав до цеху кравців. Лише 30 липня 1769 р. київський війт Григорій Пивоваров і бурмістр Данило Величковський разом із членами магістрату підписали документ про утворення в місті самостійного цеху цирульників [1].

Проте зрозуміло, що згадані заклади не були лікарнями в сучасному розумінні цього слова, де лікуванням мали займатися фахівці зі спеціальною медичною освітою – лікарі та їхні професійні помічники – фельдшери й повивальні бабки-акушерки.

**Мета роботи** – показати становлення сучасної медичної допомоги в місті Києві на прикладі найстарішої Києво-Кирилівської лікарні.

**Матеріалами** були звіти медичних закладів і правові документи, які регламентували їх роботу, а також окремі праці київських лікарів та істориків медицини. Для аналізу матеріалу використовувалися **методи** системного підходу, контент-аналізу, порівняно-історичний, проблемно-хронологічний, джерелознавчого та історіографічного аналізу.

### Результати дослідження та їх обговорення

7 листопада 1775 р. вийшов Указ про створення приказів громадського опікування, на які були покладені обов'язки щодо створення, утримання та управління богоугодними закладами – сиротинцями і виховними будинками, лікарнями і будинками для божевільних, богадільнями, робітними будинками тощо. Ще раніше імператриця Катерина II веліла створювати будинки для божевільних на базі монастирів.

На виконання цих постанов на місці Кирилівського монастиря, заснованого у XII ст., 13 червня 1786 р. відкрито інвалідний будинок. Цю дату прийнято вважати початком існування Кирилівських богоугодних закладів [3, 10].

Спочатку вони містилися в колишніх келіях монахів, але в 1823 р. на території монастиря побудовано дві великі кам'яниці, де розташувалася лікарня з двох відділень.

Кирилівська лікарня керувалася статутом лікувальних закладів цивільного відомства, виданого у

1851 р. Оскільки населення Києва швидко зростало, то число хворих у лікарні щорічно збільшувалося на 12%.

Поступово лікарня розширювалася та розвивалася. Якщо в 1835 р. в ній було 80 штатних ліжок, то через 17 років (у 1852 р.) – 180. Відповідно до нових потреб зростаючого населення Києва і кількості хворих, 28 липня 1866 р. розширено штати Кирилівських богоугодних закладів. І хоча на той час у них мало бути 200 хворих і 60 осіб у будинку божевільних, у 1868–1969 рр. їх загальна кількість досягала 320 осіб. Тому в 1869 р. з ініціативи генерал-губернатора князя Дондукова-Корсакова створено комісію, яка вирішила відкрити нове відділення на 50 ліжок, а в половині 1870-х років збудовано 9 дерев'яних павільйонів для божевільних. В інших будівлях розташовано соматичні відділення, за межами лікарні – інфекційне відділення, а також богадільня на 260 осіб.

Загальне число соматичних хворих збільшилося до 250 осіб, хоча місць фактично було 270, але через 20 років (1887–1889 рр.) їх стало недостатньо. Тому був побудований кам'яний барак на 20–25 осіб, і постало питання про будівництво нового приміщення для хірургічних хворих.

Оскільки кількість хворих у лікарні щорічно зростала на 12%, постійно спостерігалися перевитрати, які до 1893 р. поповнювалися казною, а потім припинилися. У 1890–1891 рр. особливо збільшилася кількість хворих на сифіліс, які підлягали безкоштовному лікуванню. Тому приходилося обмежувати, а часом, і припиняти прийом хворих.

У 1894 р. штатне число ліжок становило 368, у т.ч. для соматичних – 200, для психічно хворих – 168. Цей штат, особливо для психічно хворих, був надзвичайно малим. У 1895 р. за кошторисом належало утримувати 680 хворих, у т.ч. 430 психічно хворих (240 чоловіків і 190 жінок), близько 200 (120 чоловіків і 80 жінок) хворих на сифіліс, а інших 50 (30 чоловіків і 20 жінок) – терапевтичних і хірургічних хворих, але кількість останніх була приблизною, оскільки залежала від поповнення психіатричних і сифілітичного відділення.

Лікарні утримувалися за рахунок Приказу громадського опікування, але, оскільки цих коштів не вистачало, частина коштів відпускалася з губерньського земського збору (табл. 1).

Вартість харчування одного хворого становила 16,98 коп. на добу. Розмір плати за лікування – 7 крб 20 коп. на місяць.

