

**Міністерство охорони здоров'я України  
Полтавський державний медичний університет  
Польське товариство публічного здоров'я  
Департамент охорони здоров'я  
Полтавської обласної державної адміністрації**

**Організаційно-правові  
та соціально-економічні засади  
функціонування системи  
громадського здоров'я в Україні**

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

**Organizational, legal  
and socio-economic principles of  
functioning of the public health  
system in Ukraine**

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

**Полтава 2021**

Затверджено до друку Вченою Радою Полтавського державного медичного університету, протокол №\_1\_ від 19.05.2021 р.

**Рецензенти:**

**Огнєв В.А.** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету

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

**Організаційно-правові та соціально-економічні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні:** колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2021. – 193 с.

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

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

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

## ПЕРЕДМОВА

У преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) говориться, що здоров'я — це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Проте повне фізичне і душевне благополуччя може визначати лише ідеальне здоров'я, якого практично не буває. Також вважається, що здоров'я — це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою поміж організмом та зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів. Отже, можна сказати, що здоров'я — це здатність організму перебувати в рівновазі з навколишнім середовищем.

Кінець ХХ ст. відзначився зміною парадигми здоров'я, епідеміологічним переходом від інфекційного до переважно неінфекційного типу патології, збільшенням тягаря хвороб і потреб у послугах охорони здоров'я колективного та індивідуального характеру. Ера дешевої медичної допомоги закінчилася. У 70-ті роки ХХ ст. УРСР входила в п'ятірку кращих за показниками здоров'я в Європі. На той час витрати на охорону здоров'я у порівняльних цінах становили 135 дол. США на мешканця, тоді як у самих США ці витрати становили 160 дол. на мешканця.

До основних досягнень у сфері охорони здоров'я у III тисячолітті можна віднести збільшення середньої тривалості життя, подолання багатьох інфекційних хвороб, розвиток профілактичних технологій, появу генної медицини, створення нових поколінь ліків, збільшення ВВП на охорону здоров'я, розвиток сучасних медичних технологій, високий професіоналізм медичного персоналу, підвищення рівня життя в цілому.

Це безумовно позитивні досягнення. Але разом з цим у суспільстві формуються і нові виклики: різке постаріння населення, епідемія хронічних неінфекційних захворювань, збільшення поширеності чинників ризику, підвищення агресивності чинників навколишнього середовища, розвиток резистентності мікроорганізмів, проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів, швидка поширеність хвороб через високу мобільність населення, підвищення вимог до доступності та якості медичної допомоги, зростання вартості послуг, що формують здоров'я.

Сучасний світ переживає справжню епідемію хронічних неінфекційних захворювань, пов'язану з нездоровим способом життя, незбалансованим харчуванням, низькою фізичною активністю тощо. Смертність від захворювань 7 груп — серцево-судинних, онкологічних, хронічних респіраторних, цукрового діабету, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії — становить 60% у загальній структурі смертності. Провідні чинники ризику глобального тягаря хвороб у Європейському регіоні ВООЗ: високий артеріальний тиск (12,8%), тютюнокуріння (12,3%), зловживання алкоголем (10,1%), підвищений рівень холестерину (8,7%), надмірна маса тіла (7,8%) недостатнє споживання овочів і фруктів (4,4%), малорухомий спосіб життя (3,5%). На сьогодні в Європі 55 млн населення страждають ожирінням.

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

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

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

Хочу щиро подякувати нашим вельмишановним рецензентам – доктору медичних наук, професору Огнєву Віктору Андрійовичу та доктору медичних наук, професору Сміянову Владиславу Анатолійовичу за підтримку та пропозиції щодо видання цієї монографії.



**З глибокою повагою та найкращими побажаннями.**

**В.о. Ректора Полтавського державного медичного університету,  
доктор медичних наук, Заслужений лікар України,  
професор В'ячеслав Ждан**

# **РОЗДІЛ І. ПОНЯТТЯ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» ЯК СФЕРА ЗНАНЬ ТА ОРГАНІЗОВАНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЩОДО ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я, ЗАПОБІГАННЯ ХВОРОБАМ ТА ЗБІЛЬШЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ.**

## **ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ТА СУЧАСНИХ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ І ТЕРАПІЇ**

**Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М**

*Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

Компетентнісний підхід в галузі освіти лікарів передбачає підготовку висококваліфікованих спеціалістів, здатних інтегрувати теоретичні знання і практичні вміння в цілісну систему, володіти новими технологіями тощо [3,4].

Зміни останніх років у галузі вищої освіти наголосили на контрасті між сформованими традиціями й інноваціями в організації навчального процесу та зумовили необхідність впровадження сучасних інноваційних освітніх технологій для розвитку педагогічного процесу [10]. Однією з них стала технологія дистанційного навчання, що набувала поширення у практиці навчально-виховного процесу у закладах вищої освіти в зв'язку з пандемією коронавірусу. Головна мета технології дистанційного навчання полягає у створенні умов для розвитку професійної компетенції особистості майбутнього фахівця, формування його інформаційної компетентності, стимулювання творчої та самоосвітньої діяльності з поєднанням найкращих традиційних методів та найсучасніших інформаційно-комунікаційних технологій навчання [7]. Як свідчить практика, в даний час пріоритетним напрямом і єдиним можливим в умовах пандемії коронавірусу є використання дистанційного навчання з метою інтенсифікації навчання, тобто передача великого обсягу навчальної інформації, при цьому якість підготовки майбутніх фахівців зберігається. Проте впровадження дистанційної форми навчання у навчальний процес кафедр є складним багатоаспектним питанням, яке передбачає наявність відповідного навчально-методичного, дидактичного та матеріально-технічного забезпечення [11].

Сьогодні розвиток інформаційних технологій дозволяє задовольнити всі вимоги сьогодення за рахунок застосування

відеотелеконференцій, вебінарів, за допомогою електронної пошти, технології “Skype”, «Viber», спілкування в онлайн (on-line) - та офлайн (off-line) - режимі – на чатах, форумах, блогах тощо. Ці засоби можуть бути використані як для індивідуальних, так і групових консультацій, спільної роботи, обговорень, презентацій і захисту проектів, наукових робіт.

Дистанційна освіта при підготовці лікарів-інтернів та проведення циклів підвищення кваліфікації – це з одного боку інноваційна організація навчального процесу, з іншого боку, вимога сьогодення, яка реалізується у специфічній педагогічній системі, яка базується на принципі самостійної освіти лікаря й інтерактивної взаємодії викладача та слухача [3,7]. Результативність дистанційної освіти на післядипломному етапі навчання лікарів залежить від таких факторів: ефективної взаємодії викладача та лікаря; належного активного зворотного зв'язку; якості попереднього проектування процесу дистанційної освіти і способів управління ним; розробки дидактичних матеріалів. Сучасні комп'ютерні програми дозволяють забезпечити передачу знань та доступ до різноманітної навчальної інформації, а нові технології, такі, як інтерактивні електронні навчальні посібники, мультимедійний контент, Інтернет, сприяють більш активному залученню лікарів до процесу навчання [2]. Вивчення методології впровадження дистанційної форми освіти на післядипломному етапі повинно бути організоване з урахуванням можливостей новітніх інформаційних технологій і орієнтуватися на розвиток особистості, спроможної до постійного оновлення знань професійної мобільності [6,13]. Процес навчання трансформується з монологу викладача і вивчення набору навчальних матеріалів у постійний діалог між викладачем і лікарем, який навчається, перенесений з навчальної аудиторії в умови, комфортніші для лікаря з точки зору часу і місця реалізації процесу здобуття знань. Важливою умовою такого навчання є наявність практичних завдань, цікавих для лікаря, орієнтованих не лише на його повсякденну діяльність, вирішення яких не лише принесе моральне задоволення, але і дозволить відповісти на питання, пов'язані з його повсякденною роботою. Але весь навчальний процес підготовки лікарів не можливо провести у дистанційному форматі. Саме тому застосування активних методів навчання, таких, як тренінги, дискусії, ігри, симуляційні технології, тощо, повинно бути не практичним додатком до теоретичних питань, а навпаки, служити відправною точкою, від якої відштовхуються і викладач, і слухачі в процесі навчання, що є

спільною діяльністю за рішенням тих чи інших проблем, у тому числі спрямованих на особистісний розвиток учасників навчального процесу [12].

Незважаючи на велику кількість засобів навчання, сьогодні, як і в усі часи, головним чинником якості освіти в цілому і формування відповідних компетенцій у майбутніх лікарів сімейної медицини зокрема виступає викладач – носій знань. Майстерність викладача виражається насамперед у вмінні так організувати навчальний процес, щоб при всіх, навіть самих несприятливих умовах досягати потрібного рівня вихованості, розвитку та знань учнів [15].

У вік інноваційних технологій, досить важко педагогу зацікавити та тривалий час утримувати увагу сучасного лікаря-інтерна та слухача, враховуючи необхідність розвитку професійної мобільності, певної самостійності в здобутті знань та високого рівня професіоналізму [5]. Особливо важливо у післядипломній підготовці лікарів застосовувати інтерактивні методи навчання, що дає можливість, моделювати певні ситуації, більш глибоко аналізуючи поведінку у різних життєвих випадках та оцінюючи роботу своїх колег [8]. Застосування інтерактивних методів освіти дозволяє використовувати не тільки набуті професійні знання, але і такі необхідні в роботі почуття та емоції, що дозволяють більш творчо підійти до використання практичних та теоретичних навиків у сучасній медицині [5,8].

При інтерактивному навчанні всі учасники навчального процесу взаємодіють між собою, обмінюються інформацією, спільно вирішують проблеми, моделюють ситуації, оцінюють дії колег і свою власну поведінку, занурюються в реальну атмосферу ділового співробітництва з розв'язання низки проблем відповідно до їх інтересів, потреб і запитів. При цьому відбувається постійна зміна видів навчальної діяльності [6].

За рекомендацією EURACT (Європейська академія викладачів загальної практики – сімейної медицини) модель змішаного (гібридного) навчання дає найкращий результат при навчанні сімейних лікарів. Змішане навчання передбачає поєднання самостійної роботи лікаря з або без використання електронних платформ, медіа-сервісів і традиційної роботи в аудиторії з використанням інтерактивних методик групової роботи.

Сьогодні у більшості країн світу під час підготовки медичних фахівців застосовують симуляційні технології, які є новим напрямом підготовки висококваліфікованих медичних кадрів.



Діапазон методик, що об'єднують поняттям «Симуляційні технології», дуже широкий: це і різноманітні тренажери, де відпрацьовуються практичні навички з високим рівнем реалістичності, і комп'ютерні та віртуальні моделі для удосконалення алгоритмів дій із різними клінічними ситуаціями [14].

Основними принципами навчального процесу на кафедрі сімейної медицини і терапії ПДМУ є наступні:

- проблемно-орієнтований підхід до планування практичного, семінарського заняття або лекції;
- акцент на проблеми тих патологічних станів, що частіше зустрічаються на амбулаторному прийомі;
- висвітлення теоретичних основ клінічної проблеми в аспекті її практичного вирішення;
- обов'язковим елементом практичного заняття є структурований клінічний розбір пацієнтів, а також розгляд клінічних випадків з повсякденної практики;
- клінічна конференція та клінічний обхід пацієнтів як невід'ємний елемент навчального процесу;
- обов'язкове обговорення принципів доказової медицини та фармакоекономічних аспектів лікування.

Для забезпечення повноцінного виконання основних принципів навчання на клінічних кафедрах є декілька важливих аспектів.

По-перше, навчання лікарів-інтернів та лікарів-спеціалістів в аудиторіях і навіть в симуляційних класах ніколи не буде повноцінним без спостереження лікувального процесу, роботи клініки, алгоритму роботи з пацієнтами і безпосереднього спілкування з ними. Майбутнього сімейного лікаря потрібно навчати в кабінеті амбулаторії, поліклініки, працювати з ним у вогнищах захворювань, знайомити з алгоритмом роботи. Тобто підготовка лікарів має бути клінічно орієнтована [1].

Ще один важливий аспект – клінічна наука. В рамках діяльності кафедри клініка є базою для проведення наукових досліджень до яких залучаються лікарі-інтерни та лікарі-спеціалісти [1].

За відсутності університетських клінік першочерговим завданням має бути затвердження нового статусу клінічної лікарні та клінічної кафедри. Завідувачу такої кафедри необхідно повернути повноваження повноцінного керівника клінічної бази, до компетенції якого входитимуть не тільки консультативні питання, а й прийняття тактичних рішень, керівництво лікувально-діагностичним центром.

Добре організована практична підготовка допомагає закріпити теоретичні знання, навчитися самостійно приймати рішення. Цьому сприяє спільна робота з досвідченими лікарями-викладачами, які проводять практичну підготовку інтернів та лікарів-спеціалістів. Лікар набуває досвіду шляхом вивчення історій хвороб конкретних пацієнтів, інтерпретації результатів лабораторних та інструментальних досліджень, проведення диференціальної діагностики, а також безпосередньої участі в лікувальному процесі [1,15].

Викладачами кафедри сімейної медицини і терапії під час занять були впроваджені наступні інноваційні технології та інтерактивні методи навчання: мозковий штурм, дискусія, вивчення випадку, презентація, рольова гра, симуляційні технології, он-лайн курс, як елемент дистанційної форми навчання на циклах тематичного удосконалення [6].

Безперервний професійний розвиток лікарів на післядипломному етапі підготовки передбачає використання симуляційних технологій, зокрема «Віртуальний пацієнт» – Body Interact. Body Interact є новітнім інструментом імітаційного моделювання, що призначений для використання у вищих медичних навчальних закладах та медичних коледжах для вирішення задач та клінічного обґрунтування шляхом використання віртуальних пацієнтів. «Віртуальний пацієнт» – це інноваційна інтерактивна технологія навчання, що дозволяє за допомогою комп'ютерної моделі реальної клінічної ситуації повноцінно зануритися в діагностичний і лікувальний процес, приймати самостійні рішення з тактики діагностики і лікування, бачити і усвідомлювати наслідки тих чи інших своїх рішень, не порушуючи при цьому прав та безпеки пацієнта.

Сьогодні на кафедрі сімейної медицини і терапії за участю викладачів кафедри проходять навчання лікарі-інтерни та лікарі-слухачі на циклах тематичного удосконалення з фахів загальна практика – сімейна медицина, внутрішні хвороби, медицина невідкладних станів, неврологія, педіатрія, ендокринологія. Для них є доступними 10 клінічних сценаріїв з різними нозологіями, які вони опрацьовують. Такі нововведення в підготовку фахівців значно покращують як теоретичний рівень знань лікарів, так і оволодіння практичними навичками, а загалом сприяють підвищенню якості підготовки. Все так як у реальному житті: об'єднання всіх ресурсів та даних разом в динамічній фізіологічній моделі із десятками вбудованих станів та порушень здоров'я, лабораторних аналізів,

діагностичних візуалізацій, шкали оцінки, втручання та лікування, поряд з високоефективними інструментами для підбиття підсумків. База доступних для навчання сценаріїв постійно оновлюється, забезпечуючи викладачів великою бібліотекою попередньо налаштованих клінічних сценаріїв із оновленими клінічними протоколами [6].

Навчання клінічних умінь із використанням манекенів, тренажерів і стандартизованих пацієнтів під наглядом викладача надає можливість лікарям-інтернам та лікарям-слухачам припускатися помилок у безпечному середовищі, що покращує опанування ними клінічних умінь. На симуляційному тренінгу пріоритетом є саме виконання навчального завдання, у процесі якого допускається негативний результат медичної допомоги, щоб той, хто навчається, відчув усю міру своєї відповідальності, але при цьому не отримав психологічної травми, яка можлива, якщо таке трапиться із справжнім пацієнтом.

Симуляційні технології навчання реалізують більш ефективну практичну підготовку лікарів-інтернів та лікарів-слухачів на циклах тематичного удосконалення, покращуючи в 2-3 рази результативність навчання.

Ще однією із ефективних форм інтерактивної освіти вважається застосування «рольових ігор» або «ділової гри», що може імітувати різні аспекти людської активності та взаємодії у суспільстві. Головною задачею даної форми навчання є нівелювання тих можливих протиріч, що виникають при застосуванні практичних навиків та отриманих теоретичних фундаментальних знань. Крім того, «рольові ігри» допомагають закріпити отримані уміння та використовуються для демонстрації певних видів діяльності [9]. Моделювання професійної діяльності лікаря в колективі за допомогою навчальної гри, що імітує максимально реальний випадок роботи лікаря з хворим або його родичами, дозволяє оптимізувати підготовку медичного спеціаліста до самостійної діяльності, привчаючи до найбільш коректної, кваліфікованої поведінки в складних життєвих умовах [8].

Перевагами застосування рольових ігор у підготовці лікаря є створення найбільш реальних клінічних випадків, що дозволяють краще зрозуміти необхідну поведінку в спілкуванні з пацієнтом та його родичами, не надавши певної шкоди в даній ситуації. Даний вид інтерактивного навчання дає можливість викладачу оптимально відкоригувати застосовані лікарем-інтерном знання. Крім того,

ставлячи учасників гри на місце хворого в рольовій грі, викладач сприяє розвитку співчуття та милосердя у майбутнього лікаря [6].

Вивчення випадку (кейс-метод/кейс-стаді англ. «case-study») – це спеціальна інтерактивна методика, що передбачає моделювання життєвих ситуацій, їх розгляд, вирішення за визначеним сценарієм, публічний захист прийнятого рішення.

Моделювання практичних ситуацій може здійснюватися двома способами:

1. на основі опису реальних подій (історія хвороби пацієнта, журнальні статті);

2. на базі штучно сконструйованих ситуацій (ситуаційні задачі, тестові завдання).

Певна професійна компетенція лікаря формується на комплексній основі знань (декларативних та процедурних), навичок (поведінкових, операційних та когнітивних), особистих якостей і досвіду лікаря та зовнішніх обставин.

Таким чином, перехід до сучасних дистанційних технологій навчання, створення умов для їх впровадження, розумне поєднання нових іноваційних технологій навчання з традиційними, формування інформаційної компетентності лікарів – складне педагогічне завдання, що потребує розв'язання цілого комплексу психолого-педагогічних, навчально-методичних та організаційних завдань, основними з яких є розробка науково-методичного забезпечення навчально-виховного процесу, інформаційна грамотність як викладачів так і учнів. На даному етапі розвитку охорони здоров'я і медичної освіти використання різноманітних дистанційних навчальних технологій є дуже сучасним та затребуваним, дає можливість досягти якісно нового рівня післядипломної освіти, особливо в умовах пандемії коронавірусу. Для досягнення максимального засвоєння матеріалу, щоб зробити заняття цікавим і динамічним, легким для засвоєння матеріалу, треба використовувати різні інтерактивні методи навчання, про які йшлося вище: мозковий штурм, роботу в міні-групах, дискусію, кейс-метод, рольову гру, презентацію. Впровадження в навчальний процес симуляційних технологій орієнтує лікаря на командну працю, вміння враховувати точку зору іншого спеціаліста, сприяє розвитку комунікативних навичок, формуванню інтелектуальної самостійності та професіоналізму.

## Список літератури:

1. Бабінець Л. Викладач має бути хорошим клініцистом. Ваше здоров'я. 2020 Вер. Доступно: <https://www.vz.kiev.ua/>
2. Ващенко В.Ю., Склярів В.А., Козяков К.О. Дистанційна форма навчання. Історія. Проблеми. Перспективи розвитку. Вісник Східноукраїнського національного університету імені В.Даля. Електронне наукове фахове видання. 2009. №6Е. URL : <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/vsunud/2009-6E/Index.htm>.
3. Вороненко Ю.В. Мінцер О.П. Розвиток нових технологій у післядипломній освіті лікарів і провізорів: тенденції, експертні висновки та реальні оцінки ефективності навчання. Медична освіта. 2013. № 2. С. 19-23.
4. Гевкалюк Н.О. Компетентнісний підхід у професійній підготовці лікарів-стоматологів дитячих. Медична освіта. 2018. №1(77). С. 16-18.
5. Гусейнова З.К., Тауешева З.Б., Мандыбаева М.К. Особенности инновационных методов обучения у врачей интернов-терапевтов 6 курса специальности «общая медицина». Международный журнал экспериментального образования. 2018. № 4. С. 25-31.
6. Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М. Застосування інноваційних технологій на курсах підвищення кваліфікації лікарів. Вісник проблем біології і медицини. 2018. Вип. 4, Т.1(146). С.142-145.
7. Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Ткаченко М.В. Впровадження дистанційної освіти на кафедрі сімейної медицини і терапії. Медична освіта. 2017. № 1. С.19-22.
8. Киричок В.А. Особливості застосування інтерактивних методів навчання у системі післядипломної освіти. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Т.Г. Шевченка. Педагогічні науки. Чернігів, 2016. № 140. С.22-26.
9. Корольова Н.К., Медведева Л.З., Волкович Т.К. Ситуационно-ролевые игры как метод обучения клиническим дисциплинам. Педагогика и психология высшей школы. 2012. С.184 – 188.
10. Пилипчук В.І. [Роль інноваційних технологій у навчанні з циклу “хірургія” студентів 6-го курсу медичного факультету.](#) Медична освіта. 2018. №1(77). С.43-45.
11. Пойда С.А. Вибір засобів управління самостійною роботою слухачів курсів підвищення кваліфікації учителів інформатики. URL: [www.umo.edu.ua/images/content/nashi\\_vydanya/metod\\_upr\\_osvit/v\\_6/20.pdf](http://www.umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/metod_upr_osvit/v_6/20.pdf).

12.Скробач Н.В., О.А. Шаповал, Петрина В.О. Шляхи підвищення якісного рівня знань. Медична освіта. 2018. №1(77). С. 50-54.

13.Топол І.О. Впровадження онлайн-курсу як елементу дистанційної форми навчання у навчальний процес кафедри мікробіології, вірусології та імунології. Медична освіта. 2018. № 1. С. 58-61.

14.Тутченко М.І., Я.М. Сусак Симуляційні технології в навчанні студентів-медиків практичним навичкам. Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». 2013. Т.13, вип. 1(41). С.326-327.

15.Юр'єва Л.М., Носов С.Г. Особистість викладача медичного вищого навчального закладу і її роль у формуванні майбутнього сімейного лікаря. Сімейна медицина. 2015. №5. С.43-45.

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РОЗВИТКУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ І РІВНЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОНКОЛОГІЧНИХ ОГЛЯДІВ**

**Голованова І.А., Вовк О.Я.**

*Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

Проблема неінфекційних захворювань в наш час є однією з найактуальніших медичних проблем в масштабі не усього світу. Неінфекційна захворюваність посідає провідні позиції в структурі інвалідизації та смертності дорослого населення не лише в країнах що розвиваються, а й у країнах, що займають високі позиції соціально-економічного розвитку. До цієї групи захворювань відносяться чотири групи хвороб: це серцево-судинні захворювання (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба та серцево-судинні події), онкологічні захворювання, хронічні обструктивні захворювання легень та цукровий діабет [1, 2].

Онкологічні захворювання разом із серцево-судинними захворюваннями становлять основну частину причин інвалідизації та смертності працездатного населення. В Україні на долю злоякісних новоутворень припадає 12 % випадків у структурі смертності та 26 % у структурі інвалідизації населення. Питома частка онкологічної патології серед причин смерті в осіб працездатного віку становить 14 % у чоловіків та 29 % у жінок [3].

Онкологічні хвороби є не тільки медичною, але й соціальною проблемою. Це пов'язано із подальшим зростанням захворюваності населення, високою частотою ураження, частою інвалідністю і підвищенням смертності хворих [4, 5].

Складовою частиною будь-якої соціально-економічної системи є населення, тому важливими показниками соціально-економічної та політичної ситуації в країні, які істотно впливають на державний та адміністративний устрій, політичні та соціальні процеси, екологічну ситуацію, рівень виробництва і споживання матеріальних благ, виступає чисельність населення. Від умов і способу життя популяції, впливу комплексу чинників залежить тривалість життя людини, яка є показовим критерієм статусу держави у кожний конкретний період часу [6, 7].

ВООЗ та Міжнародне агентство з вивчення раку (МАВР), науково-дослідницьке агентство ВООЗ, що спеціалізується на питаннях онкологічних захворювань, співпрацюють з іншими установами Організації Об'єднаних Націй та партнерами для досягнення наступних цілей:

- посилити політичні зобов'язання в галузі профілактики раку та боротьби з ним;
- координувати і проводити наукові дослідження в галузі причин розвитку раку людини і механізмів онкогенезу;
- моніторинг тягаря раку (в якості складової частини роботи Глобальної ініціативи по реєстрації ракових захворювань);
- розробляти наукові стратегії профілактики раку та боротьби з ним;
- накопичувати нові і поширювати наявні знання, що сприяють застосуванню заснованих на фактичних даних підходів в області боротьби з раком;
- розробляти стандарти та інструменти для управління плануванням і проведенням заходів у сфері профілактики, раннього виявлення, лікування та догляду;
- сприяти розвитку широких мереж партнерів та експертів в галузі боротьби з раком на глобальному, регіональному та національному рівнях;
- зміцнювати системи охорони здоров'я на національному та місцевому рівнях з метою забезпечення лікування та допомоги для онкологічних пацієнтів;

надавати технічне сприяння для швидкої та ефективної передачі країнам, що розвиваються заходів, відповідних найкращій практиці [8, 9, 10].

Однією з проблем онкологічної допомоги є значний рівень занедбаності випадків раку. Часто це зумовлено відсутністю настороженості населення до онкозахворювань, нехтуванням профілактичними оглядами, запізненим виявленням хвороби, а також недостатньою обізнаністю про можливості профілактики та ведення здорового способу життя [11, 12].

Рак шийки матки (РШМ) – це одне з тяжких захворювань, що змінює весь життєвий розклад не тільки хворого, але й усієї родини. Ця патологія потребує пильної уваги, значних фізичних та емоційних зусиль, економічних витрат з боку самого хворого та його родини, працівників системи охорони здоров'я та суспільства в цілому. РШМ – одна з найбільш поширених форм злоякісних новоутворень жіночих статевих органів. Щорічно в світі виявляють близько 500 тис. хворих на РШМ, що складає 5 % онкологічних захворювань. В Україні, за даними Національного канцер-реєстру, у 2015 році зареєстровано 4166 хворих на РШМ, у 2016 р. захворюваність в 2015 р. склала 21,4, в 2016 р. – 20,0 на 100 тис. населення. У структурі онкогінекологічної захворюваності жіночого населення України РШМ посідає 2-ге місце, а найвищі показники спостерігають у вікових групах 18–29 (13,5 %) років та 30–54 – 12,9 % роки, тобто жінок репродуктивного віку. Смертність від РШМ в Україні становить 8,8 на 100 тис. населення. У жінок репродуктивного віку є другою за частотою причиною смерті від злоякісних новоутворень, досягаючи 14,5 % у віковій категорії 18–29 років та 13,8 % – 30–54 роки, що визначає РШМ не лише як медичну, а й важливу соціальну проблему [13, 14, 15].

В даний час рак шийки матки (РШМ) залишається однією з актуальних проблем і однією з найбільш часто зустрічаються пухлин жіночих статевих органів. Згідно зі статистичними даними, РШМ займає в різних країнах 2-3-є місце в структурі онкогінекологічних захворювань, поступаючись раку молочної залози та раку тіла матки. Значна варіабельність захворюваності та смертності від РШМ обумовлена наявністю національних програм цервікального скринінгу в окремо взятій країні і величиною охоплення ними жіночого населення. Так, згідно з рекомендаціями ВООЗ, для забезпечення ефективності будь скринінгової програми широта охоплення цільової аудиторії населення повинна бути не менше 80%. Основними особливостями РШМ в даний час є:



- «омолодження віку» захворювання, пов'язане з більш раннім початком статевого життя;
- збільшення частки аденокарцином у структурі РШМ до 20%;
- підвищення захворюваності серед жінок старше 55 років.

**Мета дослідження:** визначити взаємозв'язок розвитку раку шийки матки і рівня проведення профілактичних онкологічних оглядів.

**Методи дослідження** Для виконання поставленої мети були проаналізовані дані соціологічного опитування (Карти опитування респондентів– 69 одиниць). Нами було опитано 120 жінок, з них 40 (33,3%) мали підтверджений РШМ, 80 (66,7%) – здорових жінок. Визначення факторів ризику проводили методом відношення шансів.

Для ідентифікації ФР було розглянуто 7 прогностичних змінних, які пов'язані з розвитком РШМ (табл.1).

*Таблиця 1.*

**Визначення і ранги прогностичних змінних, пов'язаних з РШМ**

<b>Прогностичні змінні</b>	<b>Визначення і ранги</b>
Вік (41 і старше)	1 – так, 0 - ні
Умови праці (важкі)	1 – так, 0 - ні
Проф. огляд (не проходила більше 5 років)	1 – так, 0 - ні
Початок менархе(14-18)	1 – так, 0 - ні
Початок статевого життя 15-17 років	1 – так, 0 - ні
Кількість статевих партнерів (більше 3)	1 – так, 0 - ні
Місце проживання (село)	1 – так, 0 - ні

При цьому розраховували відношення шансів (ВШ), 95% довірчий інтервал (95% ДІ) та коефіцієнт  $\beta$ , який описує зміну ризику розвитку захворювання при зміні на одиницю визначеного фактору ризику.

**Результати дослідження.**

При складенні таблиць спряженості виявили, що до 40 років було 36 (30%) жінок і старше 40 років – 84 (70%) жінки. До 40 років із ознаками РШМ було 2 (1,7%) жінки, а старше 40 років – 38 (31,7%) осіб. Серед жінкок, які 5 і більше років не проходили профілактичний огляд РШМ було виявлено у 31 (25,8%) особи, тоді, як серед тих, що його вчасно або періодично проходили патологія була наявна у 9 (7,5%) жінок. Аналізуючи дані щодо появи менархе визначено, що у

жінок, у яких початок припадав на 10-13 років РШМ був наявний у 35 (29,2%) жінок, а серед тих, у кого початок був у старшому віці – лише 5 (4,2%) жінок мали РШМ. Жінки, які вказали, що початок статевого життя розпочався в 15-17 років мали РШМ у 14 (11,7%) випадках, а ті, в кого початок статевого життя припав на 18 років і пізніше – 26 (21,7%) випадків. При дослідженні даних стосовно кількості статевих партнерів визначено, що у жінок у яких кількість статевих партнерів не перевищувала 3-х на РШМ страждали 8 (6,7%) осіб, тоді як серед тих, хто мав більше трьох (4 і більше) дана патологія визначалась у 32 (26,7%) жінок. Жінки, які проживали в місті страждали на РШМ рідше - 15 (12,5%) осіб, за тих, хто проживає в сільській місцевості - 25 (20,8%) осіб (табл. 2, рис. 1)

Таблиця 2

**Розподіл жінок за факторами ризику РШМ**

		<i>Основна група (n=40) n (33,3%)</i>	<i>Група порівняння (n=80) n (66,7%)</i>
Вік	До 40 років	2 (1,7)	34 (28,3)
	41 рік і старше	38 (31,7)	46 (38,3)
Профогляд	Менше 5 років тому	9 (7,5)	49 (40,8)
	Більше 5 років тому	31 (25,8)	31 (25,8)
Початок менархе	У 10 – 13 років	35(29,2)	73 (60,8)
	У 14-18 років	5 (4,2)	7 (5,8)
Початок статевого життя	У15-17 років	14 (11,7)	21 (17,5)
	Після 18-і років	26 (21,7)	59 (49,2)
Кількість статевих партнерів	До 3 чоловіків	8 (6,7)	48 (40,0)
	4 і більше чоловіків	32 (26,7)	32 (26,7)
Місце проживання	Місто	15 (12,5)	26 (21,7)
	Село	25 (20,8)	54 (45,0)

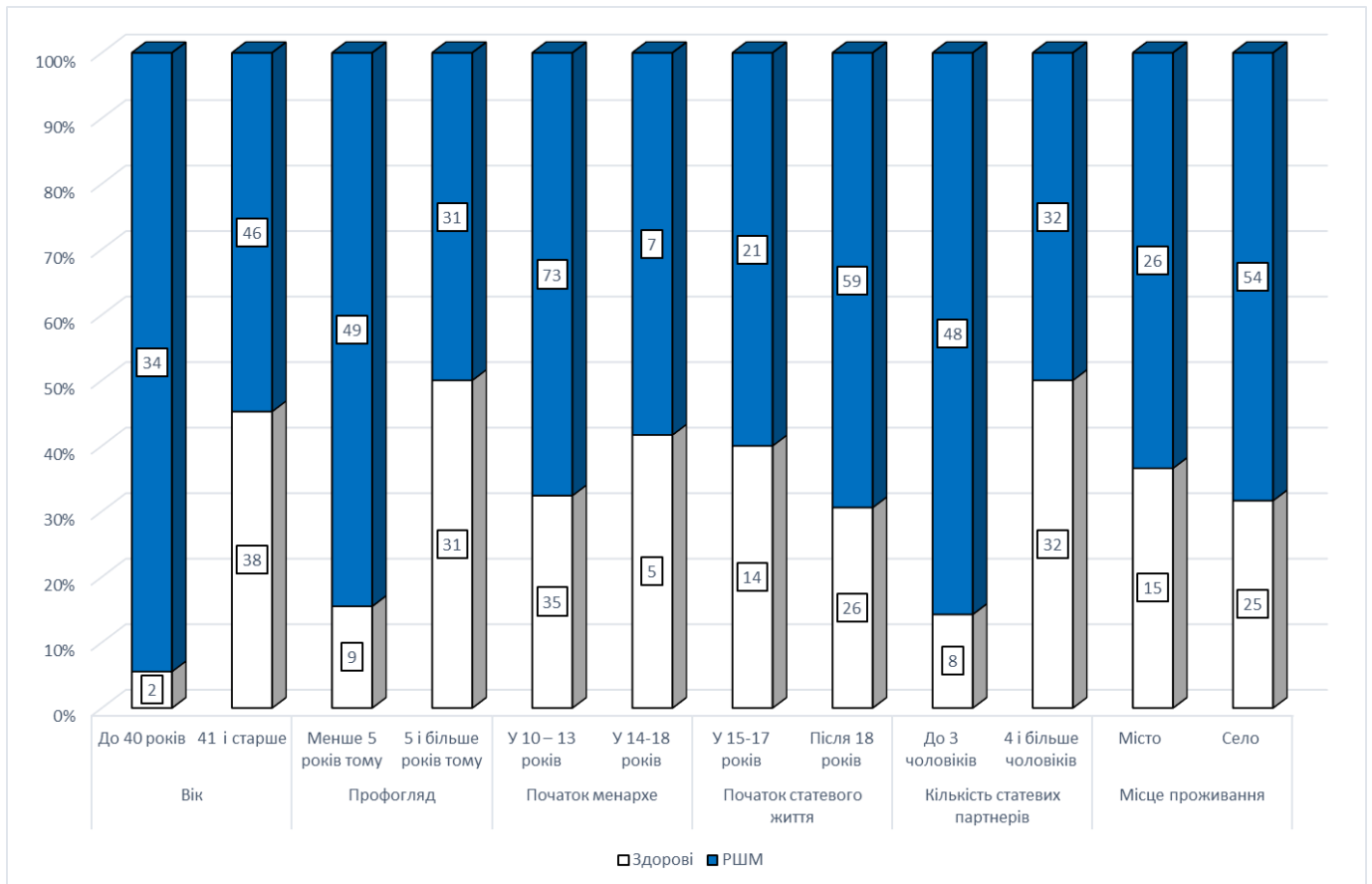


Рис.1. Фактори ризику РШМ у здорових жінок та жінок із РШМ.

При встановленні факторів ризику, які впливають на виникнення РШМ, ми визначали відношення шансів (табл. 3).

При визначенні факторів, які асоціюються з РШМ нами були визначені наступні предиктори:

- 1) медико-демографічні: вік, місце проживання;
- 2) організаційно-медичні: профілактичні огляди;
- 3) медико-біологічні: початок менархе;
- 4) соціальні: умови праці;
- 5) поведінкові: початок статевого життя, кількість статевих партнерів.

Серед медико-демографічних факторів визначено, що вік після 40 років збільшує шанси на РШМ в 14,043 рази (95% ДІ 3,167 – 62,275) ( $p < 0,001$ ). Серед організаційно-медичних факторів – невчасне проходження медичних оглядів збільшує шанси виникнення РШМ в 5,44 рази (95% ДІ 2,286 – 12,967) ( $p < 0,001$ ). Поміж поведінковими факторами, ризикованим виявився число статевих партнерів більше 3-х, що збільшує шанси виникнення РШМ в 6 разів (95% ДІ 2,453 – 14,678) ( $p < 0,001$ ).

## Фактори, що асоціюються з РШМ

<i>Фактори ризику</i>	<i>Основна група (n=40) n(33,3%)</i>	<i>Група порівняння (n=80) n(66,7%)</i>	<i>ВШ (ДІ)</i>	<i>p</i>
Вік (41 і старше)	38 (45,2)	46 (54,8)	14,043 (3,167-62,275)	<0,001
Умови праці (важкі)	8 (38,1)	13 (61,9)	1,288 (0,485-3,420)	0,393
Проф. огляд	31 (38,8)	31 (77,5)	5,44 (2,286-12,967)	<0,001
Початок менархе (14-18)	5 (12,5)	7 (8,8)	1,490 (0,441-5,028)	0,364
Початок статевого життя	14 (35,0)	21 (26,3)	0,661 (0,292-1,499)	0,216
Кількість статевих партнерів (більше 3)	32 (80,0)	32 (33,3)	6,00 (2,453-14,678)	<0,001
Місце проживання (село)	25 (62,5)	54 (67,5)	0,802 (0,363-1,773)	0,365

Отже, одним із факторів ризику, що впливає на виявлення РШМ є вчасне проходження жінкою профілактичних медичних оглядів.

**Дискусія.** Зв'язок між ризиком виникнення раку шийки матки і сексуальною поведінкою добре узгоджується з епідеміологічними даними, отриманими в незалежних дослідженнях з використанням різних методів аналізу. Цей зв'язок визначається двома критичними чинниками: вік при першому статевому акті і число сексуальних партнерів протягом життя.

Виявлено, що сексуальна поведінка партнера впливає на ризик появи цервікального раку. Деякі сімейні дослідження показали, що дружини партнерів, хворих на рак статевого члена, виявляли підвищений ризик виникнення раку шийки матки в подальшому житті. Крім того, такі дані підтверджуються результатами, отриманими з порівняльних досліджень, у яких дані про смертності і захворюваності показують сильний взаємозв'язок між раком шийки матки і раком статевого члена[16].

Вперше рак шийки матки описується як захворювання, що передається статевим шляхом, у статті Rigoni - Stem, що датується 1842 р. На великому статистичному матеріалі автор досліджує проблему виникнення даного захворювання і приходять до висновку, що рак шийки матки зустрічається надзвичайно рідко у дівчат, причому різних вікових груп, і дуже розповсюджений у жінок, які ведуть активне статеве життя. Хоча причини виникнення цього небезпечного для життя захворювання не були відомі, його епідеміологічні характеристики вказували на наявність інфекційного агента, що поширюється в людській популяції при статевих контактах. За останнє десятиліття накопичені численні цитологічні, імуногістохімічні дані, які вказують на прямий зв'язок між папіломавірусною інфекцією і виникненням цервікального раку. За даними ВООЗ, щорічно в світі реєструється близько 600 000 випадків цервікального раку і, незважаючи на проведені лікувальні заходи, 45-50% хворих помирають від цього захворювання. На думку багатьох авторів, виникнення даного захворювання асоційоване з вірусами папіломи людини, що передаються при статевих контактах.

Багаторічні спостереження К. Syrjanen і співавт. за жінками, інфікованими вірусом папіломи людини (ВПЛ), дозволили прийти до наступних висновків:

1. ВПЛ-інфекція є захворюванням, що передається статевим шляхом, і може вважатися фактором ризику виникнення раку шийки матки.

2. ВПЛ є причиною передпухлинних станів, що підтверджується морфологічними і імуногістохімічними даними, а також результатами ДНК-гібридизації.

3. Трансформовані вірусом клітини епітелію шийки матки з високою ймовірністю призводять до виникнення цервікальних карцином, якщо не вживаються своєчасні зусилля з лікування передракових станів.

4. Генітальна ВПЛ-інфекція може тривалий час існувати в латентному стані, причому це явище не залежить від статі пацієнта.

5. Прогнози з приводу онкогенної трансформації при інфікуванні вірусом, ймовірно, залежать від типу вірусу і фізичного стану його ДНК (тобто відбулася чи ні інтеграція геному вірусу в клітинний геном).

6. Пухлинна трансформація виникає з більшою ймовірністю при взаємодії ВПЛ з іншими канцерогенними або інфекційними агентами.

7. Імунологічні механізми захисту можуть впливати на перебіг інфекційного процесу.

За підсумками 4-річних спостережень папіломавірусна інфекція в 15-20% випадків закінчується тієї чи іншої онкологічною патологією генітальної сфери.

Два великих широкомасштабних дослідження показали достовірно вплив числа пологів на ризик виникнення раку шийки матки серед жінок. На підставі досліджень, проведених у п'яти столицях штатів США і в чотирьох Латино-Американських країнах виявлена пряма залежність між дітонародженням і ризиком появи цервікального раку. Вплив дітонародження було більш чітко виражено в Латино-Американських дослідженнях, де дослідники

мали справу з популяціями з високою народжуваністю, і таким чином, з досить високою кількістю багато разів народжували жінок.

Оральні контрацептиви. Ранні дослідження показували підвищений ризик виникнення раку шийки матки серед тих, хто використовує контрацептиви. Порівняно недавні дослідження, однак, показали, що підвищення ризику захворювання відбувається головним чином при тривалому застосуванні протизаплідних пігулок. Ці дані, однак, не отримали підтвердження в двох великих дослідженнях. В одному з цих досліджень була виявлена взаємозв'язок між оральними контрацептивами і рак *in situ* (головним чином серед жінок, що використовують пігулки недавно), але не інвазивним раком. Цей висновок був інтерпретований, як можливий індикатор для встановлення схильності до виникнення захворювання, так як ті, хто використовує оральні контрацептиви, піддаються більш частого і глибшого гінекологічного огляду, який, в свою чергу підвищує рівень виявлення ранньої стадії хвороби, ніж ті, хто не використовує їх. В результаті досліджень, проведених в Латино-Американських країнах, було виявлено, що використання оральних контрацептивів веде, в основному, до підвищення ризику виникнення аденокарциноми.

## Висновки

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено взаємозв'язок розвитку РШМ і рівня проведення профілактичних онкологічних оглядів.

Визначені фактори ризику, що асоціюються з РШМ:

- медико-демографічні фактори вік після 40 років збільшує шанси на РШМ в 14,043 рази (95% ДІ 3,167-62,275) ( $p < 0.001$ ).
- організаційно-медичні: невчасне проходження медичних оглядів збільшує шанси виникнення РШМ в 5,44 рази (95% ДІ 2,286-12,967) ( $p < 0.001$ );
- поведінковим фактором ризику виявився число партнерів більше 3-х, що збільшує шанси виникнення РШМ в 6 разів (95% ДІ 2,453-14,678) ( $p < 0.001$ ).

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Роль реабілітаційних технологій в комплексній терапії неінфекційних захворювань / О. О. Гончар, Є. Ю. Страшко, О. І. Шкурупій, Д. М. Бойко // Матеріали І Національного Конгресу Фізичної та реабілітаційної медицини «Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: практичне впровадження мульти-професійної реабілітації в закладах охорони освіти», м. Київ, 12–14 грудня 2019 р. – Київ, 2019. – С. 43–44.
2. World Health Organization et al. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. – 2019.
3. Романів М. Р. Медико-статистична оцінка статево-вікової структури захворюваності та смертності від онкологічних захворювань в Україні // Вісник наукових досліджень. – 2017. – № 1. Електронний доступ: doi:10.11603/2415-8798.2017.1.7594.
4. Вялков А. И. Методологические проблемы определения, оценки и мониторинга общественного здоровья / Вялков А. И., Гундаров И. А., Полесский В. А. // Главврач. - 2009. - № 1. - С. 6-11.
5. Гулашова І., Юстова Н. П., Бабечка Й. Соціально-економічні аспекти лікування онкологічних пацієнтів у закладах спа // Журнал європейської економіки. – 2021. – Т. 19. – №. 4. – С. 743-758.
6. Chitra, B., Kumar, S.S. Recent advancement in cervical cancer diagnosis for automated screening: a detailed review. J Ambient Intell Human Comput. 2021: <https://doi.org/10.1007/s12652-021-02899-2>
7. Сушко В. О. Медична експертиза захворювань, що призвели до втрати працездатності та смерті внаслідок впливу іонізуючого опромінення, спричиненого Чорнобильською катастрофою

(віддалений післяаварійний період) / В. О. Сушко, О. О. Колосинська, О. М. Татаренко та ін. // Журнал Національної академії медичних наук України. – 2019. – № 25, № 1. – С. 5-12.

8. Черкасова Н. В. Діагностика онкологічних захворювань: віртуальна виставка До Всесвітнього дня боротьби проти раку. – 2020.

9. Варивончик Д. В. Оцінка виробничої канцерогенної небезпеки у переробній галузі / Д. В. Варивончик // Укр. журн. з пробл. мед. праці. – 2013. – №2. – С. 22–27.

10. Васюкова М. М. Прогнозування формування і перебігу недиференційованої дисплазії сполучної тканини та диспансерне спостереження дітей цієї групи / М.М. Васюкова, Т.В. Починок. // Буков. мед. вісн. - 2012. Б.- 16, № 3. - С.25-29.

11. Малишок, А.П. Проблеми клініки та діагностики первинного раку маткових труб / А.П. Малишок, Т.В. М'якота; наук. кер.: Н.І. Гирявенко, Г.О. Сумцов, Є.В. Кузенко // Актуальні питання теоретичної та клінічної медицини : збірник тез доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 20-21 квітня 2017 р. / Відп. за вип. М.В. Погорелов. – Суми : СумДУ, 2017. – С. 197.

12. Комар О. М. Організація ранньої діагностики раку шлунка відповідно до актуального потенціалу системи охорони здоров'я / О.М. Комар, Н.М. Кізлова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – №. 4. – С. 43-48.

13. Дойкова К. М. Рак шийки матки. Сучасність підходів, кореляція стадування та управління на прикладі клінічного випадку / К. М. Дойкова, В. Соколова, О. Гриценко // Клінічна інформатика і Телемедицина. – 2019. – Т. 14, вип. 15. – С. 181–182.

14. Хорош М. В. Аналіз факторів ризику виникнення раку шийки матки серед населення України / М. В. Хорош, К. О. Гаркавенко, О. Г. Ханенко // Організаційні і правові засади оптимізації системи охорони здоров'я в Україні та світі в сучасних умовах : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 26 травня 2017 р. – Полтава, 2017. – С. 81–82.

15. Свінціцький В. С. Сучасні підходи до діагностики та лікування раку шийки матки/ В. С. Свінціцький, В. В. Приймак, О. П. Ренкас //Український медичний часопис. – 2020. – №. 3 (2). - DOI: 10.32471/umj.1680-3051.137.178064

16. Жилка Н.Я. Сучасні підходи до профілактики раку шийки матки / Н.Я. Жилка, Т.В. Зайкова // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 4. – С. 53– 56.



17. Pastrez P. R. A., Mariano, V. S., da Costa, A. M. et al. The relation of HPV infection and expression of p53 and p16 proteins in esophageal squamous cells carcinoma. *Journal of Cancer*. 2017; 8(6): 1062.
18. Wang J., Elfström, K. M., Andrae, B. et al. Cervical cancer case–control audit: Results from routine evaluation of a nationwide cervical screening program. *International journal of cancer*. 2020; 146(5): 1230-1240.

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОЗИЦІЇ БІОЕНЕРГЕТИКИ**

**Козакевич В. К, Козакевич О. Б., Зюзіна Л. С.**

*Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна*

Стан здоров'я дітей є інтегральним показником загального благополуччя суспільства [1, 2, 3]. Найбільш вагомим позитивним показником здоров'я є рівень фізичного розвитку, без визначення якого оцінка стану здоров'я буде неповною. Однак, методика оцінки фізичного розвитку, заснована на статистичному нормативі, недосконала, тому що, визначаючи масу і лінійні розміри дитини, ми не можемо судити про процеси формування функціональних систем, які необхідні для забезпечення виживання організму. Крім того, зріст дитини є лише одним з проявів процесів розвитку та недостатньо інформативним для керування процесом оздоровлення [4, 5, 6]. У різні періоди онтогенезу дитини для характеристики її фізичного розвитку необхідний акцент на показники, що вказують на результат тієї чи іншої форми надлишкового анаболізму [7]. Існують дві форми надлишкового анаболізму: накопичення протоплазматичної маси і зростання енергетичного потенціалу. Якщо в ранньому віці фізичний розвиток має характеризуватися переважно динамікою лінійних і вагових показників (зростання протоплазматичної маси), то в шкільному це мають бути показники структурно-енергетичного потенціалу.

Для вимірювання та оцінки рівня здоров'я на сьогодні все ширше використовуються уявлення і поняття теорії адаптації [4]. За даною концепцією початок захворювання визначається як явище адаптаційного порушення у функціональних системах, а сама хвороба – як результат виснаження адаптаційних механізмів [8, 9, 10]. Проблема збереження та відновлення здоров'я школярів визначається прогресуючим зменшенням прошарку здорових дітей, збільшенням частоти дітей з рекурентними, хронічними захворюваннями при

зниженні їх адаптаційних можливостей. Тому дослідження, спрямоване на порівняльне вивчення фізичного розвитку та адаптаційних можливостей школярів представляє науковий і практичний інтерес.

Метою нашої роботи було вивчити фізичний розвиток дітей шкільного віку та його зв'язок з рівнем фізичного (соматичного) здоров'я.

Нами вивчені закономірності фізичного розвитку 1640 дітей м. Полтави (800 хлопчиків та 840 дівчаток) віком від 7 до 16 років. Антропометричні вимірювання проводили за загальноприйнятою методикою [11].

Соматотип визначали відповідно схемі Дорохова Р.К. і Бахраха І.І., що дозволило розподілити обстежених дітей за показниками фізичного розвитку на три соматотипи: мікросоматичний, мезосоматичний та макросоматичний [12]. Віднесення дитини до одного з цих соматотипів проводилось згідно суми номерів “коридорів” центильної шкали, отриманих для довжини та маси тіла. При сумі балів до 10 дитину відносили до мікросоматичного типу, при сумі від 11 до 15 балів – до мезосоматичного, при сумі від 16 до 21 бала – до макросоматичного соматотипу. Біологічний вік оцінювали за ступенем статевої зрілості. Ступінь статевої зрілості визначали за J.M.Tanner [13]. Виділяли три групи дітей з затримкою статевого дозрівання (ретарданти), з середнім рівнем дозрівання (медіанти) та з прискореним рівнем дозрівання (акселерати). Статистична обробка результатів досліджень проводилась за допомогою програми Microsoft Office Excel 2010.

Проведене дослідження фізичного розвитку школярів дало можливість на регіональному рівні виявити загальні тенденції та особливості ростових процесів дітей та підлітків, що сформувалися в умовах конкретного способу життя та відповідного середовища проживання.

Динаміку змін показників зросту та маси тіла обстежених дітей в залежності від віку та статі представлено на рис. 1.

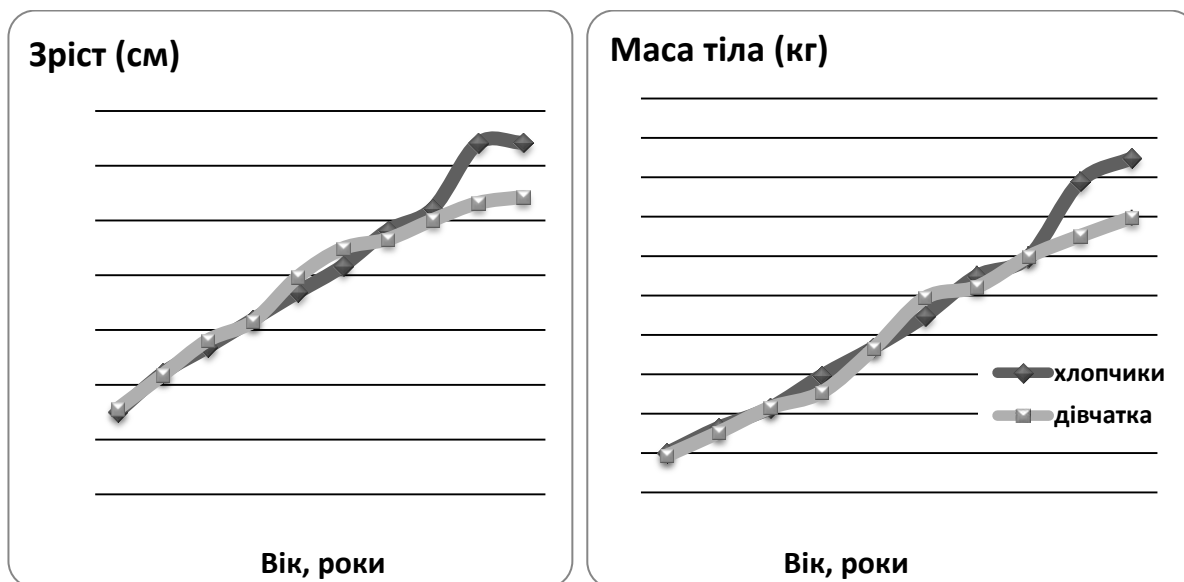


Рис.1. Зміни довжини та маси тіла у дітей від 7 до 16 років.

Аналіз вікової динаміки антропометричних показників показав значну статеву різницю в показниках росту обстежених дітей після 10 років. Так, дівчатка мали вищі показники росту порівняно з хлопчиками у віці 11 років ( $149,7 \pm 1,1$  см порівняно з  $146,9 \pm 0,9$  см відповідно,  $p < 0,05$ ). Як видно з рис. 1. пубертатний стрибок у зрості хлопчиків починається значно пізніше, ніж у дівчаток (в 13–14 років), і у 15 років вони випереджають дівчаток у зрості ( $174,1 \pm 1,0$  см та  $163,2 \pm 0,8$  см відповідно,  $p < 0,001$ ) та масі тіла ( $59,4 \pm 1,3$  кг та  $52,5 \pm 0,9$  кг відповідно,  $p < 0,001$ ). Отримані нами дані можливо пояснити нестабільністю ендокринної системи, більш раннім початком періоду статевого дозрівання та дією статевих гормонів у дівчаток, що відповідає фізіологічним періодам збільшення темпів росту дітей та співпадає з дослідженнями інших авторів [14, 15].