Про обсяг і якість роботи Кирилівської лікарні у 1890–1894 рр. свідчать дані про рух хворих (табл. 2).

Таблиця 1  
**Витрати на утримання  
Кирилівської лікарні (1890–1894 рр.)**

Рік	1890	1891	1892	1893	1894
Середнє добове число зайнятих ліжок	670	804	807	832	696
Витрати по лікарні, виключаючи кошти на ремонт (крб)	134760	152874	149823	153037	122973
Вартість одного ліжка (крб)	201,13	190,14	185,65	183,94	176,68



Таблиця 2  
Рух хворих Кирилівської лікарні  
за 5 років (1890–1894 рр.)

Рік	1890	1891	1892	1893	1894
Перебувало на початок року	647	861	795	833	870
Прибуло	3594	4336	4231	4201	2732
Разом на рік	4241	5197	5026	5034	3402
Вибуло	2951	3947	3520	3873	2445
Померло	429	458	673	491	321
З них до кінця доби	28	23	58	21	27
% летальності	13,62	11,03	17,52	12,11	12,15
Число амбулаторних хворих	748	531	533	527	581
Число відвідувань	5441	3017	2174	1087	933

У 1898 р. відкрито гінекологічне відділення, розширено відділення для хворих на сифіліс.

Проте через зростання кількості хворих на психічні захворювання склалися дуже складні умови для їх розміщення та лікування. Якщо у всіх приміщеннях будинку божевільних можна було розмістити 200–250 і найбільше 300 осіб, то у 1903 р. середнє щоденне число цих хворих становило 450, а часом – понад 500. У 1902 р. на цих місцях лікувалося 1013 осіб, а у 1903 р. – 1110.

Про зростання обсягу роботи та діяльності Кирилівської лікарні за період з 1897 до 1902 рр. свідчать такі цифри: число хворих у хірургічному відділенні зросло з 344 до 1016; у терапевтичному – з 658 до 1075; у гінекологічному – з 302 до 303; у сифілітичному – з 1872 до 2641. Загалом кількість хворих за цей період по лікарні зросла з 3840 до 6388; у соматичному відділенні – з 2998 до 5477; у будинку божевільних – з 842 до 911.

Процент летальності змінився: по всій лікарні – з 8,41 до 8,61; у соматичному відділенні – з 11,4 до 9,1; у будинку божевільних – з 7,6 до 10,86.

Ще більш показовими є порівняльні дані про кількість хворих по п'ятирічках 1892–1896 рр. і 1897–1902 рр.: по всій лікарні – з 3409 до 5420, у соматичному відділенні – з 2722 до 4552; у будинку божевільних – з 686 до 868; у хірургічному відділенні – з 410 до 802; у терапевтичному відділенні – з 633 до 936; у сифілітичному відділенні – з 1218 до 2332.

Про якість роботи може свідчити зниження показників летальності за ці роки: по всій лікарні – з 11,14% до 7,55%; у соматичному відділенні – з 11,55% до 7,58%; у будинку божевільних – з 11,86% до 10,8%.

Показовим є і зростання кількості хворих у хірургічному відділенні числа операцій за останню п'ятирічку (1897–1901 рр.): з 344 до 1016 хворих і з 153 до 684 операцій.

Лікарня керувалася радою: голова – губернський маршалок (предводитель дворянства), члени –

губернський лікарський інспектор, старший лікар, міський голова, повітовий військовий начальник і постійний член Приказу громадського опікування.

Для прикладу наводимо склад персоналу лікарні у 1896 р.: старший лікар М.І. Полетика, штатні ординатори С.П. Коршун, П.І. Нечай, Н.С. Сем'яновський, С.П. Томашевський, К.М. Леплинський, І.П. Смирнов, В.О. Мушинський, Ф.Н. Ніколаєв, Н.Д. Горбунов, К.І. Коровицький; зверхштатні ординатори Н.П. Мінаєв, К.К. Дараган, О.А. Костецький, А.К. Тишевич; наглядач («смотритель»), економ, діловод, бухгалтер, управитель аптеки і 2 аптекарські помічники, священик, диякон; 14 фельдшерів, повивальна бабка, аптекарський учень, кастелянша, 7 наглядачів, 3 наглядачки, 88 осіб палатної прислуги, 46 – дворової прислуги (двірники, кучери, пралі, кухарки тощо).