Адаптаційні можливості визначаються як запас функціональних резервів, які постійно використовуються на підтримку рівноваги між організмом і зовнішнім середовищем. Школярі представляють особливу та досить складну соціальну групу. В той же час, шкільні роки збігаються з періодом формування найважливіших фізіологічних функцій організму. Адаптація до нових соціально-екологічних умов, постійно зростаюча інтенсифікація навчального процесу на тлі обмеженого рухового режиму можуть викликати напругу регуляторно-компенсаторних механізмів, що вимагає нового підходу до оцінки рівня їх здоров'я та розробки науково обґрунтованих профілактичних заходів.

Наведені факти свідчать, що, оцінюючи фізичний розвиток дітей шкільного віку, поряд із загальноприйнятим комплексом критеріїв,

важливо брати до уваги рівень фізичного здоров'я організму, оскільки він відображає ступінь адаптованості організму та є показником індивідуального здоров'я [16, 17, 18]. Найбільш гостро ця задача постає у пубертатному періоді, коли відбуваються морфологічні зміни в організмі, які часто не мають клінічних симптомів. Підлітки пубертатного періоду привертають увагу, як категорія дітей, найбільш чутливих до несприятливих умов оточуючого середовища [19, 20].

Тому, в подальшому дослідженні нами проведено визначення рівня фізичного здоров'я (РФЗ) за показниками біоенергетики саме у дітей 12-14 років. РФЗ визначали за показниками критеріїв резерву і економізації функцій серцево-судинної системи (методикою кількісної експрес-оцінки Г. Л. Апанасенко) з виділенням п'яти рівнів фізичного здоров'я (низького, нижче середнього, середнього, вище середнього та високого) [7].

Як видно з рис. 2. переважна кількість школярів пубертатного періоду мали низький та нижче середнього РФЗ ( $38,8 \pm 2,2$  % та  $22,7 \pm 1,9$  % відповідно). Середній РФЗ спостерігався у  $27,3 \pm 2,0$  %. Особливо звертає увагу те що вище середнього і високий РФЗ були притаманні лише  $6,6 \pm 1,1$ % та  $4,6 \pm 0,9$ % обстеженим дітям відповідно.

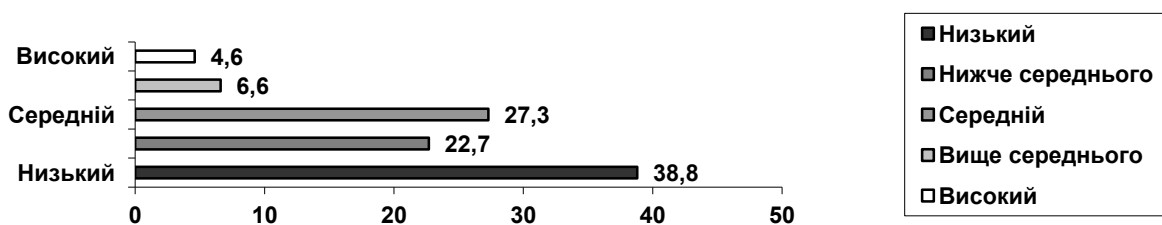


Рис.2. Розподіл обстежених дітей за рівнем соматичного здоров'я

Проведена порівняльна характеристика виявлених відмінностей у рівні фізичного здоров'я школярів дозволила нам виявити вікові періоди його помітного погіршення. У дівчаток цей період припадає на 12 років, коли РФЗ у них був значно нижчим, ніж у групі хлопчиків цього віку (відповідно  $3,1 \pm 0,5$  і  $5,3 \pm 0,6$  бали,  $p < 0,01$ ), що можна пояснити більш раннім початком пубертатного періоду у дівчаток (рис.3.).

Рівень соматичного здоров'я,  
бали

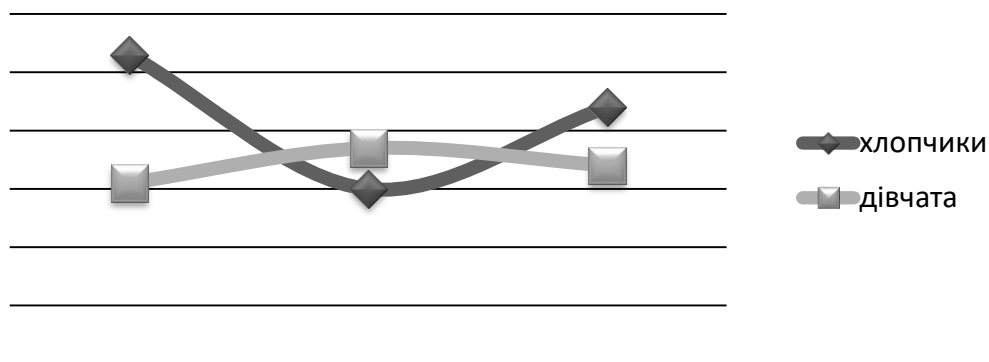


Рис. 3. Статеві різниця рівня фізичного здоров'я обстежених дітей (бали); 1 – хлопчики; 2 – дівчатка.

Порівняльний аналіз показників РФЗ виявив суттєве погіршення стану фізичного здоров'я хлопчиків у 13 років, що корелює зі змінами у їх фізичному розвитку. Чим більшою була маса тіла, тим нижчим був РФЗ ( $r=0,41$ ,  $p<0,001$ ). Це можна пояснити тим, що саме в цьому віці збільшується частка дітей з макросоматичним типом тілобудови.

Нами проаналізовано РФЗ школярів різних віково-статевих груп з урахуванням соматотипу. За результатами проведеного порівняльного аналізу переважна більшість дітей пубертатного періоду з макросоматичним соматотипом продемонстрували низький та нижче середнього РФЗ – 68,5 % та 14,7 % відповідно. Це обумовлено зменшенням резервних можливостей серцево-судинної системи у даної когорти дітей, що може характеризувати їх як малоактивних особистостей. Під час дослідження середній рівень показали 13,5%, вище середнього лише – 3,4 % обстежених дітей з макросоматичним типом тілобудови (рис. 4.). У той же час, діти з високим РФЗ серед дітей з макросоматичним соматотипом взагалі не спостерігалися. Серед дітей з мезосоматичним та мікросоматичним соматотипами низький РФЗ спостерігався лише у 36,3 % та 18,5 % підлітків відповідно.



Рис. 4. Показники РФЗ у дітей із різним соматотипом (%)

Серед усієї когорти обстежених дітей високий РФЗ був притаманний тільки дітям з мезосоматичним та мікросоматичним соматотипами – 4,1 % та 10,9 % відповідно. Отримані нами дані співпадають з дослідженнями інших авторів [21, 22].

Досить вагомий (більш 80 %) прошарок дітей з нижче середнім та низьким РФЗ в групі дітей з макросоматичним соматотипом визначає необхідність більш детального обстеження цієї когорти дітей для вирішення обґрунтованого підходу до застосування персоналізованих профілактично-реабілітаційних заходів.

Аналіз проведених досліджень свідчить, що школяри всіх вікових груп сучасних дітей з мікросоматичним соматотипом мали достовірно вищі значення енергопотенціалу в порівнянні з їх однолітками з макросоматичним типом тілобудови ( $p < 0,01$ ), що вказує на кращу адаптацію дитячого організму даної групи дітей до фізичного навантаження (рис. 5.).

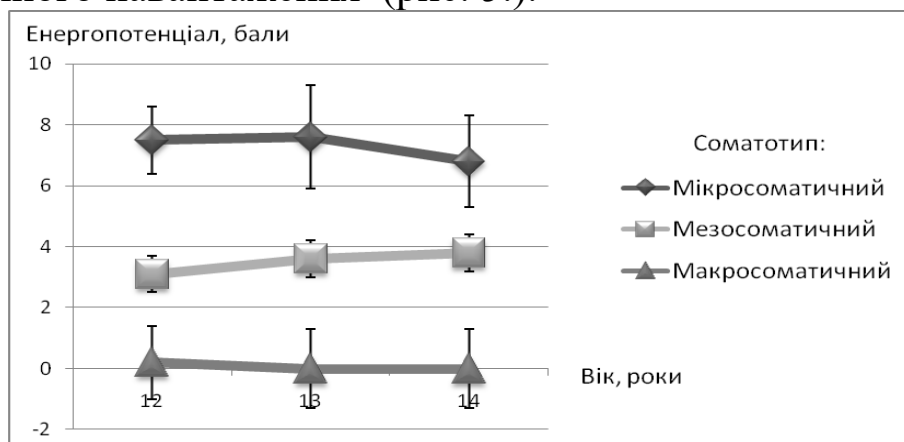


Рис. 5. Показники енергопотенціалу дітей з різними типами тілобудови (бали).

Суттєвий вплив на стан фізичного здоров'я школярів має, безумовно, пубертатний період. Тому, на нашу думку, дуже важливо було оцінити РФЗ з урахуванням біологічного віку дитини. Отримані дані співвідношення рівнів адаптаційного потенціалу з рівнем біологічної зрілості у підлітків представлено на рис. 6. Проведене дослідження показало, що у хлопчиків ретардантів 12 років рівень енергопотенціалу був на вірогідно вищому рівні, ніж у їх однолітків акселератів ( $6,6 \pm 1,0$  бали порівняно з  $1,6 \pm 1,2$  балами відповідно) ( $p < 0,01$ ). Аналогічна картина (максимальний рівень енергопотенціалу у ретардантів, мінімальний – у акселератів) спостерігалась у хлопчиків інших вікових груп ( $p < 0,01$ ). Під час дослідження максимальний рівень енергопотенціалу у ретардантів, мінімальний — у акселератів продемонстрували дівчатка всіх вікових груп ( $p < 0,05$ ).

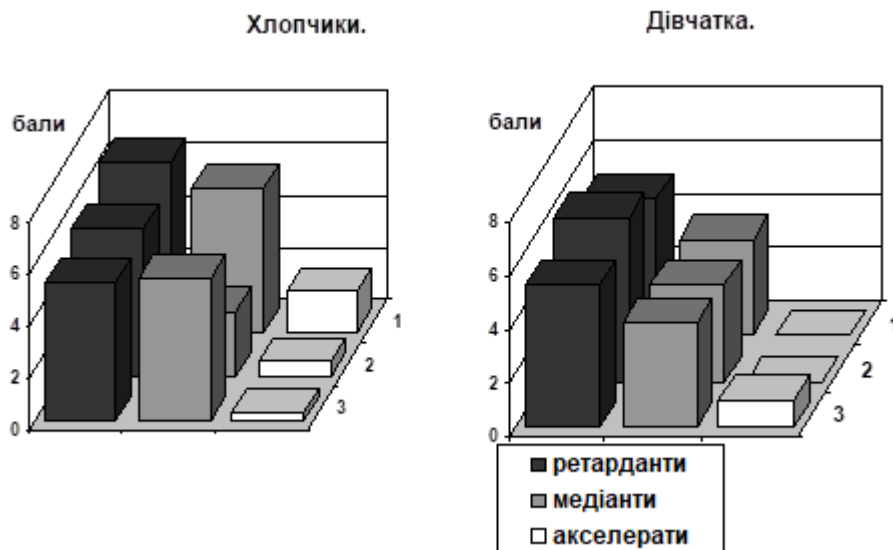


Рис. 6. Рівень фізичного здоров'я дітей з різним рівнем біологічної зрілості (бали); вікові групи: 1 – 12 років; 2 – 13 років; 3 – 14 років.

Отже, діти акселерати також складають групу ризику щодо розвитку порушень у стані фізичного здоров'я, що потрібно враховувати для своєчасного проведення профілактичних заходів.

Проведений кореляційний аналіз підтвердив наявність вірогідних негативних зв'язків між РФЗ та соматотипом ( $r = -0,32$ ,  $p < 0,001$ ), рівнем біологічної зрілості ( $r = -0,26$ ,  $p < 0,01$ ), масою тіла ( $r = -0,31$ ,  $p < 0,001$ ).

Визначення закономірностей формування здоров'я дітей є важливою науково-методологічною задачею педіатрії, вирішення якої дає можливість керувати процесами здоров'я. Проведений аналіз фізичного розвитку, резервних можливостей школярів дозволяє констатувати, що за період шкільного навчання найбільш

інформативним можна вважати показник рівня енергозабезпечення організму, який показує адаптацію дітей до нових умов навчання в школі, особливо на фоні гормональної перебудови організму. Кількісне визначення рівня фізичного здоров'я з урахуванням не тільки антропометричних показників, а й показників функціонального стану організму дитини дозволить управляти адаптаційними процесами та надасть можливість прогнозувати стан фізичного здоров'я і розробляти диференційовані невідкладні і довгострокові коригувальні заходи на різних рівнях, що є неодмінною умовою профілактики захворювань. Простота і доступність методики кількісної експрес-оцінки рівня фізичного здоров'я, значна інформативність одержуваних даних надають показникам фізичного розвитку значення об'єктивного критерію індивідуального розвитку дитини.

Розробка та удосконалення комплексної системи діагностики ранніх порушень здоров'я з прогнозуванням стану здоров'я і ризику виникнення захворювань, залежно від індивідуальних адаптаційних можливостей організму, дозволить діагностувати захворювання на етапі доклінічної стадії, коли ще можливо попередити розвиток хвороби, її ускладнення та провести комплексні оздоровлюючі і реабілітаційні заходи [23, 24, 25].

### Література

1. Няньковский С. Л., Яцула М. С., Сенкевич Е. М., Пасичнюк И. П. Медико-социальные особенности состояния здоровья школьников в Украине. *Georgian Medical News*. 2014. №5 (230). С.60–65.
2. Дудіна О. О., Терещенко А. В. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. №2(60). С.49–57.
3. Балакірева О. М., Бондар Т. В., Павлова Д. М. та ін. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків: моногр. / ред. О. М. Балакірева. К.: ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка. 2014. 156с.
4. Апанасенко Г. Л., Козакевич В. К., Коровина Л. Д. Уровень соматического здоровья, его связь с физическим развитием и прогнозирование заболеваемости. *Валеология*. 2003. №1. С. 19–24.
5. Дугіна Н. Г., Мохова І. І., Борисова Ю. Ю. Оцінка фізичного стану підлітків 13-14 років. *Проблеми фізичного виховання і спорту*. 2011. № 1. С.51–53.
6. Кузюк Л. Г., Маковкін Ю.А., Ігнатова Т. Б. Адаптаційні можливості організму з урахуванням морфо-функціонального



- розвитку дітей шкільного віку. *Современная педиатрия*. 2011. №1(35). С. 95–98.
7. Апанасенко Г. Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. Петрополис: [сб] ), 1992. 123 с.
8. Марушко Ю. В., Гищак Т. В. Проблема діагностики і корекції зниженої толерантності до у фізичного навантаження у дітей шкільного віку. *Современная педиатрия*. 2014. №7(63). С.34–40.
9. Гозак С. В., Єлізарова О. Т. До питання оцінки адаптаційно-резервних можливостей організму дітей шкільного віку в гігієнічних дослідженнях. *Гігієна населених місць*. 2012. № 59. С. 285–292.
10. Коровіна Л. Д., Запорожець Т. М., Козакевич В. К. Вплив екзогенних чинників на соматичне здоров'я та автономну нервову регуляцію у дітей та молоді: монографія. Полтава: ПОКППІТ «Освітаінфоком», 2019. 188с.
11. Наказ МОЗ України від 13.09.2013 № 802 «Про затвердження критеріїв оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку».
12. Воронцов И. М. Закономерности физического развития детей и методы его оценки. Л.: Изд-во ЛПМИ, 1986. 506 с.
13. Rosenbloom A. L, Tanner J. M. Misuse of Tanner Puberty Stages to Estimate Chronologic Age. *Pediatrics*. 1998. Vol. 102 (6). P. 1494. URL: <https://dx.doi.org/10.1542/peds.102.6.1494>
14. Трушкин А. Г. Комплексная оценка физического развития детей и подростков г.Ростова–на–Дону. *Валеология*. 2000. №1. С.61–72.
15. Назарова Л. В., Матвеева Н. А., Чекалова Н. Г. Динамика физического развития сельских школьников Нижегородской области (1968-2008 гг.). *Рос. пед. ж.* 2010. № 3. С. 49–52.
16. Омельченко Т. Г. Корекція донозологічних станів організму дітей молодшого шкільного віку в процесі фізкультурно-оздоровчих занять: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 24.00.02 / Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. Київ, 2013. 22с.
17. Пономарьова Л. І. Особливості формування здоров'я сучасних школярів на різних етапах навчання. *Здоровье ребенка*. 2014. №2(53). С. 35–38.
18. WHO: Global School Health Initiative. URL: [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshi/en/](http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/).
19. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности : руководство для врачей /. — М. : ГОЭТАР-Медиа, 2008. 352 с.

20. Козакевич В. К., Зюзіна Л. С. Сучасні підходи до оцінки донозологічних станів організму дітей шкільного віку. *Вісник проблем біології і медицини*. 2016. Вип.2. Т.3 (130). С.141–144.
21. Гончарова Н. М. Вплив жирового компонента тіла дітей молодшого шкільного віку на рівень їх фізичного розвитку. *Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту*. Львів, 2007. Вип. 11. Т. 4. С. 83–86.
22. Lobstein T. Obesity in children. *BMJ*. 2008. Vol. 337. P.669.
23. Москаленко Н. В., Єлісеєва Д. С. Аналіз рівня соматичного здоров'я дітей старшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. 2014. № 118 (3). С.189–192.
24. Козакевич В. К., Зюзіна Л. С. Стан вегетативного гомеостазу в дітей шкільного віку з різним рівнем соматичного здоров'я: collective monograph. *Medical university of Lublin. Challenges and achievements of medical science and education*. Lublin, Poland, 2020. С. 75–94.
25. Квашніна Л. В., Майдан І. С., Ігнатова Т. Б. Можливості комплексної корекції проявів шкільної дезадаптації в дітей молодшого шкільного віку. *Здоров'я ребенка*. 2019. Том 14. №2. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/47704>

## **ОСНОВНІ ОПЕРАТИВНІ ФУНКЦІЇ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

**Харченко Н.В.**

*Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

Ачесон (1988) визначив громадське здоров'я як «науку та мистецтво запобігання хворобам, продовження життя та зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства» [1].

Громадське здоров'я ж включає в себе: захист здоров'я, профілактику захворювань і зміцнення (збереження) здоров'я. Простіше, громадське здоров'я – це запобігання захворюванням, травматизму, інвалідності та продовження тривалості життя, при умові ведення здорового способу життя в здоровому середовищі й умовах життєдіяльності для теперішнього та майбутніх поколінь [2].

### **ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ**

Здоров'я – це результат складної взаємодії між нашими генетичними особливостями, навколишнім середовищем, в якому ми живемо, суспільством, частиною якого ми є, і нашим способом життя [3].

Основними функціями громадського здоров'я (ГЗ) прийнятими ВООЗ є:

1. Нагляд за здоров'ям та добробутом населення;
2. Моніторинг та реагування на небезпеку для здоров'я та надзвичайні ситуації;
3. Захист здоров'я, включаючи екологічне, професійне, безпечне харчування та ін.;
4. Зміцнення здоров'я, включаючи заходи щодо вирішення соціальних детермінант та нерівності у здоров'ї;
5. Профілактика захворювань, включаючи раннє виявлення хвороби;
6. Забезпечення управління здоров'ям та добробутом;
7. Забезпечення достатньої та компетентної робочої сили в галузі громадського здоров'я;
8. Забезпечення стійких організаційних структур та фінансування;
9. Адвокація, спілкування та соціальна мобілізація заради здоров'я;
10. Просування наукових досліджень у галузі громадського здоров'я для інформування політики та практики [1].

На практиці, однак, жодна система громадського здоров'я не організована відповідно до цих функцій, елементи якої можна знайти в багатьох різних видах діяльності та структурах.

**Таблиця 1**

**Десять основних операцій з громадського здоров'я**

Бачення: стійке здоров'я і благополуччя		
Базові основні операції охорони здоров'я		Забезпечуючи основні операції охорони здоров'я
Збір та аналіз інформації 1+2	Надання послуг	Стратегічне керівництво
	Зміцнення здоров'я	Кадри ГЗ
Епіднагляд	3+ 4 + 5	Фінансування
Моніторинг готовності до реагування		Комунікація
Визначення змісту оцінок і планів	Захист здоров'я і профілактика захворювань	Дослідження

*Джерело: [1]*

Моніторинг стану здоров'я є першою з десяти основних операцій з громадського здоров'я, визначених для Європейського регіону ВООЗ.

**Моніторинг здоров'я** - це комплекс діагностичних досліджень, які проводять упродовж певного проміжку часу. Це дає можливість визначити зміни у здоров'ї людини, відповідність індивідуального рівня віковій та статевій нормі. Такий моніторинг проводять для призначення профілактичних чи лікувальних заходів, спрямованих на оздоровлення і лікування [4].

Доповідь Джона Граунта «Природні та політичні спостереження, зроблені за рахунками смертності» (1662), є раннім прикладом концептуального підходу до моніторингу громадського здоров'я. Цей звіт описує виникнення хвороб та смерть серед населення Лондона, розглядаючи широкі перспективи для вивчення проблем бідності та навколишнього середовища, з метою інформування директора (радника англійського короля). Доповідь Лалонди, «Нова перспектива на здоров'я канадців» (1974), є більш свіжим прикладом національної доповіді про охорону здоров'я, що використовує широкий концептуальний підхід до здоров'я [1].

Звітність про стан здоров'я - це мистецтво представляти результати моніторингу здоров'я цільовій аудиторії.



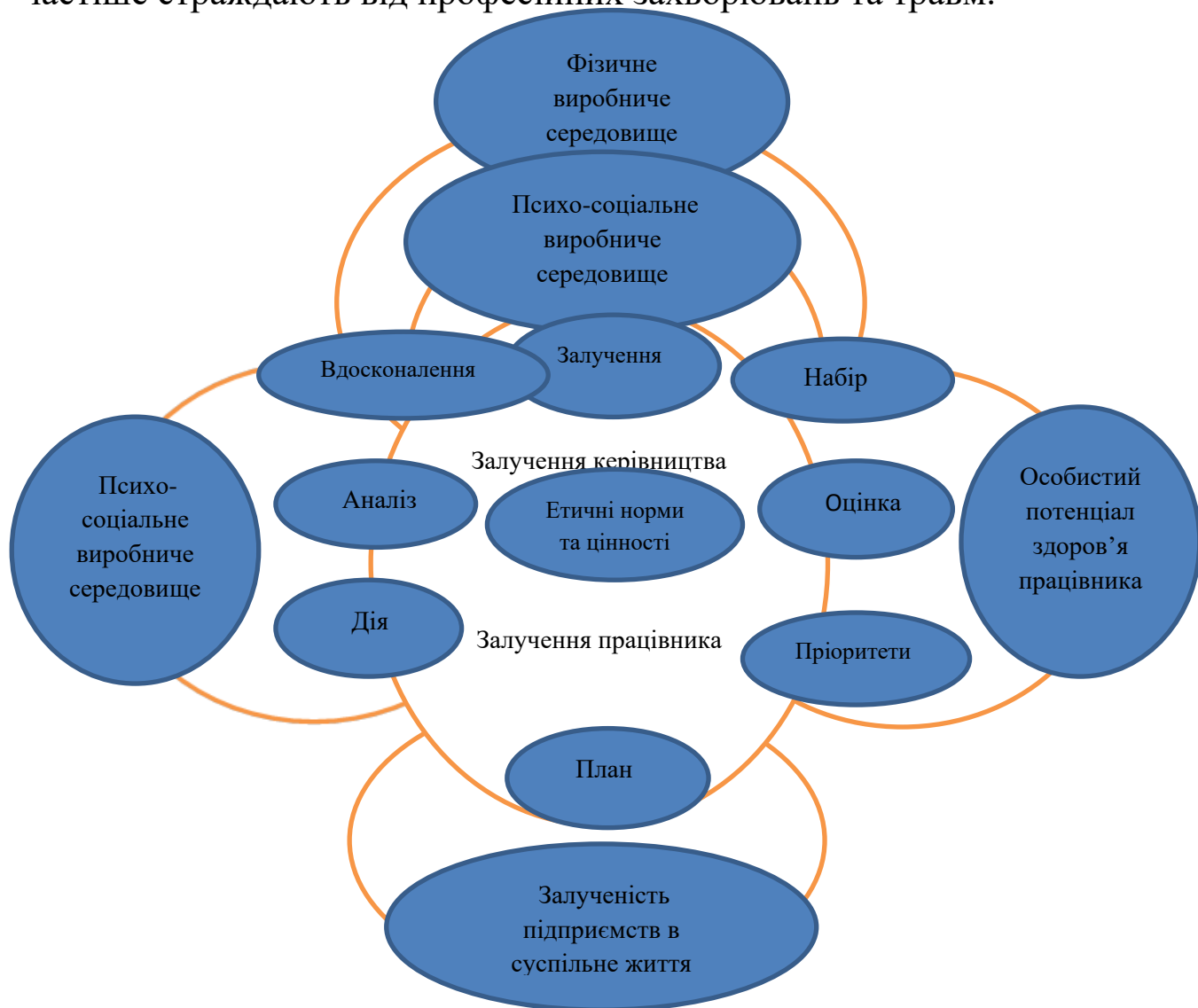
**Рисунок 1.** Інформаційна піраміда

*Джерело: [1]*

*Перший рівень* піраміди містить дані, що є основою для всіх зусиль щодо звітності. *Другий (інформаційний) рівень* вимагає ефективного представлення, аналізу та інтерпретації даних. *Третій (знання) рівень*, розміщуються дані в більш широкій перспективі, що

стосується політики, включаючи часові тенденції та суспільний контекст. *Четвертим і найвищим (мудрістю) рівнем*

Зайнятість та умови праці є основними соціальними детермінантами здоров'я. В Європейському регіоні ВООЗ спостерігаються постійні вдосконалення охорони праці та безпеки праці, між країнами та всередині країн зберігаються значні диспропорції щодо стану здоров'я працівників, їхнього професійного ризику та доступу до служб охорони праці. Працівники в уразливих або недостатньо забезпечених групах (такі як молоді або літні люди, вагітні жінки, люди з обмеженими можливостями, мігранти) та працівники секторів високого ризику (таких як гірничодобувна промисловість, будівництво, охорона здоров'я, сільське господарство, малі та середні підприємства, неформальні зайняті, самозайняті) частіше страждають від професійних захворювань та травм.



**Рисунок 2.** Модель здорового робочого місця  
Джерело: [1]

Праця відіграє центральну роль у суспільстві: вона забезпечує засоби отримання доходу, престижу та почуття цінності, а також пропонує спосіб брати участь і бути включеним як повноправний член у життя громади.

Охорона навколишнього середовища включає ті аспекти здоров'я людини, які визначаються чинниками навколишнього середовища. Навколишнє середовище має як прямий, так і непрямий вплив на здоров'я. Все більше стає очевидним, що стійке здоров'я населення залежить від успішного переходу до економіки, яка підтримує екосферу. Екосистеми включають повітря, воду, ґрунт і рослинність і необхідні для забезпечення життя, включаючи життя людини, але руйнуються в результаті втручання людини.