При Кирилівській лікарні функціонувала Фельдшерська школа на основі старих правил (Статут громадського опікування, вид. 1857 р.) з чотирирічним курсом, протягом якого викладалися Закон Божий, російська мова, латинська мова, арифметика, анатомія, хірургія, фармакологія. Вихованці поділялися на пансіонерів, які утримувалися за рахунок Приказу громадського опікування та коштів губернського земського збору, і вільних слухачів, тобто приходящих учнів, які платили за навчання 10 крб на рік. Щорічна витрата на утримання школи становила близько 8500 крб.

Таблиця 3  
Число учнів фельдшерської  
школи і тих, хто закінчив школу  
зі званням фельдшера, у 1890–1894 рр.

Рік	1890	1891	1892	1893	1894
Перебувало стипендіатів	47	49	56	58	54
Вільних слухачів	31	25	25	30	30
Поступило	24	19	26	25	11
Закінчило курс із званням фельдшера	12	13	12	10	14

Дуже цікавими видалися зауваження старшого лікаря лікарні П.І. Нечая про недоліки в її роботі [10]:

1. Відсутність єдності в керуванні закладом, що потребувало перегляду Лікувального статуту Кирилівських богоугодних закладів.

2. Майже всі приміщення, крім хірургічного, не відповідали вимогам лікувального процесу або через застарілу систему, або старість будівель.

3. Розміри приміщень не відповідали кількості хворих.

4. Перевантаження лікарні через брак приміщень призводило до порушень гігієни та порядку лікування.

5. Відсутність приміщень для службового і лікарського персоналу погано впливала на обслуговування хворих.



6. Бідність утримання хворих у лікарні призводила до недоліків в утриманні персоналу.

7. Статті витрат лікарського господарства були дуже обмежені, що приводило до браку не тільки ліків і перев'язувальних матеріалів, але й білизни, одягу, посуду тощо як за кількістю, так і за якістю.

8. Важким навантаженням на лікарню було піклування про хронічних хворих, які роками займали лікарняні ліжка.

Щоб усунути ці недоліки, він пропонував:

1) Будувати або орендувати приміщення для фельдшерської школи і сифілітичного відділення, щоб розвантажити інші відділення.

2) Розділити територію та приміщення по окремих відділеннях, призначивши для нагляду, керівництва та відповідальності за них завідувачів відділень або старших ординаторів: по одному – в хірургічному та терапевтичному відділеннях, двох – у психіатричному.

3) Збільшити платню лікарям та іншим штатним службовцям лікарні.

4) Поліпшити та збільшити склад наглядацького персоналу, підвищити їм платню.

5) Ліквідувати «фельдшеризм», хоча середнього персоналу кількісно було недостатньо (28 фельдшерів, 2 аптекарські учні, 1 акушерка), а якість їхньої роботи була низькою (ротні фельдшери), а платня недостатня.

6) Запровадити інститут палатних лікарів: 1 – у терапевтичному, 2 – у хірургічному відділенні, 1 – у гінекологічному, 3 – у психіатричних відділеннях.

7) Встановити штат прислуги, поліпшити її якісний склад, підвищити утримання, забезпечити страхуванням на випадок нещасних випадків.

8) Обновити ліжка та інші меблі, посуд.

9) Збільшити кількість білизни.

10) Вивести сифілітичне відділення за межі лікарні.

11) Збільшити кредити на медикаменти і предмети нагляду, бо 5 крб 68 коп. на одного хворого недостатньо.

12) Реорганізувати і поліпшити обслуговування божевільних у місті Києві.

13) Реорганізувати фельдшерську школу, де викладач одержував менше, ніж чорнороб, бо мав 6–12 крб на місяць.

14) Розширити пральню та кухню, удосконалити їх облаштування та роботи.

15) Запровадити сучасну каналізацію.

16) Раціоналізувати розміщення відділень: вивести очне та ЛОР-відділення з хірургічного, влаштувати дитяче та пологове відділення, побудувати приміщення для інфекційних хворих, хронічних, одужуючих, квартири для лікарів та інших службовців, фельдшерської школи.

17) Обгородити територію кам'яним парканом.

18) Переглянути Лікувальний статут відповідно до затвердженого 22 квітня 1903 р. Положення про управління земським господарством.

Хоча в 1904 р. побудовано великий хірургічний павільйон із гінекологічним відділенням, лікарня знаходилася у вкрай запущеному стані. Подальші

будівельні потреби були оцінені Губернською управою в 500 тис. крб.

У 1905 р. Губернський Комітет асигнував 67 тис. крб на побудову пральні, кухні та електричної станції і доручив Губернській управі опрацювати питання про перебудову лікарні.

На третіх річних зборах (1906 р.) Губернський Комітет порушив питання про долю Києво-Кирилівської лікарні в умовах впровадження земського положення. Голова Губернської управи заявив, що лікарняні будови дуже старі та тісні, не відповідають санітарно-гігієнічним умовам і дуже переповнені, особливо психіатричні відділення (хворі живуть в їдальнях і коридорах, сплять на підлозі). Член Управи С.Я. Леонтьєв запропонував розпочати будівництво нових приміщень поза містом для психоневрологічних хворих.

Проте ще на попередньому розгляді кошторису Києво-Кирилівської лікарні лікарський інспектор Сулима порушив питання про її розділення на 2 самостійні лікарні – соматичну і психіатричну.

Губернський Комітет прийняв також пропозицію гласного – доктора В.Н. Сахновського про розширення земської богадільні для безпечних психічно хворих.

Було ясно, що Києво-Кирилівська лікарня потребувала кардинальної реорганізації.

У складеній доповідній записці ця пропозиція викладена так [6]:

I. Поділ лікарні на дві самостійні – соматичну, або власне Губернську земську лікарню (не більше 400 ліжок), і психіатричну, або будинок божевільних, із колонією для хроніків (до 1000 ліжок).

II. Усю існуючу садибу слід передати Губернській земській лікарні (разом із фельдшерською школою і навіть із богадільнею та притулком для «підкидьків»), а для будинку божевільних і колоній знайти нові місця: для першого – біля Києва, для другої – в губернії.

III. Губернська земська лікарня повинна:

1) Доповнювати дільничну земську медичну допомогу для тих хворих, які можуть потребувати особливого спеціального лікування, недоступного або малодоступного для дільничної медицини.

2) Слугувати місцем для підготовки кандидатів і удосконалення дільничних лікарів.

3) Бути школою для теоретичної та практичної освіти допоміжного медичного персоналу – фельдшерів, акушерок, необхідних для дільничної медицини.

4) Допомогати дільничним лікарям у проведенні досліджень, для чого мати добре обладнану та науково поставлену прозектуру з хіміко-мікроскопічною і мікробіологічною (бактеріологічною) лабораторіями.

5) Для населення Київського повіту відігравати роль повітової лікарні.

IV. Київська губернська земська лікарня мала бути облаштована за принципом спеціальностей: крім існуючих терапевтичного, хірургічного, гінекологічного і шкірно-сифілітичного (краще – шкірного та сифілітичного), мати нервову, очну, вушне (разом із носогорловим), сечостатево, пологове відділення. У такому вигляді лікарня мала набути характеру земсько-медичного інституту,



здатного задовольняти всі медичні потреби населення губернії краще, ніж за зверненнями по допомогу столичних і зарубіжних закладів. Керувати кожним відділенням мав спеціаліст, обраний за участю експертів.

V. При лікарні мала бути широко і добре поставлена амбулаторія, як загальна, так і спеціальна.

VI. При лікарні мала бути центральна земська аптека зі складом аптекарських товарів, необхідних для задоволення потреб дільничної медицини, і навіть із лабораторією для виробництва галенових препаратів, перев'язувальних матеріалів тощо.

VII. Психіатрична лікарня мала бути поділена на дві частини – будинок божевільних і колонію для божевільних.

Перший призначений для тих божевільних, які потребують постійного лікування і дають надію на одужання, друга – для невиліковних хроніків.

Оскільки за законом 14 березня 1911 р. втратили силу положення про управління земським господарством 2 квітня 1903 р., за рішенням надзвичайної сесії Київських губернських зборів 1912 р. Губернська Земська Управа мала змінити інструкції з управління медичними та добродійними закладами. Проте Ревізійна комісія Губернського Земства 14 січня 1913 р. встановила, що це рішення не виконане, хоча ще в 1910 р. підготовлений до розгляду проект інструкції про Статут лікарняної Ради при Києво-Кирилівській губернській земській лікарні [11].

У цьому документі зазначено, що його створено з метою сприяння найбільш правильній постановці лікарняної справи та об'єднання діяльності відділень лікарні, а також з метою опрацювання питань, які виникають у процесі життя лікарні.