**Таблиця 2.**

**Галузі знань, що стосуються основних областей охорони навколишнього середовища**

Осно вн а обл асть	Галузь знань
Профілактика та контроль нещасних випадків та травм	Прогностичне моделювання сценаріїв аварій Управління на випадок непередбачених ситуацій та матеріально-технічне забезпечення Сприйняття нещасних випадків та психологія Економіка нещасних випадків та ризиків
Якість води	Хімія води та стічних вод Прикладна гідрологія Гідрогеологія Морські науки Гідромеханіка Технології водопостачання та водопідготовки Сільське господарство, промислове та енергетичне управління
Якість повітря	Кліматологія Промисловий та енергетичний менеджмент Метеорологія Хімія атмосфери Атмосферно-кліматологічне моделювання

Якість та безпека продуктів харчування	Економіка управління сільським господарством Ветеринарна наука Ґрунтознавство Технологія виробництва продуктів харчування Системи аналізу небезпек Зміцнення здоров'я Біотехнологія та технологія генетичної модифікації
Поводження з відходами та забруднення ґрунту	Поводження з твердими та рідкими відходами Ґрунтознавство Управління та відновлення забруднених земель Поводження з відходами
Екологія людини та житло	Управління будівництвом Управління селом Архітектура Міське планування Наука про будівництво та житло
Здоров'я людей на роботі	Ергономіка Охорона праці Охорона навколишнього середовища Інженерна технологія Гігієна праці Технологія біоінженерії
Енергія	Моделювання та прогнозування споживання енергії Методи дистанційного моніторингу та дистанційного зондування Географічні інформаційні системи
Управління транспортом	Економіка транспорту та логістики Транспортне моделювання Автомобільна техніка Дослідження поведінки на транспорті Дослідження безпеки дорожнього руху
Планування землекористування	Міське та сільське планування Управління відкритим простором Охорона природи та охорона дикої природи Управління забрудненими землями

	Управління сільським господарством Управління природними ресурсами та енергією
Сільське господарство	Рослинництво та рослинництво Тваринництво Ветеринарна наука Хімічна та пестицидна безпека Морські та рибні науки
Іонізуюче та неіонізуюче випромінювання	Методи моніторингу та захисту природного фону Аудит безпеки АЕС Поводження з ядерними відходами Радіаційний контроль Прогностичні методи моделювання Методи реабілітації забруднених ділянок Застосовані епідеміологічні методи для дослідження впливу джерел неіонізуючого випромінювання
Контроль шуму	Методи оцінки впливу шуму Навички вивчення роздратування, спричинені шумом Оцінка шуму громади
Туристично-рекреаційна діяльність	Якість води для купання Контроль закладу відпочинку Прикладна екологія Прибережні та лиманні науки
Векторний контроль	Ентомологія Паразитологія Прикладна зоологія Методи боротьби з інфекційними захворюваннями

*Джерело:* [1]

Продовольча безпека будується на трьох стовпах (рис. 3):

- **Наявність:** достатня кількість їжі є постійно доступною.
- **Доступ:** доступні достатні ресурси для отримання відповідної їжі для повноцінного харчування.



- Використання: правильне використання на основі знань про харчування та догляд, а також достатня кількість води та санітарії.



**Рисунок 3.** Три стовпи продовольчої безпеки

*Джерело:* [1]

Охорона здоров'я визнана важливою детермінантою здоров'я населення. Перспектива громадського здоров'я передбачає вивчення того, як система охорони здоров'я реагує на потреби всього населення.

Скринінг як засіб раннього виявлення хвороби є загально визнаною функцією громадського здоров'я в усій Європі.

Марк Лалонде стверджував, що для сприяння здоров'я населення, необхідно вийти за межі біомедичної моделі та врахувати такі фактори, як навколишнє середовище, а також індивідуальну поведінку та спосіб життя.

Зміцнення здоров'я є важливою складовою громадського здоров'я. Країни Європи широко відрізняються між собою за тим, наскільки вони сприяють здоров'ю свого населення. Це стосується діяльності зі зміцнення здоров'я, інтеграції системи зміцнення здоров'я у наданні медичних послуг та шляхів переходу країн до здорової державної політики в інших секторах. Підготовка професіоналів, що займаються зміцненням здоров'я, також різниться в різних країнах.

Соціальні детермінанти здоров'я можна широко визначити як ті фактори, які впливають на здоров'я, або, як висловилася Комісія ВООЗ з соціальних детермінант здоров'я:

умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть та старіють, включаючи систему охорони здоров'я. Ці обставини формуються розподілом грошей, влади та ресурсів на глобальному, національному та місцевому рівнях [1].

Міжгалузєва робота є загальною практикою громадського здоров'я в Європі. Охорона навколишнього середовища, гігієна праці, зміцнення здоров'я, вирішення соціальних детермінант, продовольча

безпека та оцінка впливу на здоров'я - все це передбачає певний ступінь міжгалузевих дій.

**Таблиця 2**

**Основні стадії оцінки впливу на здоров'я**

<b>Попередня оцінка (скринінг)</b>
Визначення доцільності проведення ОВЗ для виявлення того, наскільки ефективно представлено рішення проблем здоров'я і нерівності стосовно здоров'я в опрацьовуваній пропозиції (проект)
<b>Визначення рамок ОВЗ</b>
Визначення обсягу і областей заходів в рамках ОВЗ
<b>Власне оцінка</b>
Визначення відповідних детермінант здоров'я і спектра потенційних впливів на здоров'я і рівність у випадку охорони здоров'я
<b>Звіт</b>
Компіляція і узагальнення інформації, формулювання рекомендацій для осіб, які приймають рішення, на основі найкращих наявних даних
<b>Безперервний моніторинг і оцінка</b>
Проведення оцінки можливості поліпшення пропозиції, а також ефективності ОВЗ і ступеня її корисного впливу

*Джерело:* [1]

Оцінка впливу на здоров'я все частіше розглядається як засіб для визначення впливу політики на детермінанти здоров'я та як ключова стратегія реалізації міжгалузевих дій.

Забезпечення стійких організаційних структур та фінансування визначено однією з десяти основних операцій в охороні здоров'я. Недостатнє фінансування, здається, представляє одну з головних проблем для громадського здоров'я в Європі, зокрема в сучасних економічних обставинах, але також потрібна краща інформація про ефективність та дієвість структур громадського здоров'я, щоб забезпечити максимальне використання наявних ресурсів [1].

В Україні діє бюджетна модель охорони здоров'я. Це пояснюється тим, що основну роль у фінансовому забезпеченні відіграють кошти державного (14-28%) та місцевого (71-85%) бюджетів, а кошти, отримані з інших джерел, характеризуються як додаткові фінансові ресурси [5].

Забезпечення достатньої та компетентної робочої сили в галузі громадського здоров'я було визначене Регіональним бюро ВООЗ для Європи як одна з основних операцій у галузі громадського здоров'я.

Фахівці з громадського здоров'я, а також широкий загал працівників громадського здоров'я суттєво сприяють функціонуванню систем охорони здоров'я та здоров'ю населення. Тому їх роль повинна бути більш офіційно визнана та підтримана особами, які приймають рішення в управлінні системами охорони здоров'я [1].

Поглибленого вивчення вимагають питання планування потреби в кадрах громадського здоров'я, їх підготовки, розстановки, мотивації тощо [6].

Лідерство в галузі громадського здоров'я є одним із найважливіших аспектів успішного управління здоров'ям та добробутом. Можна виділити кілька форм лідерства у громадському здоров'ї. Індивідуальне лідерство асоціюється з конкретною людиною. Організаційне лідерство також покладається на ефективність процесів та відносин. Однак, на відміну від індивідуального лідерства, воно закладено в організації та базується на ній. Лідерство громади в значній мірі залежить від здатності розпізнавати, представляти та діяти відповідно до поглядів та потреб місцевого населення та установ. Моделі спільного лідерства спираються на більш офіційно організовані мережі та партнерські стосунки. Важливо також зазначити, що співпраця та організаційне лідерство часто є найбільш успішними, коли немає видимого обличчя, пов'язаного з даною ініціативою [1].

## **ВИСНОВКИ.**

Просування досліджень у галузі громадського здоров'я було визначено однією з найважливіших операцій у галузі громадського здоров'я. Дослідження громадського здоров'я спрямовані на поліпшення стану здоров'я населення за рахунок внеску в процес формування політики та практики громадського здоров'я.

Процес знань інформації про громадське здоров'я - це динамічний та повторюваний процес, який включає синтез, розповсюдження та обмін, але, що найголовніше, застосування інформації при прийнятті рішень.

## **Література:**

1. Bernd Rechel, Martin McKee. Facets of Public Health in Europe, Open University Press, 2014; 349.
2. Проблематика громадського здоров'я. Громадське здоров'я в світі та в Україні. Режим доступу: [http://cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya\\_445.html](http://cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya_445.html)
3. Irene Papanicolas, Peter C. Smith. Health system performance comparison, Open University Press, 2013; 417.

4. Моніторинг фізичної складової здоров'я. Режим доступу: <https://disted.edu.vn.ua/courses/learn/1644>
5. Фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах. Режим доступу: <http://www.ukr.vipreshebnik.ru/derzhavne-upravlinnya/4405-finansove-zabezpechennya-galuzi-okhoroni-zdorov-ya-v-ukrajini-ta-zarubizhnikh-rajinakh.html>
6. Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Антонюк О.Я., Власенко С.В. Аналіз кадрового забезпечення та принципів підготовки фахівців для служби громадського здоров'я в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 1 (71), С. 29–37.

## **РОЗДІЛ II. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.**

### **ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Терзі О.О.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Галузь медицини активно розвивається під впливом науково-технічного прогресу, позитивних та негативних факторів глобалізації. Сучасна медицина, без сумніву, продовжила життя пацієнтів та покращила його якість. Система охорони здоров'я України неодноразово піддавалася критиці, як і її реформа. Доступ до медичної допомоги залишається проблемним для пацієнтів і часто є тягарем для системи охорони здоров'я України. Проте прогрес у сфері медицини направлений на забезпечення права на здоров'я, а профілактична медицина слугує прогресивним засобом для реалізації цієї мети. С. О. Мокія-Сербіна, Т. К. Мавропуло, Т. В. Литвинова, М. К. Золотарьова, В. В. Чечель, Н. І. Заболотня, В. А. Шелевицька, С. В. Юркова визначають профілактичну медицину ХХІ століття як медицину, що об'єднує предиктивну (попереджувальну), персоніфіковану та партисипативну [1, с. 119]. Предиктивна (попереджувальна) медицина заснована на діагностиці ризиків захворювань (донозологічна діагностика); персоніфікована медицина базується на індивідуалізації способу життя в залежності від індивідуальних ризиків захворювань; а партисипативна медицина направлена участь у збереженні свого здоров'я самою людиною [1, с. 119]. Дана тріада профілактичної медицини (предиктивна (попереджувальна), персоніфікована та партисипативна) не тільки направлена на забезпечення права людини на здоров'я, а й економічно доцільна для держави. С. О. Мокія-Сербіна, Т. К. Мавропуло, Т. В. Литвинова, М. К. Золотарьова, В. В. Чечель, Н. І. Заболотня, В. А. Шелевицька, С. В. Юркова виокремлюють етапи переходу охорони здоров'я на платформу превентивнопредиктивної, персоніфікованої медицини в найближчі 15-20 років: перший етап – складання списку людських антитіл та пошук відповіді на питання, за що кожен з них відповідає; другий етап – визначення, які з цих антитіл є предбачувальними [1, с. 119]. А. Фельдман, акцентує, що

медицина майбутнього тісно переплітається з концепцією персоніфікованої медицини, що приведе до появи нових медичних спеціальностей, а акцент охорони здоров'я буде фокусуватися на діагностиці та профілактиці [2].

Метою статті є аналіз перспективних напрямів правового регулювання у сфері охорони здоров'я через призму персоніфікованої медицини.

Вчені з біоетики, медичного права, міжнародного медичного права почали обмірковувати етичні, правові та соціальні наслідки застосування підходу персоналізованої медицини до медицини. О. А. Гриценко з реформуванням галузі медицини виокремлює появу нових явищ не притаманних даній галузі, включаючи персоніфіковану медицину [3]. О. В. Россильна звертає увагу на необхідності персоніфікованого підходу в лікуванні онкологічного хворого [4, с. 195]. Н. О. Сіненко, Г. В. Загорій, С. І. Мохначов персоніфіковану медицину розглядають через реалізацію принципів державно-приватного партнерства для е-медицини [5, с. 39]. Петров О. М., Куракова Н. Г., Сон І. М. вказують, що впровадження технологій персоніфікованої медицини спрямовано на вирішення проблем забезпечення медичною допомогою все зростаючої кількості хворих рідкісними генетичними захворюваннями.

Застосування підходу персоналізованої медицини породжує питання безпеки та ефективності, інформованої згоди, доступу та відшкодування, конфіденційності, дискримінації, стосунків з лікарем та пацієнтом. В останні роки такі технології, як секвенсори наступного покоління та аналізи експресії генів, стали менш дорогими та більш придатними для клінічного застосування, і як результат, персоналізована медицина утвердилася у зростаючій кількості клінічних галузей [6]. Дана тенденція з роками буде посилюватися та поширюватися в національних системах охорони здоров'я.

З поширенням персоніфікованої медицини пов'язано збереження конфіденційності та забезпечення інформаційної безпеки. Збільшення індивідуальної інформації про здоров'я, необхідне персоналізованій медицині, також породжує етичні, правові та соціальні проблеми. Можливість використання геномної інформації в закладах охорони здоров'я залежить від інформаційних технологій охорони здоров'я. Електронні медичні записи та мережі електронних медичних записів широко застосовуються у розвинених державах. Інформація про охорону здоров'я, яка традиційно перебуває у постачальників

медичних послуг, однак дедалі частіше перебуває у розпорядженні фізичних осіб (у формі особистих медичних карт) та третіх сторін (отримана відповідно до підписаних пацієнтом дозволів). Саме ці обставини зумовили необхідність забезпечити конфіденційність при провадженні персоніфікованої медицини. Конфіденційності – це умова, за якої інформація, отримана або розголошена в рамках конфіденційних відносин, не розголошується без дозволу особи [6]. Прикладом конфіденційності є обов'язок лікаря не розголошувати інформацію про стан здоров'я пацієнта, якщо це не дозволено пацієнтом або не вимагається законодавством. Згідно ст. 32 Конституції України, не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини. Основи законодавства України про охорону здоров'я містять положення щодо обов'язку надання медичної інформації (стаття 39), Право на таємницю про стан здоров'я (стаття 39-1) та лікарську таємницю (стаття 40). Так, відповідно до положень статті 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. Також, право на приватність і конфіденційність гарантовані статтями 285 (ч. 4), 286 Цивільного кодексу України, статтями 132, 145 Кримінального кодексу України, статтею 21 (ч. 2) Закону України «Про інформацію», статтею 7 Закону України «Про захист персональних даних», статтями 6-8 Закону України «Про доступ до публічної інформації», статтею 8 (ч. 4)] Закону України «Про державну таємницю», статтею 6 (ч. 1, 8) Закону України «Про психіатричну допомогу», статтею 13 (ч. 3) Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», статтею 26 (ч. 2) Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України», п. 1, 6 ч. 1 Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Інструкції про порядок обліку, зберігання і використання документів, справ, видань та інших матеріальних носіїв інформації, які містять службову інформацію» № 1893 від 27.11.1998 р., п. 3.2 Наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду

соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України «Інструкція про порядок заповнення листка непрацездатності» № 532/274/136-ос/1406 від 03.11.2004 р., п. 4.1 Наказу МОЗ України «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики» № 49 від 02.02.2011 р., Наказ МОЗ України «Перелік відомостей, що містять службову інформацію, розпорядником якої є Міністерство охорони здоров'я України» № 299 від 06.05.2014 р., Наказ МОЗ України «Про затвердження Положення про Єдиний електронний реєстр листків непрацездатності» № 71 б від 28.10.2011 р. та ін.

Стаття 10 «Приватне життя та право на інформацію» Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 4 квітня 1997 року встановлює наступні інформаційні права у сфері охорони здоров'я: «1. Кожна особа має право на повагу до її особистого життя стосовно інформації про її здоров'я. 2. Кожна особа має право на ознайомлення із будь-якою зібраною про її здоров'я інформацією. Однак бажання осіб не отримувати такої інформації має також поважатися.».

Стаття 6 «Право на приватність і конфіденційність» Європейської хартії прав пацієнтів гарантує «Кожен має право на конфіденційність особистої інформації, включаючи інформацію про свій стан здоров'я і можливі діагностичні чи терапевтичні процедури, а також на захист своєї приватності під час проведення діагностичних оглядів».

Право на конфіденційність генетичних даних, які стосуються людини, особистість якої може бути встановлена, і які зберігаються або піддаються обробці в наукових або будь-яких інших цілях закріплюється в ст. 7 Загальної декларації про геном людини та права людини 1997 року.

У джерелах, що містять етичні приписи, які регулюють діяльність у галузі медицини також є положення присвячені праву на приватність і конфіденційність. Так, у п. 3 ч. 1 Указу Президента України «Про Клятву лікаря» від 15.06.1992 р. встановлено «... зберігати лікарську таємницю, не використовувати її на шкоду людині». Етичний кодекс лікаря України, прийнятий і підписаний на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства від 27.09.2009 р. містить пункт 3.6, у якому вказано «Кожен пацієнт має право на зберігання особистої таємниці. Лікар, як й інші особи, які беруть участь у



наданні медичної допомоги, зобов'язаний зберігати лікарську таємницю навіть після смерті пацієнта, які і факт звернення за медичною допомогою, за відсутності іншого розпорядження хворого, або якщо це захворювання не загрожує його близьким і суспільству. Таємниця поширюється на всю інформацію, отриману в процесі лікування хворого (у т. ч. діагноз, методи лікування, прогноз)».

Під захистом персональної інформації у галузі медицини, включаючи персоніфіковану медицину, слід розуміти фізичні та електронні заходи, що надають доступ до особистої медичної інформації особам або організаціям, уповноваженим її отримувати, та відмову в доступі іншим. К. Б. Бразерс, М. Ротштейн вказують, що є три основні причини, через які захист конфіденційності інформаційного здоров'я є настільки важливим, а саме, по-перше, люди можуть постраждати від стигматизації, дискримінації та іншої шкоди для їхньої гідності, якщо конфіденційна інформація розкривається неналежним чином; по-друге, якість медичної допомоги може бути порушена, якщо особи, які побоюються неналежного розголошення своєї конфіденційної інформації, відмовляються від своєчасного лікування за стигматизацію умов або застосовують захисні практики, такі як затримання певної інформації у своїх постачальників медичних послуг; по-третє, шкода для громадського здоров'я може статися, якщо особи з інфекційними захворюваннями, психічними захворюваннями, зловживанням наркотичними речовинами чи іншими чутливими станами затримуються або відмовляються від лікування, оскільки бояться втратити приватне життя [6].

Одним із викликів з яким стикається персоніфікована медицина є дискримінація. Будь-яка дискримінація заборонена статтею 26 Міжнародного Пакту про громадянські і політичні права «Всі люди є рівні перед законом і мають право без будь-якої дискримінації на рівний захист закону. В цьому відношенні будь-яка дискримінація повинна бути заборонена законом, закон повинен гарантувати всім особам рівний та ефективний захист проти дискримінації за будь-якою ознакою, як-от: раса, колір шкіри, стать, мова, релігія, політичні чи інші переконання, національне чи соціальне походження, майновий стан, народження чи інші обставини.».

Щодо спеціальних джерел, які забороняють дискримінацію у галузі охорони здоров'я, то до них належать Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини, Хартія про право на охорону здоров'я, Лісабонська декларація про

права пацієнта, Декларація про медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта. Стаття 11 «Заборона дискримінації» Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини 1997 року містить положення, що «Будь-яка форма дискримінації особи за ознакою її генетичної спадковості забороняється». Стаття 3 Хартії про право на охорону здоров'я закріплює «Обов'язок держав забезпечити медичне обслуговування, яке відповідає всім вимогам, доступним фізично і економічно для кожного». Принцип 1 Лісабонської декларації про права пацієнта гарантує, що «Кожна людина має право на відповідне медичне обслуговування без жодної дискримінації». Принцип 4 Декларації про медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта гарантує, що «Пацієнтам повинні бути доступні медичні послуги, необхідні за їх умов. Сюди входить доступність безпечних, якісних і відповідних послуг, видів лікування, профілактики й медичної просвіти. Необхідно забезпечити всім пацієнтам доступність необхідних послуг, незалежно від їх стану і соціоекономічного статусу. Щоб пацієнт міг досягнути максимально доступної якості життя, медичне обслуговування повинно задовольняти емоційні вимоги пацієнта і враховувати немедичні фактори – такі, як освіта, зайнятість і сімейні проблеми, що впливають на вибір пацієнтом медичних послуг і на організацію таких послуг.».

Одним з різновидів дискримінації є генетична. Генетична дискримінація може бути раціональною чи ірраціональною, законною чи незаконною. Економічна й Соціальна Рада ООН розглядала питання про генетичну конфіденційність та недискримінацію на своїх сесіях 2001 і 2004 років. У 2004 році Рада прийняла резолюцію 2004/9, в якій вона настійно закликала держави забезпечувати, щоб ніхто не піддавався дискримінації за ознакою генетичної інформації. Відповідно до резолюції Економічної й Соціальної Ради ООН 2004/9 «Генетична конфіденційність і недискримінація» дискримінацію на основі генетичних ознак розглядають як дії, що мають на меті обмежити або вплинути на обмеження прав людини, основних свобод або людську гідність окремих осіб, або з метою, які ведуть до стигматизації окремої особи, сім'ї або групи або громади [7]. У резолюції 2004/9 підкреслюється, що розголошення генетичної інформації, що стосується індивідумів, без їх на те згоди може заподіяти їм шкоду і стати причиною їх дискримінації в таких областях, як зайнятість, страхування, освіта та інші сфери соціального життя. Економічна й Соціальна Рада ООН закликала

держави вжити належних заходів у різних областях для захисту громадян від неправильного використання генетичної інформації таким чином, щоб це ставало причиною дискримінації, і підтримала міжнародні зусилля зі сприяння діяльності в цій галузі. Економічна й Соціальна Рада ООН постановила продовжувати розгляд різних наслідків питання генетичної конфіденційності та недискримінації в зв'язку з етичними, юридичними, медичними, пов'язаними з працевлаштуванням і страхуванням й іншими аспектами соціального життя відповідно до норм публічного міжнародного права та міжнародного права прав людини.

Згідно статті 6 Загальної декларації про геном людини та права людини 1997 року за ознакою генетичних характеристик ніхто не може зазнавати дискримінації, цілі або результати якої є посягання на права людини, основні свободи і людську гідність. Міжнародна декларація про генетичні дані людини 2003 року містить положення щодо заборони дискримінації у статті 7 «Недопущення дискримінації та стигматизації», у якій вказано «а) Необхідно всіляко прагнути до того, щоб генетичні дані людини і протеомні дані людини не використовувалися в цілях, які носять дискримінаційний характер у силу того, що вони порушують або призводять до порушення прав людини, основних свобод або людської гідності окремої особи, і щоб вони не використовувалися в цілях, що ведуть до стигматизації тієї чи іншої особи, сім'ї, групи або громади. б) У зв'язку з цим належну увагу слід приділяти результатам генетичних досліджень популяцій і генетичних досліджень моделей поведінки та інтерпретації отриманих в їх рамках результатів.»

У Німеччині загальноправові положення, що регулюють діяльність у медичній галузі, спільно з положеннями про захист даних, що містяться в федеральних законах і законах земель, утворюють рамки для захисту генетичних даних [8]. Ірак не вживає жодних заходів у галузі генетичної конфіденційності та недискримінації в тій мірі, в якій це стосується судово-медичного генетичного тестування в міністерстві охорони здоров'я Іраку [8]. Словенія в галузі біомедицини та, зокрема, генетики у сфері захисту прав людини, крім законів про охорону здоров'я, регулюється Актом про ратифікацію Конвенції про права людини та біомедицину і Додатковим протоколом до Конвенції про заборону клонування людини і Указом про ратифікацію Додаткового протоколу до Конвенції про права людини та біомедицину щодо біомедичних досліджень. В Іспанії захист індивідуума під час обробки його

особистих даних, включаючи результати генетичного тестування регулюється Основним законом 15/1999 «Про захист особистих даних».

Отже, персоніфікована медицина спрямована на забезпечення права на медичну допомогу, яке є компонентом права на здоров'я. Найбільш точна інтерпретація права на здоров'я міститься у Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права 1966 р. У ст. 12 зазначається, що держави, які беруть участь у даному Пакті визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. У цій статті також зазначено перелік заходів, які повинні вжити держави для реалізації даного права: забезпечити скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; забезпечити поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; забезпечити попередження і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створити умови, при яких всім забезпечувалася медична допомога і медичний догляд у разі хвороби. Саме профілактична медицина в тріаді предиктивної (попереджувальної), персоніфікованої та партисипативної направлена на довгострокове забезпечення права на здоров'я, включаючи право на медичну допомогу.

Персоніфікована медицина крім забезпечення права на медичну допомогу, направлена на реалізацію права на доступ до лікарських засобів. Так, Д. Грінбаум вказує, що маючи на ринку понад 70 препаратів, які вже можуть бути класифіковані як „персоналізовані”, ця парадигма у розробці ліків може стати справжньою силою в біофармацевтичній галузі [9]. Тобто, персоналізовані лікарські засоби більш ефективно дозволяють виліковувати хвороби та оптимізувати витрати на лікування. «Персоналізоване» виробництво ліків спрямовано на реалізацію права на здоров'я та повинно відбуватися у відповідності до вимог клінічних досліджень нових лікарських засобів та охорони інтелектуальної власності.

Висновки. Персоніфікована медицина є складовою профілактичної медицини, яка направлена на всеосяжне забезпечення права на здоров'я, включаючи право на медичну допомогу, право на доступ до лікарських засобів. Застосування підходу персоналізованої медицини породжує питання безпеки та ефективності, інформованої згоди, доступу та відшкодування, конфіденційності, дискримінації, стосунків з лікарем та пацієнтом. З поширенням персоніфікованої медицини пов'язано збереження конфіденційності та забезпечення

інформаційної безпеки. Україні необхідно ратифікувати Додатковий протокол до Конвенції про захист прав людини та людської гідності щодо застосування біології та медицини, який стосується заборони клонування людей 1998 року, хоча Україна його підписала [10], та Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину в галузі біомедичних досліджень 2005 р., треба зазначити, що Міністерство охорони здоров'я України у 2007 році ухвалило Наказ № 251 «Про підготовку до ратифікації Додаткового протоколу до Конвенції про права людини та біомедицину, який стосується трансплантації органів і тканин людського походження, та Додаткового протоколу до Конвенції про права людини та біомедицину, який стосується біомедичних досліджень», проте так і не ратифікувала.

### **Список літератури:**

1. Профілактична педіатрія : навчальний посібник / С. О. Мокія-Сербіна, Т. К. Мавропуло, Т. В. Литвинова, М. К. Золотарьова, В. В. Чечель, Н. І. Заболотня, В. А. Шелевицька, С. В. Юркова ; за ред. проф. С. О. МокіяСербіної. Кривий Ріг : Вид. Р. А. Козлов, 2018. 212 с.
2. Захист прав лікарів та медичних закладів: поради провідних фахівців. URL.: <https://www.umj.com.ua/article/117203/zahist-prav-likariv-ta-medichnih-zakladiv-poradi-providnih-fahivtsiv>
3. Гриценко О. А. Здоров'я людини як об'єкт правового регулювання. URL.: [http://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/14510/1/Gricenko\\_53-59.pdf](http://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/14510/1/Gricenko_53-59.pdf)
4. Россильна О. В. Правові проблеми впровадження засад персоналізованої медицини в Україні: огляд. Науковий вісник публічного та приватного права. Випуск 2, 2020. С.190-195.
5. Сіненко Н. О., Загорій Г. В., Мохначов С. І. Особливості впровадження е-медицини в умовах державно-приватного партнерства. Медична інформатика та інженерія. 2016, № 4. С. 36-42.
6. Brothers K. B., Rothstein M. A. Ethical, legal and social implications of incorporating personalized medicine into healthcare. Personalized medicine vol. 12, №. 1. URL.: <https://www.futuremedicine.com/doi/full/10.2217/pme.14.65>
7. Генетическая конфиденциальность и недискриминация 2004/9. Экономический и Социальный Совет. URL.: <http://hrlib.kz/wp->

content/uploads/2015/06/2004-Резолюция-№2004-9-относительно-генетической-конфиденциальности-и-недискриминации.pdf

8. Генетическая конфиденциальность и недискриминация: Доклад Генерального секретаря. URL.: <https://undocs.org/pdf?symbol=ru/E/2007/65>

9. Greenbaum D. Regulation and the Fate of Personalized Medicine. AMA Journal of Ethics. URL.: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/regulation-and-fate-personalized-medicine/2012-08>

10. Про уповноваження С. Головатого на підписання Додаткового протоколу до Конвенції про захист прав людини та людської гідності щодо застосування біології та медицини, який стосується заборони клонування людей: Розпорядження Президент України № 57/2006-рп від 04.04.2006. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/57/2006-рп/card2#Card>

## **ТРАНСФОРМАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**Чмихун Л.А.**

*Комунальне некомерційне підприємство «Машівська лікарня»  
Машівської селищної ради, Полтавської області, Україна*

Державна політика відіграє надзвичайно важливу роль у суспільному житті. У сфері державної політики приймаються відповідні державно-політичні рішення, розробляється відповідний інструментарій, створюється механізм їх реалізації. Подальше вдосконалення системи медичного забезпечення населення України в нових соціально-економічних умовах нерозривно пов'язане з необхідністю підвищення дієвості державної політики в галузі охорони здоров'я. Стратегічною метою трансформації державної політики у сфері охорони здоров'я є підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу.

На важливості наукового пошуку щодо різних складових трансформації державної політики України в галузі охорони здоров'я наголошують дослідники цієї проблеми М. Білинська, О. Біловол, С. Бугайцов, Ю. Вороненко, Ю. Гайдаєв, М. Голубчиков, Т. Грузєва, А. Зіменковський, І. Солоненко, В. Таралло, В. Чебан, О. Черниш, О. Шаптала, М. Шутов, Н. Ярош.

Саме тому комплексне й системне дослідження трансформації державної політики в галузі охорони здоров'я фактично започатковує

виокремлення нового напрямку наукових досліджень у площині науки державного управління.

**Мета статті.** Метою даної наукової статті є науково-теоретичне обґрунтування моделі формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я, що в свою чергу дає можливість аналітичного дослідження для встановлення залежності між управлінням охороною здоров'я, місією державної політики в даній галузі та рівнем здоров'я населення України, а також пошук шляхів удосконалення інформаційно-аналітичної моделі формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я.

Охорона здоров'я відіграє надзвичайно важливу роль в забезпеченні життєдіяльності будь-якого суспільства. Характер і зміст охорони здоров'я на різних етапах суспільного розвитку визначався такими важливими факторами як спосіб виробництва, ступінь розвитку продуктивних сил, розвиток науки і техніки взагалі та медичної науки зокрема.

Значення охорони здоров'я у сучасному суспільстві набуває особливої ваги з наступних причин:

- політичної: ступінь розвитку демократичних засад державотворення визначає забезпечення рівного доступу всіх громадян до медичної допомоги, соціальне спрямування політики розвинених країн;

- глобального рівня людського розвитку: всесвітні організації, орієнтовані на захист здоров'я людини і її прав на здоров'я (ВООЗ, ЮНІСЕФ, МФА), виробляють обов'язкову для цивілізованого світу стратегію охорони здоров'я;

- економічної: відтворення продуктивних сил, чисельності працездатного населення, зрештою, збереження генофонду нації є завданням національної безпеки і досягнення економічної конкурентоспроможності держави;

- соціально-демографічної: стан охорони здоров'я в суспільстві впливає на його старіння, демографічні зрушення, соціальну стратифікацію тощо;

- індустріально-технологічної: ступінь індустріалізації та інформатизації суспільства сприяє розвитку охорони здоров'я та її технологізації, що водночас висуває певні вимоги до стану здоров'я людини в сучасному суспільстві [1, с. 106-110].

Державне регулювання охорони здоров'я здійснюється в інтересах усього суспільства як для стимулювання та активізації необхідних суспільству видів медичної діяльності, так і для

обмеження або заборони нелегітимних її форм і видів. Його завдання – впливати на розвиток об’єктів медичної сфери всіх форм власності, здійснювати контроль за наданням ними високоякісних послуг для вирішення соціальних проблем, пов’язаних із здоров’ям, законодавчо гарантувати рівні умови господарської діяльності медичних підприємств і організацій.

Формування політики в сфері охорони здоров’я прямо або опосередковано базується на Конституції України, чинному законодавстві, політичних та адміністративних рішеннях, які приймають відповідні органи державної влади і об’єктивуються у виступах та посланнях Президента України, в Програмах діяльності Кабінету Міністрів, в заявах та виступах Прем’єр-міністра, міністра охорони здоров’я, у тому числі через їх накази та розпорядження [5].

Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров’я є Міністерство охорони здоров’я компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я (рис. 1).



Рис. 1. Основні завдання Міністерства охорони здоров’я України  
Джерело: [2, с. 402-403]

Особливу роль у здійсненні цієї політики відіграють такі суб’єкти як громадяни України (їх найбільше), органи державної влади та місцевого самоврядування, а також заклади охорони здоров’я, які в процесі своєї практичної діяльності з надання медико-санітарної допомоги та проведення інших заходів є основними суб’єктами реалізації політики у цій сфері.



В галузі охорони здоров'я формою цільового управління інноваційною діяльністю є інноваційний проект як система взаємообумовлених і взаємопов'язаних за ресурсами, строками і виконавцями заходів, спрямованих на досягнення конкретних цілей або завдань на пріоритетних напрямках розвитку галузі.

Для інноваційного розвитку притаманні певні методи і інструменти. Їх вибір здійснюється з урахуванням проміжку часу від розробки і створення винаходу або наукової роботи до застосування їх на практиці.

Тривалість інноваційного циклу у сфері охорони здоров'я визначається технологічним рівнем виробництва, рівнем адаптації, станом інноваційних систем різного рівня: загальнодержавного, регіонального.

Процес інноваційного удосконалення організації охорони здоров'я має наступну структуру (рис. 2):

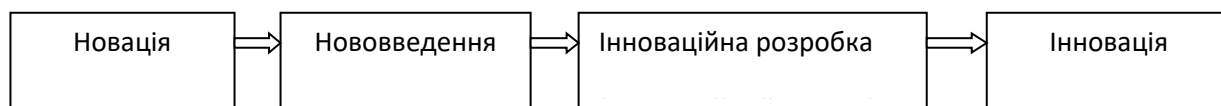


Рис. 2. Структура інноваційного удосконалення організації охорони здоров'я

*Джерело: [4]*

Отже, трансформація державної політики в Україні у сфері охорони здоров'я спрямовується на збереження та зміцнення здоров'я, профілактику та зниження захворюваності, підвищення якості життя та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я.

Чинники інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я поділяються за наступними класифікаційними ознаками: тривалістю дії, середовищем дії, джерелами виникнення, характером впливу, характером між факторної взаємодії, мірою передбачуваності.

Основними механізмами формування державної політики у сфері охорони здоров'я виступає фінансування галузі, організація системи на мікро- та макрорівнях, розміщення фінансових ресурсів та методи оплати виробників медичних послуг [6].

Під державною політикою інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я розуміємо планомірне здійснення органами державної влади комплексу заходів, спрямованих на досягнення розширеного відтворення галузі, за якого зростання показників стану здоров'я і його збереження досягається за рахунок інноваційного

розвитку, тобто активного використання нових знань та їх матеріалізованих результатів, максимального використання і прискореного освоєння наукомістких технологій. Основним інноватором галузі виступає держава.

Дослідження залежності між управлінням охороною здоров'я, місією державної політики в даній галузі та рівнем здоров'я населення України проведемо на основі статистичних даних Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації, що є структурним підрозділом Полтавської обласної державної адміністрації, та утворюється головою адміністрації, є підзвітним і підконтрольним голові обласної державної адміністрації та Міністерству охорони здоров'я України.

У своїй діяльності Департамент охорони здоров'я керується Конституцією і законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я, розпорядженнями голови обласної державної адміністрації, а також Положенням про управління.

Напрями діяльності Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації:

- забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;
- забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Штатна чисельність працюючих в лікувально-профілактичних закладах Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації складає близько 14 тис. посад, міста Полтави

– 5 тис., з них більше 1200 лікарів та 2000 середніх медичних працівників.

На кінець 2019 р. чисельність населення Полтавської області становила 1438,9 тис. осіб. Зміни в динаміці міського та сільського населення області продемонстровано в табл. 1.

*Таблиця 1*

**Чисельність населення Полтавської області, 2015 – 2019 рр.  
тис. Осіб**

Показники	Роки					2019 р. у % до 2015 р.
	2015	2016	2017	2018	2019	
Наявне населення – всього, тис. ос.	1477, 2	1467, 8	1458, 2	1449, 0	1438, 9	97,4
у тому числі: міське	904,9	901,7	899,1	895,8	891,7	98,6
Частка міського в загальній чисельності населення, %	61,3	61,4	61,7	61,8	62,0	101,1
сільське	572,3	566,1	559,1	553,2	547,2	95,6
Частка сільського в загальній чисельності населення, %	38,7	38,6	38,3	38,2	38,0	98,2

*Джерело: [3]*

Аналіз даних табл. 1 свідчить, що за останні роки (2015–2019 рр.) чисельність населення області скоротилася на 38,3 тис. осіб або 2,6 %, а протягом минулого року – на 10,1 тис. осіб. Частка міського населення налічувала 891,7 тис. осіб (62 %), сільського – 547,2 тис. осіб (38 %). Варто зазначити, збільшення частки міського населення протягом досліджуваного періоду на 0,7 в.п. за рахунок зменшення частки сільського.

Розглянемо загальні витрати на охорону здоров'я в Україні та їх розподіл за джерелами фінансування (табл. 2).

**Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні, 2015 -2019  
рр.**

Показники	Роки					2019 р. у % до 2015 р.
	2015	2016	2017	2018	2019	
Загальні витрати на охорону здоров'я, млн. грн	95713	108947	115757	117754	155219	162,2
у розрахунку на душу населення, грн	2099	2392	2548	2743	3630	173,0
Загальні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП	7,09	7,47	7,60	7,42	7,81	0,72
Частка державних витрат на охорону здоров'я в загальних видатках Зведеного бюджету, %	12,7	12,7	12,9	11,7	11,2	-1,5

*Джерело: [3]*

Аналіз даних табл. 2. – свідчить, що загальні витрати на охорону здоров'я в 2015 році склали 95,7 млрд. грн, щорічно збільшувалися до 155, 2 млрд. грн у 2019 році. У розрахунку на душу населення обсяг витрат збільшився на 1531 грн або 73 %.

Порівнюючи показники національної економіки, слід зазначити, що у 2011 році Україна витратила 7,0 % валового внутрішнього продукту на охорону здоров'я, у 2016 р. – 7,47 %, у 2017 р. – 7,60 %, у 2018 р.– 7,42 %, у 2019 р. – 7,81 %.

Визначимо обсяги капітальних інвестицій у розвиток Департаменту охорони здоров'я ПОДА (табл. 3).

Аналіз даних табл. 3 свідчить про недостатнє фінансування галузі. Капітальні інвестиції на охорону здоров'я в Полтавській області у 2015 році склали 104 млн. грн та щорічно зменшувалися до 57,9 млн. грн у 2019 році. Проте, варто зазначити їх збільшення у 2019 році на 122,8 млн. грн порівняно з попереднім роком та у розрахунку на душу населення на 64,5 грн (91,1 %).

**Динаміка капітальних інвестицій у розвиток галузі охорони здоров'я Полтавської області, 2015 – 2019 рр., млн. грн**

Показники	Роки					2019 р. у % до 2015 р.
	2015	2016	2017	2018	2019	
Капітальні інвестиції – всього	10217, 4	9536, 3	8227, 8	8337, 8	15265, 1	149,4
з них: на охорону здоров'я та соціальну допомогу	104,6	80,2	57,9	71,9	194,7	186,1
Частка інвестицій на охорону здоров'я в загальних інвестиціях області, %	1,02	0,84	0,7	0,86	1,3	0,28
Інвестиції на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення, грн	70,8	54,6	39,7	49,6	135,3	191,1

*Джерело: [3]*

Їх частка в загальних інвестиціях області недостатня і становить лише 1,3 % у 2019 році (2015 р. – 1,02 %; 2016 р. – 0,84 %; 2017 р. – 0,7 %, 2018 – 0,86). Як наслідок цього, маємо доступ до обмежених ресурсів галузі, які переважно покривають витрати на утримання персоналу й оплату комунальних послуг. Незначна частка залишається для лікарських засобів, устаткування та модернізації інфраструктури галузі. Із поточних суспільних витрат на лікарні більше 60 % витрачається на оплату праці, 10,2 % – на комунальні платежі, 21 % – прямі витрати на виробництво послуг та 5,2 % на інші витрати.

Отже, з наведених даних видно, що галузь охорони здоров'я Полтавської області переважно фінансується двома джерелами: державними коштами та коштами домогосподарств. Бюджетне фінансування характеризується високою надійністю, проте має безліч напрямків витрачання. Доволі незначною є частка коштів

міжнародних донорських організацій – 0,4 %. Фінансове благополуччя галузі залежить від рівня економічного розвитку та пріоритетів фінансової політики області.

Наступним етапом дослідження є пошук шляхів удосконалення інформаційно-аналітичної моделі формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я.

У системі охорони здоров'я відстежується нерівність у доступі до медичної допомоги, актуальною є проблема якості медичного обслуговування, низька середня очікувана тривалість життя населення Полтавської області – 71,3 років, у тому числі: для жінок – 76,1 років, для чоловіків лише – 66,4 років. Така ситуація потребує кардинального реформування галузі.

У зв'язку з недостатнім фінансуванням галузі охорони здоров'я реалізація цільових програм дає можливість зосереджувати зусилля на пріоритетних напрямках, комплексно вирішувати особливо важливі проблеми системи охорони здоров'я, беручи на основу міжгалузеву взаємодію.

28 грудня 2018 року Президент України підписав закони «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості», які започатковують медичну реформу в Україні.

Нова медична реформа – це кардинальне, системне реформування галузі, спрямованої на створення системи орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвитку європейських країн.

В Україні ця система складатиметься з центрального компонента, який буде відповідати за централізоване зберігання і обробку інформації та медичних інформаційних систем (МІС). На нашу думку, така координаційна рада може успішно функціонувати на базі районних служби сім'ї, дітей та молоді, до складу якої варто включити представників органів охорони здоров'я. Основним завданням координаційної ради має бути експертна оцінка інформаційних матеріалів у сфері охорони здоров'я, обговорення різних питань щодо реалізації стратегії охорони здоров'я в Україні. Основні етапи сучасного розвитку галузі охорони здоров'я, на нашу думку: запровадження нововведень на практиці, використання інновацій, результат застосування інновацій (табл. 4).

## Запропоновані етапи розвитку галузі охорони здоров'я

Етапи	Основні моменти	Виконавці
Визначення форми нововведень і їх змісту	Докладний аналіз і оцінка труднощів у сфері охорони здоров'я на рівні держави і на міжнародному рівні, визначення основної ідеї, цілей і завдань. Організація прикладних і теоретичних наукових досліджень і розробок.	Наукові центри, організації.
Запровадження нововведень на практиці	Моніторинг процесу підготовки медичних працівників, їх перепідготовки і підвищення кваліфікації. Інформування медичних установ щодо інновацій, їх популяризація через центри інноваційно-інвестиційного розвитку і шляхом висвітлення в засобах масової інформації.	Керівні органи в Департаменті охорони здоров'я, освітні заклади, провідні науково-дослідні інститути, центри з надання інформації і консультацій
Використання інновацій	Постійний інформаційний зв'язок з виробниками медичних препаратів і обладнання. Розробка чіткого механізму співробітництва на договірній основі в організаційній та економічній сфері між авторами інновацій, виробниками медичної продукції та її постачальниками. Підтримка активності постачальників і платоспроможного попиту виробників щодо інновацій.	Товаровиробники лікарських препаратів, медичних інструментів і обладнання, навчальні медичні заклади; центри надання інформації і консультацій.
Результат застосування інновацій	Ефективність нововведень в секторі охорони здоров'я може бути виражена співвідношенням витрат на створення і впровадження інновацій до процесу лікування і прибутку, який це нововведення принесло виробникам.	Суб'єкти інноваційної діяльності

Джерело: складено автором на основі [1, 2, 7,8]

Важливими складовими впровадження нової медичної реформи є принцип інтеграції: взаємодії закладів охорони здоров'я із закладами освіти, фінансовими посередниками (наприклад страховими компаніями) в усіх аспектах реформування, у тому числі фінансово-економічному, організаційному, нормативно-правовому та профілактичному, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектора розвитку, впровадження моніторингу реформування, індикаторів оцінки та контролю. Основними методами інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є: метод регулювання державою інноваційного процесу, що передбачає реформування механізмів інноваційного розвитку у медичній сфері.

**Висновок.** Державна політика України у сфері охорони здоров'я спрямовується на збереження та зміцнення здоров'я, профілактику та зниження захворюваності, підвищення якості життя та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я.

Державну політику охорони здоров'я України формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, впроваджує – Міністерство охорони здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України, головним фінансовим оператором виступає Національна служба охорони здоров'я. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я на основі контрахтування закладу з НСЗУ за договорами медичних гарантій медична допомога надається безоплатно.

Проведений аналіз свідчить про те, що питання збереження здоров'я населення стосується не лише медичної сфери, а всіх, без винятку, політики, сфер суспільного життя. Лише скоординована міжвідомча та між секторальна взаємодія дозволить зберегти один із найважливіших стратегічних показників – здоров'я населення. При цьому державна політика повинна вирішувати два найважливіших завдання: удосконалення діяльності власне системи охорони здоров'я і забезпечення координації спільних дій цього сектору та інших секторів суспільної діяльності.

Трансформація державної політики повинна вирішувати два найважливіших завдання: удосконалення діяльності власне системи охорони здоров'я і забезпечення координації спільних дій цього сектору та інших секторів суспільної діяльності, державних, приватних структур і громадян. Одним із кращих та перспективних способів підвищення рівня медичного обслуговування, розширення



можливостей щодо доступності та якості медичних послуг населенню, особливо для тих груп, що проживають на сільських територіях, є запровадження інформаційних технологій для своєчасного надання медичних послуг населенню.

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Голубчиков М.В. Шляхи інформатизації системи охорони здоров'я України (Лекція) / М.В. Голубчиков, О.С. Коваленко. // Здоров'я суспільства. – 2013. – № 3-4. – С. 106-110.

2. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт. : упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої. Київ : НАДУ, 2013. С. 402-424.

3. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>

4. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України №411 від 25.04.2018 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoronizdorovya>

5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

6. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

7. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Розпорядження станом на 18.08.2017 № 560-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250214112>

8. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. / Міністерство охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf)

## **РОЗДІЛ III. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МЕШКАНЦЯМ ПОЛТАВИ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ КОРОНОВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19**

**Івко А.І.**

*КП «ЦПМСД № 2 ПМР» м. Полтава, Україна*

В Україні надання первинної медичної допомоги гарантовано відповідно до Основ законодавства про охорону здоров'я. Розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) є провідним стратегічним напрямком і одним з головних завдань держави. Стратегія розвитку ПМД направлена на вирішення проблем збереження і зміцнення здоров'я всього населення; підвищення результативності національної системи охорони здоров'я в цілому, а також справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних асигнувань в галузі [2,3]. Такий підхід підтримано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), яка в головному стратегічному документі “Здоров'я для всіх у ХХІ столітті” визначила розвиток ПМСД на принципах сімейної медицини одним із головних завдань для європейських країн. Системи первинної медико-санітарної допомоги в країнах Європи досить різні, що відповідає історичним умовам їхнього розвитку, але в основу більшості з них покладені принципи загальної практики-сімейної медицини.

Комплекс первинної медичної допомоги надає сімейний лікар. Він знає спадковість хворого, житлово-побутові умови, матеріальне становище, психологічний мікроклімат тощо. В сучасних умовах на сімейного лікаря припадає майже 80% медичної допомоги, якої потребує хворий. Він ставить діагноз, проводить огляд, амбулаторне лікування під особистим наглядом, здійснює профілактичні заходи, надає медико-соціальну допомогу тощо. У разі необхідності, направляє пацієнта до лікувально-профілактичних закладів по спеціалізовану медичну допомогу, організовуючи консультації вузьких спеціалістів і стаціонарне лікування. При цьому сімейний лікар продовжує весь час вести динамічне спостереження за своїми пацієнтами. Таким чином, медичну допомогу пацієнт отримує безпосередньо у свого сімейного лікаря або за його направленням.

В Україні, у т.ч. у Полтавській області, проводиться робота щодо реформування галузі охорони здоров'я, направлена на створення системи закладів первинного рівня: центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) з мережею амбулаторій загальної практики-сімейної медицини. Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги - заклад охорони здоров'я (ЗОЗ), що забезпечує надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги населенню [1].

Комунальне підприємство «ЦПМСД № 2 Полтавської міської ради» створено 01.01.2013 р. Програма розвитку КП «ЦПМСД № 2 ПМР» направлена на поліпшення якості надання та доступності медичної допомоги населенню м. Полтава, поліпшення матеріально-технічної бази, підвищення престижу праці медичних працівників первинної ланки з надання медичної допомоги, покращення їх соціального та економічного становища. Вона зумовлена, в першу чергу, необхідністю забезпечення первинної ланки медико-санітарної допомоги сімейними лікарями-лікарями загальної практики сімейної медицини, необхідністю поліпшення стану здоров'я населення шляхом забезпечення доступу до кваліфікованої первинної медико-санітарної допомоги, орієнтованої на інтегрований підхід до рішення медико-санітарних потреб окремих громадян, родин та громади в цілому. Також необхідністю виконання першочергових завдань, спрямованих на реалізацію політики децентралізації державного управління, які на галузевому рівні полягають в оптимізації мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням територіальних потреб населення у медичній допомозі, доступність та ефективність якої залежить в першу чергу від організації надання ПМСД.

Сьогодні лікувальний заклад КП «ЦПМСД № 2 ПМР» обслуговує 114701 населення, в тому числі діти 18076. В закладі працює 10 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, в яких працює 65 сімейних лікарів та 23 лікарів педіатрів. Забезпеченість сімейними лікарями (фіз. особами) на 10000 населення складає – 5,5.

В лікувальному закладі кожний сімейний лікар та лікар-педіатр має доступ до медичної інформаційної системи ЕНЕСІ. Підписано декларацій 96137.

Медична допомога надається населенню згідно наказу МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги».

Лікарі загальної практики - сімейні лікарі та лікарі-педіатри активно приймали участь у державній програмі «Доступні ліки»: в

2020 році 28857 осіб отримали ліки по Державній програмі «Доступні ліки» на суму 1 млн. 710 тис. грн. Всі пацієнти пільгових категорій були забезпечені ліками в межах фінансування.

З березня місяця 2020 року лікувальний заклад працює в умовах карантину пов'язаного з COVID-19. Всі медичні працівники закладу в повному обсязі забезпечені засобами індивідуального захисту, при роботі з хворими на COVID-19 медичні працівники дотримуються правил інфекційного контролю. В 2020 році та січні, березні 2021 року не зареєстровані випадки професійних захворювань пов'язаних з COVID-19. За період пандемії в лікувальному закладі зареєстровано 6861 випадок COVID-19.

В усіх амбулаторіях створені кабінети ізолятори для прийому хворих з ознаками ГРВІ та підозрою на COVID-19. Розроблені маршрути пацієнтів з підозрою на COVID-19. В разі виявлення хворих з підозрою на COVID-19 сімейні лікарі та лікарі педіатри заповнюють інформацію в ЕСОЗ, проводять обстеження пацієнта на COVID-19 методом ПЛР чи швидким тестом на антиген на COVID-19. Обстеження пацієнтів на COVID-19 проводиться в спеціально обладнаних кабінетах в кожній амбулаторії з дотриманням правил інфекційного контролю.

Маломобільні пацієнти обстежуються вдома мобільною бригадою. За один робочий день проводиться до 200 ПЛР тестів та 120-150 швидких тестів на COVID-19. Біоматеріал взятий на дослідження ОТ-ПЛР на COVID-19 щоденно транспортується в спеціально обладнаному автомобілі до ЦК ДЛ КП «Обласний лабораторний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД ПОР» згідно маршруту доставки біоматеріалу для проведення дослідження на COVID-19.

Сімейні лікарі проводять збір інформації про контактних осіб, згідно додатку 5 до «Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба» COVID-19». Моніторинг та спостереження за контактними особами встановлюється на 14 днів з дня останнього контакту з підтвердженням або ймовірним випадком. Моніторинг контактних осіб здійснюється сімейним лікарем по телефону з метою перевірки наявності симптомів. Контактним особам надається інформація по дотриманню гігієни. Контактні особи, які не мають симптомів захворювання протягом 14 днів завершують самоізоляцію без додаткових лабораторних обстежень. В разі виявлення симптомів, які відповідають COVID-19 особа стає підозрілою. Пацієнти з легким перебігом ГРВІ, COVID-19 перебувають на амбулаторному лікуванні.

Станом на 31.03.2021 р. амбулаторне лікування проходить 414 осіб. Лікування призначається сімейним лікарем та лікарем педіатром згідно протоколу. Станом на 31.03.2021 р. проведено 17382 обстеження на COVID-19 методом ПЛР та обстежено швидкими тестами на антиген – 5137 осіб.

З лютого місяця 2021 року в лікувальному закладі облаштовано пункт щеплень згідно наказу МОЗ України від 02.02.2021 р. № 165 «Про затвердження примірною переліку лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах в пунктах щеплення».

В лікувальному закладі створена мобільна бригада (2 лікарі, 3 медичні сестри) для проведення щеплень проти COVID-19 згідно Дорожньої карти щеплень проти COVID-19. Всі медичні працівники кабінету щеплень та мобільної бригади пройшли навчання. В лікувальному закладі заведені журнали для попереднього запису населення для проведення щеплень від COVID-19.

На даний час проводиться щеплення людей з критичним ризиком інфікування та розвитку коронавірусної хвороби (медичні працівники, які надають стаціонарну допомогу хворим на COVID-19, працівники екстреної медичної допомоги), людей з надзвичайно високим ризиком інфікування (медичні працівники, які не надають стаціонарну допомогу хворим на COVID-19 та люди віком від 80 років, соціальні працівники, військовослужбовці Збройних Сил України та Національної гвардії). За один робочий день мобільна бригада проводить 100 вакцинацій, кабінет щеплень проводить 30-40 вакцинацій.

Отже, основними завданнями функціонування та розвитку КП «ЦПМСД № 2 ПМР» населенню м. Полтава є:

- збереження і покращення здоров'я населення;
- гарантована доступність і якість кваліфікованої медичної допомоги;
- оснащення обладнанням медичного та офісного призначення, комп'ютерною технікою, високошвидкісним Інтернетом та локальною мережею, засобами зв'язку і автотранспортом;
- удосконалення організації медичної допомоги, пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги;
- підвищення рівня санітарної культури населення, формування здорового способу життя;

- удосконалення механізмів фінансування закладів охорони здоров'я враховуючи сучасні тенденції та нові прийняті закони.

В подальшому це дасть змогу: підвищити ефективність та якість надання медичної допомоги на первинній ланці з метою подолання несприятливих демографічних тенденцій; збільшити питому вагу медичної допомоги, що надається лікарями загальної практики – сімейними лікарями; сформувати систему надання населенню високоякісної медичної допомоги на засадах сімейної медицини; створити умови для реалізації принципу організації та координації медичної допомоги між лікарями загальної практики-сімейної медицини (первинна ланка) із вузькими спеціалістами; сприяти комплексній роботі та налагодженню взаємозв'язку між службами екстреної медичної та невідкладної допомоги; забезпечення сучасною матеріально-технічною базою КП «ЦПМСД № 2 ПМР» відповідно рекомендованих табелів оснащення та нормативів.

Список літератури:

1. Державна служба статистики України. Статистична інформація. 2019. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua> (UA)
2. Одринський В.А. Переваги реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (огляд літератури) /В.А. Одринський // Сімейна медицина. – 2007. - №3. – С.4-6.
3. Яковлева, О. Г. Основні шляхи становлення і розвитку сімейної медицини в Україні як основа реорганізації первинної медико-санітарної допомоги населенню / О. Г. Яковлева. - С.16-21

## **АНАЛІЗ РОБОТИ КНП «МІСЬКИЙ КЛІНІЧНИЙ ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ»**

**Канивець О. В.<sup>1</sup>, Капустник Н. В.<sup>2</sup>, Мирошниченко С. О.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>КП «Міський клінічний пологовий будинок Полтавської міської ради», Полтава, Україна

<sup>2</sup>КНП Харківської обласної ради «Обласний клінічний перинатальний центр», Харків, Україна

<sup>3</sup>КНП Ізюмської міської ради «Центра міська лікарня Піщанської Богоматері», Ізюм, Україна

У 2020 році міський пологовий будинок м. Полтава отримав першу акредитаційну категорію. Відповідно до Комплексного плану закладу в рамках підготовки до контракування з НСЗУ [1] обрана медична інформаційна система, проведена реєстрація закладу на

електронному сайті охорони здоров'я, створений реєстр місць надання послуг та співробітників, впроваджений електронний облік лікарських засобів та виробів медичного призначення. Також проведено дооснащення пологового будинку відповідно до табелів оснащення та проекту вимог до медичних послуг, які будуть надаватися за Програмою медичних гарантій – 54 найменування [6]. Укладені договори з підрядниками надання медичних послуг та з НСЗУ про медичне обслуговування [2] населення за програмою медичних гарантій за наступними пакетами медичних послуг:

- «Медична допомога при пологах»
- «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках»
- «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах»
- «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»
- «Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2»
- «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу»
- «Гістероскопія»
- «Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг в частині умов, які застосовуються з 1 вересня 2020 року».

Проведені зміни щодо структури КНП «Міський клінічний пологовий будинок Полтавської міської ради», а саме:

- жіноча консультація реорганізована у консультативно-діагностичне відділення;
- на вивільненій площі проводиться ремонт-реконструкція із подальшим облаштуванням відділення постнатальної реабілітації та II етапу виходжування новонароджених;
- відділення патології вагітності переформатовано у відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології з ліжками для невиношування.

Метою організації відділення постнатальної реабілітації та II етапу виходжування новонароджених [3] є надання якісної медичної допомоги дітям із перинатальними проблемами у неонатальному періоді. Функція відділення полягає у створенні оптимальних умов

для виходжування, проведенні комплексу реабілітаційних заходів, які сприяють стабілізації стану дитини, забезпечують сталий успіх лікування. Кінцевою метою є профілактика інвалідності та формування здорової дитини.

Пологовий будинок надає цілодобову акушерсько-неонатологічну допомогу жителям східного госпітального округу, що є наслідком стратегії регіоналізації перинатальної допомоги. Консервативна та оперативна гінекологічна допомога надається в режимі 24/7 населенню міста Полтава [4,5].

За 2020 р. в пологовому будинку проведено 2461 пологів, що на 100 пологів більше ніж за попередній рік. З інших міст та з районів області розроджено 590 (24,%) вагітних жінок проти 453 (19,1%) за 2019 р., в т.ч. з Диканської (69), Машівської (72), Котелевської (24), Зіньківської (80), Новосанжарської (71) та Карлівської ЦРЛ (95). Всього - 411. Кількість пологів у вагітних, що не перебували під наглядом: 29 проти 12 у 2019 р. Госпіталізованих після пологів поза пологовим стаціонаром – 3. Багатоплідних пологів – 10 (0,4%).

Пологовий будинок надав стаціонарну допомогу 34 пацієнтам з підозрою та хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 (20), з яких у 8 проведено розродження.

Перинатальна смертність у 2020 р. зросла із попередніми роками і становила 6,9 ‰ (17 випадків), у порівнянні з 2019 р. - 5,4‰ (13 випадків) та 2018 р. - 3,5‰ (9 випадків). За даний звітний період перинатальна смертність складається із 16 випадків мертвонароджень (15 антенатальних та 1 інтранатальний) та 1 випадку ранньої неонатальної смерті.

Мертвонароджуваність склала 6,5 на тисячу населення. Дев'ять випадків антенатальної загибелі плода сталися при недоношеній вагітності, з них 5 у терміні гестації (22-26 тижнів). Причинами втрати плодів у 9 випадках визнано стани, пов'язані із патологією пуповини: обвиття навколо шиї та ручки плода – 4 випадки, перекручення пуповини зі стисканням судин – 3 випадки, плацентарна недостатність – 2 випадки, по одному випадку наявності справжнього вузла пуповини та хоріоамніоніта, прееклампсії та тяжкого перебігу гострої респіраторної хвороби COVID-19. Ще два випадки залишилися без визначеної причини. Слід зауважити, що із 17 випадків перинатальних втрат 6 сталися при терміні гестації менш ніж 28 тижнів, тобто це репродуктивні втрати, що пов'язані із здоров'ям жінки.



За звітний період передчасними були 5,3% пологів (130 вип.), 4,2% у 2019 р. та 4,7% у 2018 р. Переважна кількість передчасних пологів (72,3%), відбулася при терміні гестації 35-37 тижнів, 40,8% передчасних пологів відбулися достроково за медичними показаннями (59% - у 2019 р.).

Найкращий показник питомої ваги передчасних пологів по пологовому будинку має 4 Міська клінічна лікарня (4,6%), найгірший – Міській клінічній пологовий будинок (7,2%). 23 випадки передчасних пологів відбулися у жінок з районів області (17,7% від усіх передчасних пологів). Показник перинатальної смертності серед передчасно народжених дітей склав 72,5‰ (10 випадків). Розродження шляхом кесаревого розтину проведено у 29,9%.

Показник абдомінального розродження у 2020 р. склав 21,4% (19,2% - у 2019 р.). Розширення обсягу оперативного втручання відбулося у 23-ти випадках (7 - консервативна міомектомія, 15 – операції на додатках матки, 1 – екстирпація матки). Перинатальна смертність при кесарському розтині склала 5,7‰. Серед показань до кесаревого розтину на першому місці залишаються рубці на матці (27,8%), на другому місці дистрес плода (15,6%), третє місце серед показань посіли тазові передлежання плода (11,8%).

Питома вага інструментальних вагінальних пологів у звітній період залишилася на рівні попереднього року і склала 5,1%. Рівень розривів промежини - 10,6%, хірургічного розтину промежини – 4,2%. Акушерські кровотечі виникли у 1,4% жінок (34 випадки), із них 4 – з крововтратою  $\geq 1$ л, відшарування плаценти – 12 вип., передлежання плаценти – 3 вип., кровотеча у III періоді пологів – 5 вип., рання післяпологова кровотеча – 14 вип.

Слід відмітити стійку тенденцію зростання питомої ваги вагітних із рубцем на матці протягом 3-х років: 4,9% (у 2018 р.) - 5,2% (у 2019 р.) - 6,1% (у 2020 р.) від загальної кількості розроджених жінок.

Також відмічається зростанні позитивного показника щодо надання анестезіологічної допомоги жінці у пологах (виключно анестезіологічну допомогу при кесарському розтині) із 24% у 2018 р. до 30% у 2020 р.

Кількість госпіталізованих породілль до відділення гінекології становить 1,3% проти 2,0% у 2019 р. та 2,6% у 2018 р. Серед породілль за 2020 р. зафіксований 1 випадок ВЛІ після виписки зі стаціонару (панметрит, сепсис).

За звітний період живими народилось 2474 дітей (з них надійшло після пологів поза пологовим стаціонаром 3 дитини), з них 129 дітей отримані від передчасних пологів. Шестеро дітей позбавлені батьківського піклування. До дитячих стаціонарів міста переведено 137 немовлят, що становить 5,6% від усіх народжених (за 2019 р. – 6,2%). До дитячих реанімаційних відділень переведено 12 дітей, що склало 8,8% від усіх переведених (за 2019 р. – 10,9%).

Хворими від народження визнано 38% дітей, показник попереднього року склав 37,3%. Загальна захворюваність склала 599,3‰ проти 520,7‰ у минулому році. Перші місця посіли пологові травми та порушення церебрального статусу.

З вадами розвитку народилося 4,2% малюків (103 дітей), в тому числі 5 немовлят із синдромом Дауна, 2 – із атрезією ануса, по одному випадку мали місце народження дітей із синдромом Денді-Уокера, діафрагмальною килою та іхтіозом.

Вакцинацію проти туберкульозу отримали 88,4% новонароджених дітей, проти гепатиту В – 83,9%. Скринінгові обстеження на фенілкетонурію, гіпотиреоз, адреногенітальний синдром та муковісцидоз проведені у 98,3% випадків.

177 новонароджених (7,2% від народжених дітей) проліковані у ВІТН (показник попереднього року 5,7%). Госпіталізації до ВІТН потребували 91 доношена дитина та 60 недоношених новонароджених. Основним показанням для госпіталізації до ВІТН протягом останніх трьох років на першому місці є неонатальна енцефалопатія, на другому місці – дихальна недостатність, третє місце посіла вроджена пневмонія. ШВЛ проведена 35 новонародженим (19 доношеним та 16 передчасно народженим немовлятам), показанням була вроджена пневмонія - у 48% випадках, РДС – у 24%. Ще 5 дітям була застосована неінвазивна ШВЛ. Летальність по відділенню 0,6%. Середня тривалість перебування у ВІТН становить 5,8 доби. У відділенні постнатальної реабілітації та II етапу виходжування перебувало 15 дітей, з яких 14 виписані додому.

Відділення патології вагітності з екстрагенітальною патологією та ліжками для невиношування має 2 випадки перинатальної смертності. За минулий рік у відділенні надали медичну допомогу 1273 вагітним жінкам, з яких 20,6% були з районів області. Слід відмітити, що середня тривалість перебування у стаціонарі вагітної пацієнтки зменшилася з 13,3 ліжко-днів у 2019 році до 5,0 у 2020 р.

Відділення гінекології має показник хірургічної активності – 78,6% (за минулий рік – 70%). Із них: проведено 87 екстирпацій, 5 надпівових ампутацій матки та 2 консервативні міомектомії. Продовжується впровадження малоінвазивних методів хірургічних втручань на жіночих статевих органах (лапароскопія, гістероскопія) і натеper проведено 148 лапароскопічних операції (проти 119 за 2019р.) та 153 гістероскопії. Взагалі кількість пролікованих хворих за 2020 р. становить 1949 осіб проти 1723 у 2019 р. Середня тривалість перебування хворого на ліжку становить 2,6 діб проти 5,6 за попередній рік. Перераховане вище свідчить про активне впровадження вимог щодо реформування системи охорони здоров'я у відділенні гінекології та патології вагітності.

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії має сталі показники роботи, кількість випадків надання анестезіологічної допомоги дорослим пацієнтам зростає за рахунок внутрішньовенних та регіональних методів, відбувається збільшення кількості випадків проведеної епідуральної анестезії у пологах.

Жіноча консультація за звітний період має показник перинатальної смертності 10,7‰ - 7 випадків. Із них: 6 антенатальної втрати плода та 1 випадок ранньої неонатальної смерті. Рівень передчасних пологів – 5,8%.

Питома вага залучення безоплатних донорів від річного плану склала 75,6%. Використання компонентів крові у 2020 році у відділеннях пологового будинку має показник 18,17 л.

Основні показники загальної захворюваності та малюкової смертності представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

**Аналіз показників загальної захворюваності та малюкової смертності За 2018 – 2020 рр.**

№	Показники	2018 (абс)	На 1000 насе лення (‰)	2019 (абс)	На 1000 насе лення (‰)	2020 (абс)	На 1000 насе лення (‰)
	Роки						
1.	Перинатальна смертність	9	3,5	13	5,4	17	6,9
2.	Мертвонароджуваність	9	3,5	11	4,6	16	6,5

3.	Рання неонатальна смертність	-	-	2	0,8	1	0,4
4.	Малюкова смертність	-	-	2	0,8	1	0,4
5.	Загальна захворюваність дітей:	650	255,5	1234	520,7	1473	599,3
	• з них серед доношених	536	221,6	1067	471,1	1267	244,0
	• з них серед недоношених	114	912,0	167	1590,5	206	1596,9

У таблиці 2 представлені показники оперативних втручань КНП «Міський клінічний пологовий будинок» за 2018 - 2020 роки.

Таблиця 2

**Аналіз показників оперативних втручань КНП «Міський клінічний пологовий будинок Полтавської міської ради» за 2018 - 2020 роки.**

№	Показники Роки	2018 (абс)	%	2019 (абс)	%	2020 (абс)	%
1.	Пологи багатоплідні	18	0,7	17	0,7	10	0,4
2.	Кесарів розтин	474	18,7	454	19,2	526	21,4
3.	Розширення обсягу операції до видалення матки під час кесаревого розтину	3	0,6	-	-	1	0,2
4.	Акушерські клещата	8	0,3	4	0,2	2	0,1
5.	Вакуум-екстракція плода	109	4,3	119	5%	123	5
6.	Плодоруйнівні операції	-		-		1	0,1

Висновки. За звітній період збільшилась кількість проведених пологів, а також передчасних пологів вагітних із рубцем на матці. Відмічається зростання позитивного показника щодо надання анестезіологічної допомоги жінці у пологах. Збільшилась кількість пролікованих хворих у стаціонарі. Середня тривалість перебування у стаціонарі вагітної пацієнтки зменшилася. У 2020 р. зросла

перинатальна смертність, а також загальна захворюваність як серед доношених, так і серед недоношених дітей. Крім того проведені зміни щодо структури КНП «Міський клінічний пологовий будинок Полтавської міської ради».

### **Література.**

1. НСЗУ. Контрактування 2021 р. URL: <https://nszu.gov.ua/kontraktuvannya-2021>
2. НСЗУ. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts>
3. Шило К.А., Никитюк С.О. Етапи виходжування недоношених дітей. Роль сестринської діяльності / К. А. Шило, С. О. Никитюк // Медсестринство. – 2018. - №1. - С. 82-84
4. Неонатологія : навч. посіб. / за ред. П. С. Мощича, О. Г. Суліми. – К. : Вища школа, 2014. – С. 17–42.
5. Скворцов В.А. Современные тенденции проблем вскармливания недоношенных детей / В. А. Скворцова, Т. Э. Горовик, О. Л. Лукоянова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – № 2. – С. 80–87.
6. Нормативне забезпечення проведення реформи системи медичного обслуговування (табелі оснащення) (збірник нормативно-правових актів) / за ред. Г.О. Слабкого. – К.: Вища школа, 2012. – 168 с.

## **ПРО СТАН НАДАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Карабаш Н.В.<sup>1</sup>, Краснова О.І.<sup>2</sup>, Ляхова Н. О.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>КП «Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер», Полтава Україна*

*<sup>2</sup>Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

Питання боротьби з туберкульозом залишається одним з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та є питанням національної безпеки країни, спокою та впевненості у завтрашньому дні наших громадян [1,2,3].

За результатами протитуберкульозної роботи у 2020 році в Полтавській області захворюваність на всі форми туберкульозу, включаючи рецидиви, в порівнянні з аналогічним періодом минулого року зменшилась на 29,9% і становить 36,5 на 100 тис. населення проти 52,1 за 12 місяців 2019 року (Україна 12 місяців 2020 року – 42,2). Область посідає 16-те рейтингове місце по рівню

захворюваності на туберкульоз серед областей України. Ріст захворюваності відбувся в 2 районах області; найвищі показники в Кременчуцькому районі – 50,3 на 100 тис. населення; Пирятинському – 42,4, Кобеляцькому – 41,6; Полтавському-52,7. В абсолютних цифрах вперше захворіло на туберкульоз 504 жителя області, що на 222 менше за аналогічний період минулого року [4]. На 31,6% зменшилась захворюваність на туберкульоз серед сільського населення області і складає на 100 тис. населення 41,2 проти 60,2 в минулому році. Виявлено ТБ\ВІЛ ко-інфекції – 59 випадків, що становить 11,7% від всього виявленого туберкульозу. При налагодженій взаємодії ТБ і ВІЛ служб цей показник повинен бути не менше 10%. Серед дітей віком від 0 до 17 років захворіло 10 дітей: 4 випадки в м. Полтава, 1 випадок в м. Кременчук; 2 випадки в Кременчуцькому районі; по 1 випадку в Хорольському, Миргородському та Лохвицькому районах. Кількість виявлених бактеріовиділювачів серед вперше захворілих збільшилась з 71,5% за 12 місяців 2019 року до 72,6% у 2020 році. Питома вага деструктивних форм туберкульозу серед вперше виявлених на легеневі його форми збільшилась з 42,9% у минулому році до 48,6% у 2020 році. За 12 місяців 2020 року смертність від усіх форм туберкульозу в Полтавській області зменшилась в порівнянні з минулим роком і становить 6,5 випадків на 100 тисяч населення (у 2019 році – 7,8) [4].

Проведена робота по об'єднанню протитуберкульозних закладів області в єдиний заклад на виконання пункту 8.1 рішення 29-ї сесії сьомого скликання Полтавської обласної ради від 20.12.2019 року № 1274 «Про реорганізацію комунального підприємства «Кременчуцький обласний протитуберкульозний диспансер Полтавської обласної ради», Лубенського обласного протитуберкульозного диспансеру, комунального підприємства «Веприцька туберкульозна обласна лікарня Полтавської обласної ради», комунального підприємства «Гадяцький обласний туберкульозний санаторій Полтавської обласної ради», комунального підприємства «Опішнянська туберкульозна обласна лікарня Полтавської обласної ради» шляхом приєднання до комунального підприємства «Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер Полтавської обласної ради».

Проведена специфікація відділень по резистентності збудників відповідно «Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового

перебування людей та проживання хворих на туберкульоз», станом на 01.01.2021 року функціонують 340 ліжок для хворих на туберкульоз. В зв'язку зі зменшенням контингентів хворих на туберкульоз, формуванню моделі лікування хворих на туберкульоз, де перевага надається амбулаторному лікуванню, з 15.04.2020 року припинило функціонування відділення для лікування хворих на туберкульоз з розширеною резистентністю (на 40 ліжок). З 15.06.2020 року закрито відділення для лікування хворих на чутливий туберкульоз №2 (100 ліжок) – колишнє КП «Гадяцький обласний туберкульозний санаторій Полтавської обласної ради». 15.10.2020 року ліквідоване відділення для лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз №2 (колишнє КП «Веприцька туберкульозна обласна лікарня Полтавської обласної ради»), де здійснювалось паліативне лікування хворих на туберкульоз. Під загрозою закриття відділення для лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз №1 (колишнє КП «Опішнянська туберкульозна обласна лікарня Полтавської обласної ради»).

Основними напрямками надання протитуберкульозної допомоги населенню області є:

- виявлення туберкульозу: покладено, переважно, на лікарів первинної ланки – сімейних лікарів. Відповідно наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 №504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» на сімейного лікаря покладено проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань, зокрема туберкульозу. Виявлення туберкульозу первинною мережею здійснюється шляхом проведення скринінгового анкетування, а також дослідженням мокротиння на кислотостійкі палички (КСБ) методом бакскопії та молекулярно-генетичним дослідженням системою Gene/Xpert. Крім того виявлення туберкульозу може здійснюватись і лікарями вторинної мережі (скринінгове анкетування, дослідження мокротиння, рентгенологічні методи дослідження). Не втратило своєї актуальності і виявлення туберкульозу серед груп ризику та декретованого населення цифровими рентгенологічними апаратами (в тому числі і пересувними);
- робота у вогнищі туберкульозної інфекції: робота у вогнищах туберкульозної інфекції регламентована наказом по Департаменту охорони здоров'я від 30.08.2016 № 725 «Алгоритм роботи по виявлення контактних осіб в т.ч. у вогнищі туберкульозної інфекції».

За обстеження, профілактичне лікування контактних осіб I кола відповідальний лікар-фтизіатр. Визначення контактних осіб II і III кола здійснюють сімейні лікарі. Вони ж контролюють проходження обстеження контактними особами для виключення туберкульозу, проводять подальше спостереження за контактними особами;

- лабораторна діагностика туберкульозу: лабораторії I рівня загально-лікувальної мережі проводять виявлення КСБ методом бакскопії, деякі з них (КДЛ КНП «Миргородська ЦРЛ МРР» та КДЛ КП «4-А МКЛ ПМР») обладнані системою для молекулярно-генетичного дослідження Gene/Xpert. Три лабораторії II рівня крім бакскопій здійснюють також бактеріологічне дослідження матеріалу (без проведення тестів медикаментозної чутливості), дві з них обладнані тест-системами Gene/Xpert (лабораторії консультативно-діагностичних відділень № 2 та № 3 КП «ПОКПТД ПОР»). Лабораторії I та II рівнів, обладнані тест-системами Gene/Xpert, проводять дослідження матеріалу, яке доставляється від закладів первинного рівня надання медичної допомоги. Лабораторія III рівня – КДЛ КП «ПОКПТД ПОР» проводить всі види мікроскопічного, культурального та молекулярно-генетичного дослідження на туберкульоз, включно з проведенням тесту медикаментозної чутливості мікобактерій туберкульозу;

- лікування та моніторинг лікування туберкульозу: на сьогоднішній день в Україні в цілому, і в Полтавській області зокрема, для лікування хворих на туберкульоз використовується пацієнт-орієнтований підхід до вибору місця лікування. При наявності показань до госпіталізації хворий лікується стаціонарно в КП «ПОКПТД ПОР». При відсутності показань до госпіталізації або після виписки зі стаціонару хворий лікується амбулаторно.

Амбулаторне лікування надається в:

- кабінетах контрольованого лікування (ДОТ-кабінети) консультативно-діагностичних відділень КП «ПОКПТД ПОР» - три в області;
- ДОТ-кабінетах при туберкульозних кабінетах колишніх центральних районних лікарень (не дивлячись на те, що в області пакет ПМГ «Діагностика та лікування дорослих та дітей із туберкульозом» підписано лише з КП «ПОКПТД ПОР», на сьогоднішній день посади фтизіатрів збережені практично у всіх районних лікарнях і фтизіатри продовжують виконувати свої функціональні обов'язки, в тому числі і здійснювати лікування та



моніторинг лікування хворих з туберкульозом. Районний фтизіатр здійснює замовлення та отримання протитуберкульозних препаратів у обласному протитуберкульозному закладі і (при необхідності) його подальший перерозподіл до сімейного лікаря;

- в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини під наглядом сімейного лікаря, з яким підписана декларація (призначення протитуберкульозного лікування, загальний нагляд за лікуванням здійснює фтизіатр). У Програмі медичних гарантій на 2021 рік наявний пакет «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги»;
- контрольоване лікування з використанням інтерактивних засобів зв'язку (відео-ДОТ);
- контрольоване лікування із залученням психо-соціального супроводу: у 2020 році КП «ПОКПТД ПОР» разом з благодійною організаціями «Світло надії» та «Товариство Червоного Хреста України» реалізовувався проект Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні, «Зменшення тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції через створення загального доступу до своєчасної та якісної діагностики та лікування туберкульозу і його резистентних форм, розширення доказової профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, та створення стійких та життєздатних систем охорони здоров'я». Супроводу підлягали хворі як чутливим так і лікарсько-стійким туберкульозом, в тому числі і з ВІЛ-інфекцією;
- паліативне лікування хворих на невиліковні форми туберкульозу: не дивлячись на те, що КП «ПОКПТД ПОР» у 2020 році не було укладено договір на пакет «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям», надання паліативної допомоги хворим на невиліковні форми туберкульозу надавалось у відділенні для лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз №2 (колишнє КП «Веприцька обласна туберкульозна лікарня Полтавської обласної ради»);
- надання медичної допомоги хворим на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ: всі хворі з туберкульозом забезпечуються обов'язковим тестуванням на ВІЛ-інфекцію. У випадку виявлення ко-інфекції ВІЛ/ТБ, хворим забезпечується консультація лікаря-інфекціоніста (2 фахівця у штаті КП «ПОКПТД ПОР», лікарі-інфекціоністи кабінетів «Довіра» районних лікарень) та призначення АРТ в стаціонарних чи амбулаторних умовах. Пацієнти КП «ПОКПТД ПОР»

забезпечуються ко-тримоксазолом для профілактичного лікування пневмоцистної пневмонії. Після закінчення протитуберкульозного лікування пацієнти продовжують приймати антиретровірусну терапію у лікаря-інфекціоніста за місцем проживання;

- інтегрована медична допомога хворим на поєднані захворювання – ВІЛ/ТБ, ЗПТ: в закладі створені та функціонують два кабінети «Довіра» (консультативно-діагностичне відділення №1 (м. Полтава) та консультативно-діагностичне відділення №2 (м. Кременчук), де пацієнти з ВІЛ/ТБ можуть отримувати АРТ. Функціонує сайт замісної підтримувальної терапії на базі консультативно-діагностичного відділення №1 (м. Полтава) та відділення для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз №1 КП «ПОКПТД ПОР».

Надання медичної допомоги хворим на туберкульоз регламентується низкою нормативних документів:

- Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз»;
- розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1414-р. «Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню»;
- розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 листопада 2020 р. № 1463-р „Про затвердження плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки”;
- наказ МОЗ України від 25.02.2020 року № 530 «Про затвердження стандартів охорони здоров'я при туберкульозі»;
- наказ Департаменту охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації №1718 від 02.10.2020 яким забезпечено впровадження «Зведеної настанови ВООЗ з туберкульозу. Модуль 4: лікування. Лікування лікарсько-стійкого туберкульозу»;
- наказ МОЗ України від 01.02.2019 року №287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз».

Отже, проблема туберкульозу у Полтавській області залишається актуальною. У теперішній час епідемія повинна долатися на рівні стратегічних, політичних та економічних рішень через створення та забезпечення умов для безперервності послуг – від виявлення туберкульозу та надання медичної допомоги хворим на ТБ, до повного їх виліковування. Наразі постала нагальна потреба

зміцнювати форму взаємодії всіх ланок системи охорони здоров'я – державного та громадського секторів, формувати сучасні принципи реалізації національних програм і контролю за туберкульозом та іншими соціально-небезпечними захворюваннями.

Список літератури:

1. Поліщук Л. М. Туберкульоз – соціальна проблема в Україні / Л. М. Поліщук, І. М. Радаєва, О. В. Устянська // Молодий вчений. - 2017. - № 11. - С. 92-95. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv\\_2017\\_11\\_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2017_11_25).
2. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник) / Н.М. Нізова, А.М. Щербінська, Я.С. Терлеєва. – Київ, 2016. – 132 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information>
3. Феценко Ю.І. Стан і проблеми протитуберкульозної допомоги населенню України та шляхи її подолання / Ю.І. Феценко, В.М. Мельник // Укр. пульмонол. журн. – 2004. – № 2. – С. 6-11. . Нізова Н.М.
4. State Statistical Service of Ukraine. Statistical Information. 2019. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua> (UA)

## **ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОЗА ГОДИНАМИ ПРИЙОМУ ПАЦІЄНТІВ** **Лисенко М.І.**

*КНП «Лохвицький ЦПМСД» м. Лохвиця, Україна*

Первинна медична допомога - це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Невідкладний стан – це раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає

внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Невідкладний стан людини потребує надання екстреної медичної допомоги. Якщо стан пацієнта не належить до невідкладних, то йому надається первинна медична допомога.

Для уникнення неоднозначності з використанням терміну «невідкладна медична допомога», для цілей організації ПМД пропонується застосовувати термін «надання ПМД поза годинами прийому пацієнтів». Надання ПМД цілодобово є важливою потребою пацієнтів.

Відповідно до міжнародної практики окремо регулюються дві категорії ПМД:

- ПМД, що надається у робочий час;
- ПМД, що надається поза робочим часом, тобто поза годинами прийому пацієнтів.

Надання ПМД розділено на дві часові категорії, які окремо врегульовані національним законодавством відповідної країни:

- надання ПМД у визначені робочі години лікаря/команди ПМД;
- надання ПМД поза цими годинами, що передбачає роботу у вечірній, нічний час, вихідні і святкові дні.

Форми організації надання ПМД поза годинами прийому у різних країнах різні та спрямовані на досягнення балансу між інтересами лікарів та пацієнтів. Для організації ПМД поза годинами прийому значну роль мають:

- телефонні та телемедичні консультації;
- спеціальні сайти;
- ІТ-додатки для пацієнтів;
- організаційні рішення з підтримки ПМД на національному та місцевому рівнях.

Модель організації ПМД поза годинами прийому необхідно розробляти та запроваджувати на локальному рівні на основі аналізу потреб населення та місцевих особливостей.

Для робочих годин ПМД в більшості країн встановлюється мінімальний показник, який може коливатися від 20 годин на тиждень.

Графік роботи в межах цих годин може визначатися лікарями ПМД з урахуванням місцевої специфіки і потреб пацієнтів.

В Україні діє нормування робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я відповідно до наказу МОЗ

України від 25.05.2006 №319 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 9 червня 2006 р. за N 696/12570. Наприклад, цим наказом встановлена норма для лікарів, зайнятих виключно амбулаторним прийомом хворих, що становить 33 9 години на тиждень.

Рішення щодо надання ПМД в позаробочі години на певній території можуть передбачати (але не обмежуватись):

- розширення годин роботи надавача ПМД (складення відповідних графіків змінності лікарів, чергування у вечірній час в межах встановлених норм, поділ робочого часу лікарів (молодшого медичного персоналу) на частини);
- додаткову оплату роботи (надурочні, у святкові і неробочі дні);
- найм додаткового персоналу для роботи у вихідні дні;
- закупівлю послуг з надання ПМД у вихідні дні (місцеві програми);
- залучення закладів спеціалізованої медичної допомоги (структурних підрозділів лікарень - відділень невідкладної медичної допомоги, травмпунктів тощо).

Надання послуг ПМД у позаробочий час може мати певні обмеження і недоліки у порівнянні із порядком надання ПМД у робочий час лікарем, якого обрав пацієнт, а саме:

- відсутність попереднього запису, триваліший час очікування перед прийомом лікаря, черга пацієнтів із різними захворюваннями і станами;
- неможливість вільного вибору лікаря;
- нетривалий час на консультацію, вирішення лише гострих проблем;
- відсутність у лікаря повної інформації щодо пацієнта (доступу до медичних даних), щодо попередньої медичної допомоги, наявності хронічних захворювань і їх динаміки, застосування лікарських засобів тощо.

Під час звернення за ПМД в позаробочі години пацієнт зазвичай хоче в найкоротший строк отримати консультацію лікаря і не бажає (не має можливості) чекати прийому у свого сімейного лікаря. При цьому, пацієнт не знаходиться у невідкладному стані. Найчастішими причинами (за міжнародними даними) звернення за такою допомогою є:

- порізи і травми;
- укуси комах, тварин;

- незначні опіки;
- інфекції вуха і дихальних шляхів;
- інфекції шкіри і висипи;
- підвищена температура;
- блювання і діарея;
- кашель і застуда;
- стороннє тіло в оці, запалення;
- невідкладна контрацепція.

Неможливість пацієнта самотійно визначити важкість свого стану, недостатні знання і невпевненість у власному досвіді звернень до лікарів (пацієнтський досвід), відсутність підтримки близьких та страх – ці негативні чинники підвищують вірогідність звернення пацієнта за ПМД в позаробочі години, особливо якщо пацієнтами є молоді батьки з дітьми.

Організація надання ПМД поза годинами прийому передбачає вжиття заходів лікарем з надання ПМД, завідувачем амбулаторії ПМД, керівником закладу ПМД спільно з власником.

Відповідно до Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 р. за № 348/31800, ПМД надається пацієнтам відповідно до режиму роботи (години прийому пацієнтів лікарем з надання ПМД), який самотійно визначає надавач ПМД за погодженням із власником.

Відповідно до пункту 7 розділу IV Порядку надавач ПМД може самотійно або спільно з іншим (іншими) надавачем ПМД утворити черговий кабінет ПМД для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями (командами) з надання ПМД, а також надання ПМД у вихідні, святкові та неробочі дні. Надавач ПМД має право самотійно визначити порядок діяльності цього кабінету.

Організація чергувань з надання ПМД поза годинами прийому полягає у складанні гнучкого графіка роботи кожного лікаря з обов'язковим відпрацюванням певної частини робочого часу у вечірній час. При складанні такого графіку варто враховувати кількість прикріпленого населення і відповідне навантаження на лікарів.

У сільській місцевості, де працює один лікар («монопрактика»), доцільно встановити «розірваний» графік роботи лікаря та молодших спеціалістів амбулаторії, що передбачає окремий час на прийом пацієнтів в амбулаторії, обслуговування вдома, з забезпеченням

безперервності роботи амбулаторії. Для надання ПМД поза годинами прийому у сільській місцевості важливими є наявність автомобіля та обладнання у закладі охорони здоров'я згідно з табелем оснащення.

Організація телефонного консультування передбачає здійснення такого консультування кожним лікарем у межах годин прийому пацієнтів, які уклали з ним декларацію про вибір лікаря, та у порядку визначеного графіком змінності, зокрема, з поділом робочого часу на частини. Під час телефонного консультування, насамперед, визначається категорія звернення та необхідні подальші дії.

Для зменшення потреб у ПМД поза годинами прийому потрібно здійснювати проактивну профілактичну діяльність. Безперервне надання ПМД дозволяє суттєво зменшити потреби в наданні ПМД поза годинами прийому.

Безперервність ПМД означає охоплення первинною медичною допомогою людини протягом всього її життя та включає: вибудовування і підтримку тривалих стосунків лікар-пацієнт, організаційну безперервність, інформаційну безперервність. Надавач ПМД зобов'язаний забезпечити безперервність надання послуг з ПМД, для чого з-поміж іншого можуть утворювати групові практики ПМД.

Список літератури:

1. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»
2. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»
3. Наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»
4. Наказ МОЗ України від 04.01.2018 № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги(ІСРС-2-Е)»
5. Наказ МОЗ України від 26.01.2018 N 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу»

# **ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЕКСПЕРТИЗИ ЛИСТКІВ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПО КП «4-А МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ» ЗА 2020Р.**

**Луценко Л. М.**

*КП «4-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради», Полтава,  
Україна*

Експертиза тимчасової непрацездатності (ЕТН) – вид медичної діяльності, основною метою якої є оцінка стану здоров'я пацієнта, якості й ефективності проведеного обстеження і лікування, можливості здійснення професійної діяльності, а також визначення ступеня і термінів тимчасової втрати працездатності. Експертиза тимчасової непрацездатності виробляється в зв'язку з хворобою, каліцтвом, вагітністю, родами, відходом за членом родини, протезуванням, санаторно-курортним лікуванням і в інших випадках, установлених законодавством. Право на проведення експертизи тимчасової непрацездатності і видачу документів, що підтверджують тимчасову втрату працездатності, мають лікуючі лікарі лікувально-профілактичних установ державної, муніципальної і приватної систем охорони здоров'я на підставі отриманої установою ліцензії на проведення експертизи тимчасової непрацездатності. Лікарі, що займаються приватною медичною практикою поза установою, повинні мати ліцензію на основний вид медичної діяльності і проведення експертизи ВН, а також посвідчення (свідчень) про закінчення курсу підвищення кваліфікації по експертизі тимчасової непрацездатності [1, 2].

При визначенні працездатності необхідно враховувати як медичні, так і соціальні критерії. Медичні критерії включають вчасно поставлений повний клінічний діагноз з урахуванням виразності морфологічних змін, ваги і характеру плину захворювання, наявності декомпенсації і її стадії, ускладнень, визначення клінічного найближчого і віддаленого прогнозу. Соціальні критерії відбивають усе, що зв'язано з професійною діяльністю хворого: характеристику переважного напруги (фізичного чи нервово-психічного), організацію, періодичність і ритм роботи, навантаження на окремі органи і системи, наявність неблагоприятних умов праці і професійних вредностей. Установлення факту непрацездатності має важливе юридичне значення, тому що воно гарантує громадянину відповідні права: при тимчасовій втраті працездатності на звільнення від роботи та одержання коштів за рахунок засобів обов'язкового



державного соціального страхування, а при інвалідності на пенсію за рахунок засобів пенсійного фонду.

Експертиза непрацездатності може здійснюватися на різних рівнях:

Перший - лікуючий лікар.

Другий - завідувач профільного відділення.

Третій - лікарсько-консультативна комісія закладу охорони здоров'я.

Четвертий - заступник головного лікаря з ЕТН або відповідальна особа з ЕТН.

П'ятий - відповідальна особа органу охорони здоров'я з ЕТН [1, 4].

Заступник керівника установи по клініко-експертній роботі здійснює наступні функції:

- організує роботу з контролю якості медичної діяльності лікувальнопрофілактичної установи, його підрозділів, лікарів;
- очолює ЛКК установи і забезпечує умови для його роботи;
- здійснює вибірковий (очно) і по закінчених випадках (по документації) контроль якості діагностики, лікування, реабілітації, експертизи ТН (у т.ч. контроль за веденням медичної документації, статистичного обліку і звітності по ТН);
- бере участь у рішенні складних клініко-експертних питань;
- аналізує клініко-експертні помилки;
- доповідає на лікарських конференціях результати аналізу і заходів щодо зниження захворюваності з тимчасовою втратою працездатності;
- здійснює взаємодія з МСЕК, враховує й аналізує розбіжність експертних рішень, помилок, порушень порядку напрямку пацієнтів на МСЕК;
- розглядає позови і претензії страхових медичних організацій, територіальних органів Фонду соціального страхування, скарги пацієнтів з питань якості медичної допомоги й експертизи ТН, щокварталу організує лікарські конференції з питань експертизи ТН;
- організує навчання лікуючих лікарів з питань експертизи ТН;
- бере участь у розробці моделей кінцевих результатів діяльності ЛПУ, підрозділів, фахівців; здійснює контроль за їх реалізацією [1, 2,3].

Нижче представлені дані контролю видачі листків непрацездатності в КП «4-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» за 2020 рік.

Таблиця 1

**Динаміка видачі листків непрацездатності**

	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Поліклініка	6507	5945	4614
Стаціонар	1179	1069	464
<b>ВСЬОГО:</b>	<b>7686</b>	<b>7014</b>	<b>5078</b>

Контрольними ЛК охоплено 2171 – 42,7% л/н від первинно виданих (в умовах стаціонару 100%, в умовах поліклініки 37,0%) (в 2019р. охоплено 52,1%).

Виявлено дефектів 308 – 14,2% від проконтрольованих (в 2019р. – 8,3%), з них 33 випадки порушення режиму, 94 вип. неповне обстеження і лікування, 41 випадок відмова у видачі листка непрацездатності, 140 випадків відмова у продовженні л/н, видано довідок в центр зайнятості видано 184 шт.

Таблиця 2

**Контроль виданих листків непрацездатності за відділеннями лікарні (2019-2020 рр.)**

Відділення	12міс.2019	12міс.2020	Контр.ЛК%	
			Кількі- сть л/л	%
Хірургічне	2590	2181	215	9,8
Неврологічне	93	741	305	41,1
Офтальмологічне	186	141	51	36,1
ЛОР	662	353	95	35,3
д/с	261	60	41	68,3
Кард/ревматолог	184/77	152/30	147	57,4
Ендокринологи	26	31		
інфекціоністи	39	4		
Пульмонол.	38	20		
Гематолог	16	13		
Гастроентеролог		6		
Ж/к	882	863	519	60,1
<b>ВСЬОГО</b>	<b>5945</b>	<b>4614</b>	<b>1707</b>	<b>37,0</b>

**Аналіз середніх термінів лікування 1 випадку  
(по закритих листках непрацездатності).**

Ф23Т Н	12міс.2018			12міс.2019			12міс.2020		
	ви п.	дні	сер.трив. вип.	ви п.	дні	сер.трив. вип.	ви п.	дні	сер.трив. вип.
23ряд	44	722	16,39	40	692	17,18	28	583	20,13
ок	06	20		30	42		97	14	

За 12 місяців 2020р. спостерігається зменшення кількості випадків 2897 проти 4030 за 12 міс. 2019р., зменшення в днях 58314 проти 69242 в 2019р.; проте подовження тривалості лікування 1 випадку – 20,13 проти 17,8дн. в 2019 (найбільше зростання по травматизму 6,3дн. проти 36,0дн. в 2019р.).

**Динаміка випадків і середньої тривалості 1 випадку  
по відділеннях:**

Рядок 18.0	відділення	12міс.2019		12міс.2020	
		Вип.	сер.трив	Вип.	сер.трив
	Неврологічне	747	19,56	547↓	21,48↑
	Офтальмологічне	152	11,66	110	14,75
	ЛОР	560	7,24	333	7,86
	Хірургічне	1786	21,18	1463	23,49
	Гематолог	12	19,50	10	19,1
	Г/ентеролог	8	13,13	6	18,6
	Кард/ревматол	197	14,62	131	18,9
	Ендокринолог	18	27,39	26	23,8
	Інфекціоніст	30	17,53	3	9,0
	Пульмонолог	47	10,06	16	11,6
	Ден.стац	60	11,0	39	19,67
	Ж/к	448	13,13	234	17,7
	РАЗОМ	4030	17,18	2897	20,13

Аналізуючи роботу вузьких фахівців поліклініки впливає, що кількість випадків лікування знизилася в кожному відділенні і в цілому – 1133вип. 2897 вип. за 12міс.2020р. проти 4030вип. за 12міс. 2019р., але середня тривалість випадку зросла у кожному відділенні,

окрім ендокринологів, що пояснюється тим, що лікування короткочасних, неускладнених випадків проводиться сімейним лікарем, на II рівень направляються пацієнти зі складним ускладненим перебігом захворювання.

В розрізі нозологій ріст тривалості 1 вип. відбувся по наступних хворобах.

Таблиця 5

**Динаміка випадків і середньої тривалості 1 випадку за нозологіями**

рядок	нозологія	12міс.2019	12міс.2020
2.0	Новоутворення	25,6	26,6
4.0	Хв.ендокринної системи	17,3	18,76
6.0	Хв..нервової системи	21,9	23,1
6.2	Хв. ПНС	19,8	20,47
7.0	Хв.ока	12,4	15,8
9.0	Хв..системи кровообігу	17,7	25,6
9.4	ІХС	15,2	24,8
9.6	ЦВХ	25	36,3
10.3	Пневмонії	11,7	13,0
11.0	Хв..органів травлення	15,1	19,2
12.0	Хвороби шкіри	10,7	11,5
14.0	Хв.сечостатевої системи	13,1	15,7
16.0	Травми	23,4	25,8
16.1	Виробничі травми	36,0	46,3
18.0	Разом усі хвороби	17,1	20,13

Найбільш вагомо ріст лікування 1 випадку спостерігається по хворобах:

- ока – збільшилася кількість пацієнтів з регманточеним відшаруванням сітківки, які потребують довготривалого лікування;

- по ІХС (ГІМ) - всі пацієнти з березня 2020р. реабілітаційне лікування гострого інфаркту проходять амбулаторно у кардіолога поліклініки;

- хвороби сечостатевої системи, за рахунок збільшення амбулаторного лікування пацієнтів жіночої консультації.

**ВИСНОВКИ:**

Аналізуючи вищенаведені дані, необхідно зазначити наступне:

1. Завідувачу хірургічного відділення рекомендовано покращити роботу контрольних лікарсько-консультативних комісій, охопити контролем 25-30% листків непрацездатності від первинно виданих.
2. Завідувачам профільних відділень провести аналіз експертизи у відділеннях в розрізі нозологій та по кожному лікарю.

Література.

1. Наказ МОЗ України від 09.04.2008 N 189. «ПОЛОЖЕННЯ про експертизу тимчасової непрацездатності». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0589-08#Text>
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2001 N 455 «Інструкція про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1005-01#Text>
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 03.11.2004 N 532/274/136-ос/1406 (z1454-04). «ІНСТРУКЦІЯ про порядок заповнення листка непрацездатності» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1456-04#Text>
4. Наказ Моз України від 1.06.2021 р. № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки». URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-01062021--1066-dejaki-pitannja-formuvannja-medichnih-visnovkiv-pro-timchasovu-nepracezdatnist-ta-provedennja-ihnoi-perevirki>

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТЕХНІЧНИМИ ЗАСОБАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**Проскурін О.С.<sup>1</sup>, Плужнікова Т. В.<sup>2</sup>, Краснов О.Г.<sup>2</sup>,  
Мирошниченко М. С.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*Полтавське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство*

<sup>2</sup>*Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

<sup>3</sup>*Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

Серед населення будь-якої країни є громадяни з інвалідністю. Кількість осіб з особливими потребами постійно зростає, і сьогодні

проблеми інвалідності мають глобальний характер. Для України проблема соціального захисту інвалідів є особливо значущою у зв'язку зі стійкою тенденцією до зростання частки інвалідів у загальній структурі населення[1,2,3]. Серед основних проблем збільшення кількості людей з інвалідністю є низький рівень соціально-економічного розвитку українського суспільства, який знизив рівень життя більшості людей; незадовільний стан системи охорони здоров'я; недостатня безпека та охорона праці; низький рівень екологічної культури; наявність різноманітних катаклізмів – природних, екологічних, воєнних[4].

Рівень державного соціального захисту осіб з обмеженими можливостями є відображенням рівня розвитку суспільства в цілому. Протягом останніх десятиріч у світі відбулися суттєві зміни стосовно ставлення до інвалідів. Обов'язком держави і суспільства є забезпечення належного соціального захисту і підтримки, соціальної інтеграції, створення рівних можливостей для самореалізації, повноцінного життя, здобуття освіти і працевлаштування[2,3]. Соціальні гарантії щодо забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю в Україні визначено Законом України „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”.

В Полтавській області технічними засобами реабілітації осіб з інвалідністю забезпечує Полтавське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство, основним напрямком діяльності якого є надання протезно-ортопедичних послуг, які спрямовані на відновлення функціональних можливостей осіб з обмеженими фізичними можливостями (включно з вадами опорно-рухового апарату) [1].

Ще в 1920 році рішенням Губерніального відділу соціального забезпечення Полтавського губерньського виконкому Ради робітничих, селянських і червоноармійських депутатів Полтавської губернії у м. Полтаві була організована Протезна майстерня. Засновниками майстерні стали чотири сім'ї - майстрові з столярної, шорні і швейній справі. Організатори майстерні добровільно влилися в Протезну майстерню зі своїм інструментом і обладнанням. Протезна майстерня підпорядковувалася секції калік воїнів і богоделен Губвідсоцзабезу, обслуговувала сім'ї червоноармійців, постраждалих від боротьби з денікінцями і біженців.

Сьогодні Полтавське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство має медичні та виробничі підрозділи, стаціонарне (реабілітаційне) відділення первинного та складного

протезування та ортезування на 24 ліжко-місця, сервісний центр післягарантійного обслуговування та ремонту засобів пересування (крісла колісні з ручним та механічним керуванням, в тому числі з електричним приводом). Полтавське КЕПОП виготовляє власну продукцію та надає медичні послуги на основі дозвільних документів Міністерства соціальної політики і Міністерства охорони здоров'я України, співпрацює з провідними вітчизняними та іноземними партнерами, використовує власні та передові розробки протезно-ортопедичної галузі. Високо функціональні конструкції протезно-ортопедичних виробів виготовляються за новими технологіями з використанням сучасних комплектуючих вітчизняних і зарубіжних фірм. Конструкції виробів визначаються кожному пацієнту індивідуально і залежить від віку і ваги, стану здоров'я та кукси пацієнта, активності та роду діяльності хворого.

Полтавське КЕПОП виготовляє індивідуальне ортопедичне взуття різної складності для дорослих та дітей, які мають захворювання опорно-рухового апарату, дефекти стопи, а також взуття при синдромі діабетичної стопи. Щорічно підприємство забезпечує громадян пільгових категорій, осіб з інвалідністю та інших окремих категорій населення Полтавської, Сумської, Кіровоградської та частини Донецької областей України, які потребують протезно-ортопедичної допомоги - 13 735 одиниць індивідуальних технічних та інших засобів реабілітації в 2020 році.

Первинне та складне протезування й ортезування осіб з порушеннями опорно-рухового апарату проводяться у стаціонарних (реабілітаційних) відділеннях первинного та складного протезування й ортезування, у тому числі стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров'я на підставі індивідуального плану реабілітації. Реабілітаційне відділення надає лікувально-реабілітаційні послуги для людей з обмеженими фізичними можливостями, включаючи навчання соціально-побутовими навичками, з метою покращення якості їх життя та повної інтеграції у суспільство.

Сервісним центром Полтавського КЕПОП надаються послуги по безкоштовному післягарантійному ремонту крісел колісних різних видів, як механічних, так і з електричним приводом, на території Полтавської, Кіровоградської та Сумської областях. Безкоштовному післягарантійному ремонту підпадають крісла колісні, які забезпечені за рахунок держави.

На обліку Полтавського КЕПОП перебуває 40100 чоловік: Полтава - 22330 чол.; Суми - 14690 чол.; Кіровоград - 3080 чол.

Протягом 2020 року видано протезно-ортопедичних виробів та ортопедичного взуття 13254 одиниць, з них: протезів верхніх кінцівок – 18 шт.; протезів нижніх кінцівок – 529 шт.; ортезів верхніх кінцівок – 11шт.; ортезів нижніх кінцівок – 283 шт.; ортезів на хребет – 471 шт.; ортопедичного взуття – 11942 шт. Стаціонарним (реабілітаційним) відділенням первинного та складного протезування (ортезування) опротезовано 223 особи [1].

Полтавське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство в своїй діяльності керується такими нормативними документами: Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 6 жовтня 2005 року № 2961 – IV; Постанова КМУ № 1686 від 8 грудня 2006 р. «Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю » зі змінами; Постанова Кабінету Міністрів України від 16.02.2011 р. № 121 «Про затвердження Положення про централізований банк даних з проблем інвалідності»; Постанова КМУ № 757 від 23.05.07 р. «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда»; Наказ Міністерства соціальної політики України від 09.08.2016 р.№ 855 «Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю»; Наказ Міністерства соціальної політики України від 03.10.2017 р.№ 1576 «Про затвердження положення Примірних штатних норматив чисельності працівників центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю»; Конвенція о правах інвалідів - це міжнародний договір ООН про права людини, спрямований на захист прав та гідності людей з обмеженими можливостями, сторони Конвенції зобов'язані сприяти, захищати та забезпечувати повне здійснення своїх прав людьми з обмеженими можливостями та забезпечити повну їх рівність перед законом; Програма ВООЗ «Реабілітація 2030» ( 71- а Всесвітня асамблея ВООЗ, 2018), яка надає стратегічне керівництво з координації дій по встановленню спільних зобов'язань щодо підвищення рівня реабілітації як стратегії поліпшення здоров'я, що стосується всього населення, протягом усього життя та на різних рівнях надання допомоги та забезпечує заходи на рівні країни, коли кожен, хто цього потребує, має доступ до якісних, доступних асистивних технологій, щоб вести здорове, продуктивне та гідне життя; «Типове положення про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю».

Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю це реабілітаційна установа, цільовим призначенням якої є здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов



для всебічного розвитку осіб з інвалідністю, та дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, засвоєння ними знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних з метою максимальної реалізації особистого потенціалу. Центр забезпечує перебування осіб з інвалідністю та дітей – інвалідів, які мають медичні показання і потребують спеціальних умов для одержання ними комплексу реабілітаційних заходів. Завданнями Центру є: виконання норм і положень, визначених Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю, Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» та інших актів законодавства щодо забезпечення прав осіб на реабілітацію (габілітацію) з метою їхньої подальшої інтеграції у суспільство; створення умов для зменшення та подолання фізичних, психічних, інтелектуальних та сенсорних порушень, запобігання таким порушенням, коригування порушень розвитку, формування та розвиток основних соціальних і побутових навичок; розвиток навичок автономного проживання осіб в суспільстві з необхідною підтримкою, формування стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок власних прав, інтересів і позитивного сприйняття себе та оточення; підготовка батьків або законних представників осіб до продовження (в разі потреби) реабілітаційних заходів поза межами установи; проведення заходів (надання послуг), зокрема з професійної орієнтації, опанування особами трудових навичок, у тому числі в майстернях, визначення їхніх можливостей для подальшого професійного навчання та майбутньої трудової діяльності; оперативне корегування (за потребою) індивідуальних програм реабілітації осіб у частині зміни обсягів, строків і черговості проведення реабілітаційних заходів; сприяння у встановленні опіки чи піклування у разі визнання особи, яка має інтелектуальні порушення, є недієдатною або якщо її дієдатність обмежена; співпраця з вітчизняними та закордонними реабілітаційними, освітніми, медичними, науковими підприємствами, установами, організаціями та громадськими об'єднаннями. До Центру зараховуються особи з інвалідністю та діти з інвалідністю, діти віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (з метою попередження інвалідності) відповідно до Порядку надання інвалідам та дітям з інвалідністю реабілітаційних послуг, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 31

січня 2007 року и№ 80 ( в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 26 липня 2018 р. № 587).

Реабілітаційний процес забезпечують реабілітологи; вчителі – логопеди; практичні психологи; соціальні педагоги; лікарі педіатри; лікарі – терапевти; лікарі – неврологи; лікарі з лікувальної фізкультури та спортивної медицини; фахівці з фізичної реабілітації, ортотерапевти; соціальні працівники, соціальні робітники; інструктори з трудової адаптації; викладач з трудового навчання; музичні керівники; вчителі інформатики та обчислювальної техніки; медичні сестри та інші спеціалісти, які беруть участь у процесі надання реабілітаційних послуг. Кваліфікаційна характеристика персоналу повинна підтверджуватися сертифікатом – документом, що дає право на виконання певних послуг, операцій, процедур.

Мета реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності - покращення якості життя та максимальна соціальна адаптація осіб у суспільстві. Під час розробки індивідуальної програми реабілітації необхідно враховувати: супутню соматичну патологію; асоційовані синдроми у вигляді сенсорних порушень, епілептичного синдрому, когнітивної недостатності; ортопедичні ускладнення.

Реабілітаційний процес спрямований на: формування та розвиток у особи основних соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо), пристосування побутових умов до їхніх потреб, соціальне – побутове влаштування та обслуговування; педагогічну корекцію з метою вироблення та підтримання навичок самостійного (автономного)проживання, стереотипів безпечної поведінки; надання особі своєчасної та ефективної колекційної, соціальної, психологічної допомоги та організацію реабілітаційного процесу відповідно до особливостей її психофізичного розвитку; опанування навичок захисту своїх прав та інтересів, самоаналізу і позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення самостійного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою, денного догляду, соціального супроводу, денною зайнятістю тощо; опанування навичками захисту власних прав та інтересів, самоаналізу та отримання навичок позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення самостійного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою (соціальний та юридичний супровід, медичне спостереження, побутові послуги).

Загальними принципами реабілітації є: раннє виявлення патології та раннє втручання; послідовність та етапність здійснення

реабілітаційних програм; непереривність та спадкоємність організації реабілітаційного процесу; всебічний комплексний характер реабілітаційних заходів; індивідуальний підхід при складанні реабілітаційних програм.

Види реабілітаційних послуг: фізична реабілітація спрямована на виробітку нових рухових навиків, корекцію патологічної установки кінцівок та хребта, укріплення м'язового корсету, зниження спастичності м'язів, збільшення об'єму рухів та стійкості вертикальної пози і пересування, розвитку координації та рівноваги; соціальна реабілітація базується на системі мер, спрямованих на здійснення та забезпечення умов для включення дитини з інвалідністю до активної участі в житті, навчання дитини загальним соціальним навичкам (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування, та ін.); психологічна реабілітація спрямована на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей дитини з інвалідністю; педагогічна реабілітація та професійна орієнтація є однією з самих важливих напрямлень роботи з дітьми з інвалідністю, яка передбачає навчання професійним навичкам, згідно функціональних можливостей та інтересів; провідною задачею логопедичної роботи є корекція та розвиток мови у дітей з інвалідністю, які мають порушення усіх компонентів мовної системи (фонетико – фонематичної, лексичної і граматичної).

Список літератури:

4. Державна служба статистики України. Статистична інформація. 2019. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua> (UA)
5. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21 березня 1991р. № 876-XII// Відомості Верховної Ради УРСР. – 1991. – № 21. – Ст. 252.
6. Кравченко М. В. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів / М.В. Кравченко. – 10 с. Режим доступу : [http://www.nbuv.gov.ua/ejournals/dutp/2010\\_2/txts/10kmvziu.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/ejournals/dutp/2010_2/txts/10kmvziu.pdf)
7. Сафонік Н.П. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів в Україні / Н. П. Сафонік // Теоретична та практична концептуалізація розвитку фінансово - кредитних механізмів в умовах нової соціально-економічної реальності : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конференції, 25 березня 2016 р. / МОН України, Держ. фіскальна служба України, Нац. університет ДПС України, Навч.-наук. ін-т фінансів, банківської справи. – Ірпінь: Вид-во Нац. ун-ту ДПС України, 2016. – С. 165–168. – До 20-річчя ННІ фінансів, банківської справи.

# **ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ІНВАЛІДНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ТА ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРСЬКО-КОНСУЛЬТАТИВНОЇ КОМІСІЇ КНП «ГРЕБІНКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ» ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2019-2020 РОКИ.**

**Рубан І.А.**

*КНП «Гребінківська міська лікарня», Гребінка, Україна*

Протягом 2020 року діяльність лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) Комунального некомерційного підприємства Гребінківської міської лікарні в ланці направлення хворих до МСЕК була спрямована на виконання Законів України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [1], «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» [2], Конвенції про права осіб з інвалідністю [3] та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» [4].

ЛКК проводить послідовну роботу щодо створення умов для інтеграції осіб з інвалідністю до активного суспільного життя, створення безперешкодного середовища для осіб з інвалідністю; забезпечення активної взаємодії державних органів та громадських організацій у розв'язанні проблем осіб з інвалідністю [6].

Кількість обслуговуючого населення 22438 чоловік, дорослого 18607, працездатного віку з 18 до 60 років чоловіків та жінок – 11878 чоловік.

Питома вага необґрунтовано направлених хворих на МСЕК знизилась з 2,5 % за 2019 рік до 1,3% за 2020 рік, в зв'язку зі зниженням кількості оглянутих хворих для визначення групи інвалідності. Цей відсоток не перевищує обласний, що дорівнює 2,5% [7].

Тенденція до покращання даного показника свідчить про те, що удосконалилась робота ЛКК з питань направлення на МСЕК, підвищився рівень знань лікарів ЛКК щодо медико-соціальної експертизи [5]. Проте для утримання даної позитивної тенденції необхідно кожен випадок необґрунтованого направлення на МСЕК детально аналізувати та розглядати причини його появи. Неправильна оцінка функціонального стану хворого може виникнути через недостатнє обстеження чи недостатнє знання лікарями ЛКК сучасної класифікації обмеження життєдіяльності та недостатнє

знання інструктивно-методичних матеріалів з питань медико-соціальної експертизи.

Кількість продовжень листків непрацездатності понад 4 місяці для доліковування та реабілітації зросла та склала 17 випадків проти 10 за аналогічний період минулого року.

За 2020 р. проведено 238 засідань ЛКК, при цьому оглянуто 1231 чоловіків. Продовжено лікарняних листків по лінії ЛКК – 663, закрито лікарняних листків – 9, працевлаштовано - 126 чоловік, видано довідок - 385 пацієнтам, видано довідок на санаторно-курортне лікування - 174 пацієнтам. Проведено контрольних ЛКК – 112, перевірено дотримання режиму вдома – 46. Зроблена відмітка про порушення режиму лікування - 12.

В районі відбулося зниження показника первинної інвалідності серед дорослого населення з 54 за попередній рік до 49,1 випадків, тобто на 9,1%. Показники первинного виходу на інвалідність серед населення району за два роки представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

**Стан первинного виходу на інвалідність в районі  
за 2019 - 2020 роки**

Роки Показники	2019		2020	
	Абс. число	На 1000 населення	Абс. число	На 1000 населення
Визнано інвалідами серед дорослого населення	97	54,0	87	49,1
Визнано інвалідами серед працездатного населення	86	67,8	82	64,7

Основною проблемою для держави є інвалідність серед осіб працездатного віку. Показник первинної інвалідності серед осіб працездатного віку знизився і склав за 2020 р. – 64,7 випадки проти 67,8 у 2019 р., тобто зниження на 4,6 % (Табл.1).

Аналіз структури первинної інвалідності за групами інвалідності свідчить про те, що відбулося незначне зниження питомої ваги по I та II групі інвалідності в порівнянні з аналогічним періодом 2019 року: I група – 13,3% (2019 р. – 13,6%) II група – 33,8% (2019 р. – 34,1%). Відбулося підвищення питомої ваги первинного виходу на інвалідність по III групі, яка склала 52,9% у порівнянні з 2019 р., що склало 52,3 % (Табл. 2).

**Аналіз структури первинного виходу на інвалідність за групами інвалідності серед населення району за 2019-2020 роки**

Рік, група Показник	I група		II група		III група	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Первинний вихід на інвалідність (%)	13,6	13,3	4,1	33,8	52,3	52,9

В структурі первинної інвалідності за різними нозологічними групами в районі серед осіб працездатного віку за 2020 р. на I місце вийшли хвороби кістково-м'язової системи. Показник зріс на 2,4%. Також цей показник перевищує обласний (14,5) на 6,8%.

На II місце в структурі причин інвалідності вийшли хвороби системи кровообігу, їх показник зріс порівняно з попереднім роком на 9,5% . Також цей показник перевищує обласний (14,1) на 6,4%.

Інвалідність внаслідок новоутворень займає III рангове місце в структурі первинної інвалідності працездатного населення, перевищує обласний на 0,3%. Хвороби нервової системи в цьому році вийшли на IV місце, відмічається зниження показника на 1,6% від попереднього року, та на 2,1% від обласного показника первинної інвалідності, який склав 5,2%.

Травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх причин зайняли V місце у структурі первинної інвалідності. Показник їх знизився на 2,3% і нижчий від обласного (5,2%) на 3,6% (Табл.3).

**Аналіз структури первинного виходу на інвалідність за різними нозологічними групами серед населення району за 2019-2020 роки**

№	Нозологія Рік	2019		2020	
		абс.число	%	абс.число	%
I	Хвороби кістково-м'язової системи	23	18,1	26	20,5
II	Хвороби системи кровообігу	15	11,8	27	21,3

III	Новоутворення	14	11,0	14	11,0
IV	Хвороби нервової системи	6	4,7	4	3,1
V	Травми	5	3,9	2	1,6

Стовідсотково розроблено та надано індивідуальних програм реабілітації інваліда – 15 чоловікам проти 5 – за аналогічний період минулого року. Рівень сумарної реабілітації дещо знизився та склав – 6,8% проти 2,5% у минулому році.

#### Основні висновки.

1. У 2020 році порівняно з 2019 роком зафіксовано зменшення кількості осіб первинно визнаних інвалідами серед усіх категорій населення району. Така динаміка первинної інвалідності може бути зумовлена, з одного боку, зменшенням як кількості оглянутих, так і необґрунтовано спрямованих на МСЕК; з іншого, покращанням стану діагностики та лікування деяких захворювань, що сприяє попередженню інвалідизації таких хворих. Не можна виключати і вплив демографічних факторів (щорічне зменшення кількості населення, особливо у працездатному віці, як основного постачальника інвалідів).

2. Для подальшої стабілізації та зниження інвалідності і поліпшення результатів медичної та професійної реабілітації і зниження показників інвалідності, необхідно зосередити зусилля на подальшому проведенні таких заходів, як підвищення якості, об'єктивності, доступності і ефективності медико-соціальної експертизи і реабілітаційних послуг з наближенням медико-експертної допомоги до населення, а також удосконалення співпраці МСЕК з лікувально-профілактичними закладами, регіональними відділеннями Фондів та ін.

3. Ураховуючи дані аналізу інвалідності та діяльності ЛКК у 2020 році та сучасні завдання суспільства і галузі, вважаю обґрунтованими такі пропозиції:

- регулярне проведення організаційно-методичної роботи з лікарями району з питань медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідністю, обговорення випадків

необґрунтованого скерування до МСЕК, стану та причин первинної та обтяженої інвалідності;

- посилення співпраці з МСЕК з активізації роботи з профілактики інвалідності шляхом продовження листків непрацездатності, спільного контролю за лікуванням під час перебування на пролонгованому листку непрацездатності;
- проведення контролю за виконанням заходів з реабілітації інвалідів з одночасним проведенням контролю за здійсненням у закладах ПМСД профілактичних та реабілітаційних заходів;
- забезпечення співпраці з Пенсійним фондом, Департаментом соціального захисту населення, Фондом соціального страхування, Фондом захисту інвалідів, громадськими організаціями осіб з інвалідністю;
- визначення потреб осіб з інвалідністю у різних формах реабілітаційної допомоги;
- виконання запланованих заходів по покращенню медичної та професійної реабілітації осіб з інвалідністю, наближенню лікарсько-консультативної допомоги до сільського населення районів;
- своєчасне реагування на звернення громадян, дотримання вимог чинного законодавства;
- контроль за виконанням індивідуальних програм реабілітації;
- брати активну участь у виконанні заходів національних програм, спрямованих на профілактику захворюваності та інвалідності, удосконалення медико-соціального обслуговування інвалідів, професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями;
- удосконалити облік інвалідів шляхом застосування у роботі електронних облікових форм.

Література.

1. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». URL: <https://www.msp.gov.ua/news/8361.html>.
2. Законів України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні». URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/ed\\_2005\\_05\\_31/T087500.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ed_2005_05_31/T087500.html).
3. Конвенції про права осіб з інвалідністю. URL: [http://openlife.lviv.ua/index.php?option=com\\_content&view=article](http://openlife.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article)



<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-p3>. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-p3>.

4. «Питання медико-соціальної експертизи» Постанова КМУ № 1317 від 3 грудня 2009 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-p3>.
5. Медико-соціальна експертиза. URL: <https://wiki.1551.gov.ua/pages/viewpage.action?pageId=999463>.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової неприцездатності» URL: [https://vk24.ua/regulations\\_and\\_jurisprudence/nakazi/nakaz-ministerstva-ohoroni-zdorova-ukraini-pro-zatverdzenna-polozenna-pro-ekspertizu-timcasovoi](https://vk24.ua/regulations_and_jurisprudence/nakazi/nakaz-ministerstva-ohoroni-zdorova-ukraini-pro-zatverdzenna-polozenna-pro-ekspertizu-timcasovoi).
7. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ основних показників роботи служби Комунального підприємства «Полтавський обласний центр медико-соціальної експертизи» Полтавської обласної ради» за 2019-2020 рр.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МВС**

**Тригуб І.М.**

*ДУ «ТМО МВС України по Полтавській області»*

*м. Полтава, Україна*

Медична реабілітація - система лікувальних заходів, які спрямовані на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму і здійснюються з метою забезпечення повернення особи до нормальної життєдіяльності, профілактики ускладнень і рецидивів захворювання; реабілітаційні заходи (лікування) - комплекс заходів щодо здійснення медичної реабілітації в закладах охорони здоров'я МВС.

Медична та медико-психологічна реабілітація поліцейським і працівникам МВС та Національної поліції України (далі - Національна поліція), які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення та перебували безпосередньо в районах проведення антитерористичної операції, поліцейських і працівників МВС, які постраждали при виконанні службових обов'язків та/або потребують продовження лікування після стаціонарного лікування проводиться безкоштовно.

Пільгове санаторно-курортне лікування, оздоровлення та відпочинок проводиться поліцейським та членам їхніх та деяких інших категорій осіб, зокрема:

- громадян України з числа колишніх поліцейських, які були звільнені зі служби за станом здоров'я, за віком, у зв'язку із скороченням штату, яким призначено пенсію на підставі Закону України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб», та членів їхніх сімей (дружина (чоловік), діти до 18 років, а в разі їх навчання у вищих навчальних закладах - до 23 років) - один раз на рік;
- громадян України з числа колишніх осіб рядового і начальницького складу органів внутрішніх справ, які були звільнені зі служби за станом здоров'я, за віком, у зв'язку із скороченням штату, яким призначено пенсію на підставі Закону України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб», та членів їхніх сімей (дружина (чоловік), діти до 18 років, а в разі їх навчання у вищих навчальних закладах - до 23 років) - один раз на рік;
- членів сімей поліцейських, які загинули (померли) під час проходження служби в поліції, - один раз на два роки на безоплатній основі (дружина (чоловік), якщо вона (він) не одружилася (не одружився) вдруге, діти до 18 років, а в разі їх навчання у вищих навчальних закладах - до 23 років, а також діти - інваліди з дитинства (незалежно від віку), яким призначено пенсію в разі втрати годувальника на підставі Закону України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб»);
- членів сімей колишніх осіб рядового і начальницького складу органів внутрішніх справ, які загинули під час виконання службових обов'язків - один раз на два роки на безоплатній основі (дружина (чоловік), якщо вона (він) не одружилася (не одружився) вдруге, діти до 18 років, а в разі їх навчання у вищих навчальних закладах - до 23 років, а також діти - інваліди з дитинства (незалежно від віку), яким призначено пенсію в разі втрати годувальника на підставі Закону України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб»);
- державних службовців та працівників навчальних закладів, медичних, наукових установ та установ забезпечення МВС або

Національної поліції з числа колишніх працівників міліції, які станом на день опублікування Закону України «Про Національну поліцію» проходили службу в органах внутрішніх справ та мали календарну вислугу не менше п'яти років і продовжили роботу в МВС або Національній поліції (їх територіальних органах, закладах та установах) на посадах, що заміщуються державними службовцями відповідно до Закону України «Про державну службу», а в навчальних, медичних закладах, установах забезпечення та науково-дослідних установах - на будь-яких посадах, та членів їх сімей (дружина (чоловік), діти до 18 років, а в разі їх навчання у вищих навчальних закладах - до 23 років);

- громадян України з числа колишніх працівників міліції, зазначених в абзаці шостому цього пункту, яким призначено пенсію на підставі Закону України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб», та членів їх сімей (дружина (чоловік), діти до 18 років, а в разі їх навчання у вищих навчальних закладах - до 23 років);
- державних службовців відповідно до Закону України «Про державну службу» та інших працівників органів, закладів, установ Національної поліції та МВС, які не належать до категорій громадян, зазначених в абзацах першому - восьмому цього пункту.

Пільгове реабілітаційне, санаторно-курортне лікування, оздоровлення та відпочинок вищезазначених категорій осіб здійснюється в межах видатків, передбачених у кошторисі на утримання відповідним МРЦ (ЛВЛ), санаторіям, будинкам відпочинку, пансіонатам та оздоровчим закладам МВС.

Медична реабілітація та санаторно-курортне лікування забезпечують послідовність попереднього лікування в закладах охорони здоров'я МВС. Висновок про їх необхідність з вибором МРЦ (ЛВЛ) приймається медично-відбірковими комісіями (далі - МК) закладів охорони здоров'я МВС та МК Управління медичного забезпечення та реабілітації Міністерства внутрішніх справ України (далі - УМЗР МВС).

Медична реабілітація, санаторно-курортне лікування, оздоровлення та відпочинок проводяться відповідно до нормативно-правових актів з максимальним використанням природно-кліматичних лікувальних чинників у поєднанні з лікувальним режимом, медикаментозною терапією, фізіотерапією, дієтотерапією, лікувальною фізкультурою та іншими методами лікування.

Санаторно-курортне лікування, оздоровлення та відпочинок поліцейських проводяться в період щорічної чергової відпустки, а медична реабілітація - у період додаткової відпустки відповідно до законодавства про відпустки або звільнення від виконання службових обов'язків у разі тимчасової непрацездатності з видачею листка непрацездатності.

Направлення особи на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування до МРЦ (ЛВЛ) здійснюється за її згодою, що оформлюється заявою/рапортом про надання медичної реабілітації/санаторно-курортного лікування/оздоровлення та відпочинку, відповідно до медичних показань для направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування до оздоровниць відповідного профілю та за відсутності протипоказань, зазначених у Переліку протипоказань для направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування.

Направлення особи на оздоровлення та відпочинок до будинку відпочинку та оздоровчого закладу МВС здійснюється за її згодою, що оформлюється заявою/рапортом про надання медичної реабілітації / санаторно-курортного лікування / оздоровлення та відпочинку, за відсутності медичних показань та протипоказань, зазначених у Переліку протипоказань для направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування.

Контроль за якістю відбору хворих на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування здійснюється головою МВК закладу охорони здоров'я МВС та МВК УМЗР МВС.

Підставою для розгляду МВК питання про направлення на медичну реабілітацію або санаторно-курортне лікування є висновок лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я МВС про відбір на медичну реабілітацію (далі - висновок ЛКК), підготовлений за формою, або довідка для одержання путівки на санаторно-курортне лікування за формою № 070/о, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - довідка форми № 070/о), видана закладом охорони здоров'я МВС, а у разі відсутності такого закладу за місцем проходження служби, місцем проживання або тимчасового перебування особи - іншим державним та комунальним закладом охорони здоров'я.

Наявність медичних показань та протипоказань щодо направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне

лікування, оздоровлення та відпочинок встановлює лікуючий лікар на підставі даних диспансерного нагляду, результатів попереднього лікування і діагностичних обстежень.

Лікарі, які направляють хворого на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування, організують усі медичні (діагностичні) обстеження залежно від характеру і стадії захворювання, а також за наявності певних показань забезпечують консультацію хворого у відповідних спеціалістів.

При направленні на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування проводять такі обов'язкові обстеження:

- клінічний аналіз крові і сечі;
- рівень цукру в крові;
- електрокардіографічне обстеження;
- рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини (флюорографія), якщо з часу останнього обстеження минуло більше двох років.

При направленні на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування проводять такі додаткові обстеження та додають такі документи:

- при захворюванні органів травлення: фіброгастродуоденоскопія; ультразвукове дослідження органів, якщо з часу останнього обстеження минуло більше 6 місяців;
- при захворюваннях опорно-рухового апарату: рентгенологічне обстеження суглобів; рентгенологічне обстеження хребта тощо (залежно від локалізації);
- при захворюваннях спинного мозку та хребта - витяг з історії хвороби стаціонарного лікування або останньої медичної реабілітації чи санаторно-курортного лікування;
- при направленні на медичну реабілітацію або санаторно-курортне лікування жінок з приводу будь-якого захворювання - висновок гінеколога (акушера-гінеколога);
- при направленні на медичну реабілітацію або санаторно-курортне лікування чоловіків після 40 років - консультація уролога.

У необхідних випадках для уточнення діагнозу проводяться додаткові лабораторні та інші обстеження шкіри, крові, ротової порожнини та інших органів з наданням висновків відповідних спеціалістів.

При вирішенні питання щодо вибору профілю лікувально-профілактичного, санаторно-курортного, оздоровчого закладу чи

будинку відпочинку МВС урахуються основні лікувальні чинники курорту, лікувальні можливості, контрастність клімато-географічних умов і особливості бальнеологічного, грязьового та інших видів лікування, характер основного захворювання, наявність супутніх захворювань у хворого, умови поїздки, відстань, кількість дорожніх пересадок.

Про потребу в медичній реабілітації та санаторно-курортному лікуванні особи, яка проходила:

- стаціонарне лікування, лікуючий лікар робить запис у медичній карті стаціонарного хворого за формою № 003/о, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - медична карта стаціонарного хворого);
- амбулаторне лікування або перебуває під динамічним наглядом, лікуючий лікар робить запис у медичній карті амбулаторного хворого за формою № 025/о, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - медична карта амбулаторного хворого).

На осіб, які потребують направлення на медичну реабілітацію, оформлюється висновок ЛКК про відбір на медичну реабілітацію.

У висновку ЛКК визначається рекомендований строк проведення медичної реабілітації, але не менше 14 календарних днів та не більше 21 календарного дня. Висновок ЛКК про необхідність направлення поліцейського, працівника МВС та Національної поліції на медичну реабілітацію розглядається МВК закладу охорони здоров'я МВС за місцем медичного обслуговування та МВК УМЗР МВС разом із рапортом/заявою про надання медичної реабілітації.

На осіб, які потребують направлення на санаторно-курортне лікування, ЛКК оформлюється довідка форми № 070/о, яка подається на розгляд МВК закладу охорони здоров'я МВС та/або МВК УМЗР МВС разом із заявою про надання санаторно-курортного лікування.

До складу МВК УМЗР МВС входять:

- заступник начальника УМЗР МВС - голова комісії;
- начальник відділу медичної реабілітації та відновного лікування УМЗР МВС
- заступник голови комісії;

- головний спеціаліст УМЗР МВС, лікар-терапевт та інші спеціалісти (за потреби).

До складу МВК закладу охорони здоров'я МВС входять:

- начальник Центральної поліклініки - голова комісії Центральної поліклініки МВС;
- начальник Державної установи «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ» (далі - ДУ «ТМО») - голова комісії ДУ «ТМО»;
- лікар-терапевт, лікарі - спеціалісти вузького профілю.

МВК закладу охорони здоров'я МВС та МВК УМЗР МВС за результатами розгляду наданих документів приймають рішення про необхідність направлення особи на медичну реабілітацію/санаторно-курортне лікування/оздоровлення, що оформлюється висновком медично-відбіркової комісії.

Після отримання висновку ЛКК особа звертається до МВК закладу охорони здоров'я МВС за місцем медичного обслуговування.

МВК закладу охорони здоров'я МВС за місцем медичного обслуговування оформлює висновок МВК, який разом з копіями документів особи, завіреними посадовою особою, направляється на розгляд до МВК УМЗР МВС.

МВК УМЗР МВС на підставі розгляду документів заявника та висновку МВК закладу охорони здоров'я МВС за місцем медичного обслуговування протягом 7 робочих днів видає рішення про направлення на медичну реабілітацію із зазначенням МРЦ (ЛВЛ) МВС, дати заїзду, виїзду та діагнозу. Рішення про направлення на медичну реабілітацію направляється до МВК закладу охорони здоров'я МВС за місцем медичного обслуговування для подальшої його видачі особі. Копія рішення про направлення на медичну реабілітацію надається до підрозділу кадрового забезпечення Національної поліції або МВС.

З метою забезпечення прибуття особи на медичну реабілітацію лікуючий лікар видає їй:

- рішення про направлення на медичну реабілітацію;
- виписку з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого за формою № 027/о, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - виписка з медичної карти);

- листок непрацездатності (довідку) у разі звільнення від виконання службових обов'язків.

При прибутті на медичну реабілітацію особа подає такі документи:

- рішення про направлення на медичну реабілітацію;
- виписку з медичної карти;
- службове посвідчення та паспорт.

Розміщення особи в МРЦ (ЛВЛ) МВС проводиться відповідно до визначеної в рішенні про направлення на медичну реабілітацію дати заїзду.

На кожну особу, направлену на медичну реабілітацію в МРЦ (ЛВЛ) МВС, складається індивідуальний план медичної реабілітації.

Після закінчення курсу медичної реабілітації МРЦ (ЛВЛ) МВС видає хворому виписку з історії хвороби для надання її лікуючому лікарю.

Розподіл пільгових санаторно-курортних путівок (далі - путівки) в МРЦ (ЛВЛ) здійснюється УМЗР пропорційно кількості осіб, які перебувають на диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я МВС, а повідомлення про виділення путівки надсилаються до ДУ «ТМО» по областях та місту Києву не пізніше ніж за 40 діб до початку кварталу. При виділенні путівки особі видається повідомлення про виділення путівки на санаторно-курортне лікування, оздоровлення та відпочинок. Путівки виділяються строком на 10 діб або 21 добу, але не більше 21 доби на одну особу протягом календарного року, крім санаторно-курортних путівок до спеціалізованих санаторіїв для лікування хворих з травмами та ушкодженнями спинного мозку і хребта.

Після закінчення лікування хворому видається витяг з історії хвороби для пред'явлення лікарю-терапевту і санаторно-курортна книжка з даними про проведені в МРЦ (ЛВЛ), санаторії обстеження, лікування та його ефективність, а також рекомендаціями щодо режиму роботи, харчування та відпочинку.

Протипоказання для направлення хворих на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування

Загальні протипоказання:

- усі захворювання в стадії запалення, хронічні захворювання в період загострення та захворювання, ускладнені гострими гнійними процесами;
- гострі інфекційні захворювання до завершення строку ізоляції;



- усі венеричні захворювання в гострій або заразній стадії;
- усі хвороби крові в стадії запалення і в період загострення;
- кахексія будь-якого походження;
- злоякісні новоутворення;
- усі захворювання і стани, що потребують стаціонарного лікування, у тому числі хірургічного втручання; усі захворювання, за яких хворі неспроможні до самостійного руху і самообслуговування, потребують постійного спеціального догляду (крім осіб, які підлягають лікуванню в спеціалізованих санаторіях та відділеннях для спинальних хворих);
- ехінокок будь-якої локалізації;
- рясні кровотечі, які часто повторюються;
- вагітність незалежно від терміну при направленні на бальнеологічні та грязеві курорти, а на кліматичні курорти, починаючи з 26 тижня (крім спеціалізованих відділень для вагітних жінок);
- вагітність незалежно від терміну при направленні на курорти: для бальнеогрязелікування з приводу гінекологічних захворювань; для лікування радоновими ваннами екстрагенітальних захворювань; осіб, які проживають на рівнинах, - на гірські курорти, розташовані на висоті понад 1000 м над рівнем моря;
- активний туберкульоз різних локалізацій (1-4 категорій), а також інші (тяжкі та поширені) форми захворювання при направленні на будь-які курорти і санаторії нетуберкульозного профілю