За цим Статутом, до складу Ради входили: голова Губернської Управи та її член, який завідує лікарською частиною, всі лікарі, які працюють у лікарні, завідувач санітарного бюро та його помічник, директор земської фельдшерсько-акушерської школи, два члени Губернської санітарної ради за її вибором, два губернські гласні зі складу лікарсько-добродійної комісії Губернського Земства, представник Ради Вищих медичних жіночих курсів. У засіданнях Ради брали участь завідувач аптеки лікарні, її наглядач («смотритель») та інженер лікарні під час розгляду питань, які їх стосуються.

Усі питання на засіданнях вирішувалися колегіально демократичним шляхом.

Для розгляду науково-медичних питань лікарняна Рада створювала зі свого складу спеціальну раду під головуванням старшого лікаря лікарні.

До Статуту лікарняної Ради додавалося Положення про правління лікарні.

Правління лікарні складалося зі старшого лікаря (голова) і чотирьох лікарів – по два від соматичних і психіатричного відділень.

Члени правління призначалися щорічно Губернською Земською Управою з числа лікарів-завідувачів відділеннями лікарні. Кандидати для рекомендації Управі в члени правління щорічно призначалися лікарняною Радою закритим голосуванням.

До обов'язків правління відносився загальний нагляд і керівництво господарським життям лікарні, зокрема:

1) Складання кошторисних пропозицій щодо витрат на утримання лікарні, а також додатків до кошторису: а) порціонних табелів; б) розклад персоналу лікарні.

2) Виконання затвердженого кошторису.

3) Завідування капіталами та майном лікарні.

4) Встановлення порядку внутрішньої звітності та її розгляд.

5) Нагляд за своєчасним надходженням плати за лікування.

6) Проведення необхідних торгів на підряди, послуги, будівельні роботи тощо.

На жаль, на перешкоді зазначених реорганізацій стала Перша світова війна і наступна революція.

## Висновки

Після тривалого панування стихійної та емпіричної медицини (само- і взаємодопомога) через монастирську і цехову медицину відбулося становлення сучасної системи медичної допомоги, зокрема, приказної та земської медицини.

У Києві цей процес відбувся у XIX – на початку XX ст.

Найяскравішим прикладом може бути історія Кирилівської лікарі, на базі якої пройшли майже всі його етапи.

**Перспективи досліджень** полягають у подальшому вивченні становлення сучасних лікарень в історичному аспекті.



## Література

1. Бойчак М. П. Госпитали стародавнього Києва и их лечебник / М. П. Бойчак, Р. Н. Лякина. – Киев : Мединформ, 2013. – 129 с.
2. Верхратський С. А. Історія медицини / С. А. Верхратський. – 2-е вид., перероб і доп. – Київ : Вища школа, 1974. – С. 158.
3. Врачебно-санитарные учреждения г. Киева / сост. д-р В.Н. Сахновский. – Киев: Тип. П. Барского, 1896. – С. 82–89.
4. Голубев С. Т. Киево-Выдубицкий монастырь / С. Т. Голубев. – Киев, 1913. – С. 25.
5. Дегтярьов М. Г. Михайлівський Золотоверхий монастир / М. Г. Дегтярьов, А. В. Реутов. – Киев, 1997. – С. 99.
6. Докладная записка по вопросу реорганизации Киево-Кирилловской больницы // Отчет по Врачебно-санитарному бюро Киевского губернского земского управления за 1908 год. – Приложение 8. – Киев : Тип. Императорского Университета св. Владимира, Акц. о-ва печатного и издательского дела Н.Т. Корчак-Новицкогро, 1910. – С. 81–85.
7. Єфименко П. Шпиталі в Малоросії / П. Єфименко // Киевская старина. – 1883. – № 4. – С. 716.
8. Марголіна І. Київська обитель святого Кирила / І. Марголіна, В. Ульяновський. – Київ, 2005. – С. 41, 110, 112–125, 148, 171.
9. Мицик Ю. А. Київський шпиталь Самійла Кишки / Ю. А. Мицик // Нова генерація. – 1999. – С. 4–9.
10. Нечай П. Краткий отчет Кирилловских богоугодных заведений в г. Киеве / П. Нечай. – Киев : Тип. Окружного штаба, 1903. – 73 с.
11. Об основании больничного Совета при Губернской земской больнице // Доклады Губернской земской управы третьему очередному Губернскому земскому собранию 1913 года (Декабрь 1913 г.). – По врачебному и благотворительному отделам. – Вып. III. – Документ № 116. – Киев : Тип. 1-й Киевской артели печатного дела, 1913. – С. 81–89.
12. Плющ В. Нариси з історії української медичної науки / В. Плющ. – Кн. 2. – Мюнхен, 1983. – С. 264.
13. Ульяновский В. Выдубицкий чуда Архангела Михаила монастырь / В. Ульяновский. – Киев, 2009. – С. 54, 56, 59, 532–540.
14. Хижняк З. І. Історія Києво-Могилянської Академії / З. І. Хижняк, В. К. Маньківський. – Київ, 2003. – С. 26–27, 30.
15. Ціборовський О. М. На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні / О. М. Ціборовський. – Київ : Факт, 2010. – С. 41.
16. Ціборовський О. М. Українські лікарі XVIII – початку XIX ст. як організатори медичної освіти і науки, медичної справи та предтечі соціальної медицини в Московській державі / Російській Імперії / О. М. Ціборовський // Українознавство. – 2009. – № 2. – С. 133–142; № 3. – С. 154–163.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.10.2015 р.



**Самая старая больница Киева –  
Кирилловская: путь от богадельни  
до губернской земской больницы**

*О.М. Циборовский, В.М. Сорока*

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

**Цель** – показать становление медицинской помощи в Киеве на примере Киево-Кирилловской больницы.

**Материалы:** отчеты медицинских учреждений, правовые документы, работы киевских врачей, историков медицины. **Методы:** системного подхода, контент-анализа, сравнительно-исторический, проблемно-хронологический, источниковедческого, историографического анализа.

**Результаты.** После издания указа 1775 г. о создании приказов общественного призрения в Кирилловском монастыре, в 1786 г. открыт инвалидный дом, который положил начало существованию Кирилловских богоугодных учреждений. У 1830-х годах эти учреждения преобразованы в больницу на 200 коек. В 1872–1876 гг. построены 9 павильонов для психических больных, помещения для богадельни и фельдшерской школы, а в 1891 г. – для женского терапевтического и мужского хирургического отделения. В 1904–1905 гг. больница расширена до 680 коек, а в 1906–1911 гг., в связи с введением в губернии земства, начато создание на ее базе губернской земской больницы, которое прервано мировой войной и революцией.

**Выводы.** В XIX – нач. XX вв. в Киеве произошло становление современной системы медицинской помощи, ярким примером которого является история Кирилловской больницы.

**Ключевые слова:** Киев, Кирилловская больница, монастырская, приказная, земская медицина.

**The oldest Kyiv Hospital – Cyril's Hospital:  
from almshouse to province zemsky hospital**

*O.M. Tsiborovsky, V.M. Soroka*

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to show the formation of the medical service in Kyiv after the example of Kyiv Cyril's Hospital.

**Materials:** reports of medical institutions, legal documents, the works of Kyiv physicians and historians of medicine. **Methods:** systematic approach, historico-critical method, content-analysis, problematical and chronological, historiographical analysis.

**Results.** After the edict of 1775 about the creation of the charitable board in the Monastery of St. Cyril, in 1786 in the the hospital for invalids was opened. This event was the beginning of the Cyril's charitable establishments. In the 30th they were transformed into the hospital to 200 places. In 1872–1876 9 pavilions for mental afflicted patients and the building to almshouse and assistant-surgeon school were built, in 1891 the building to therapeutic department for women and surgeon department for men were built. In 1904–1905 the hospital were enlarged to the 680 places. In 1906–1911 the construction on its base the province zemsky hospital had begun.

**Conclusions.** In the XIXth – at the beginning of the XXth century the formation of the modern medical service took place in Kyiv. The history of the Cyril's Hospital is the striking example of this process.

**Key words:** Kyiv, Cyril's Hospital, monastic medicine, department medicine, zemsky medicine.

**Відомості про авторів**

**Ціборовський Олег Михайлович** – к.мед.н., с.н.с., керівник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Сорока Володимир Михайлович** – н.с. сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.



## **ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 “Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду”, у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут  
стратегічних досліджень МОЗ України»**

**П.С. Мельник**



## ДО ВІДОМА АВТОРІВ

### Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

**Тематична спрямованість журналу:** здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: **м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»**) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал;** редакція надає різноманітні рекламні послуги.

### Правила подання матеріалу для опублікування:

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації, експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією з візою керівництва** (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю), науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).



• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

• На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

• Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

• Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

• Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

• Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

• Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

• У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

• Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

• Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу».** Кошти необхідно перераховувати на його рахунок **ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада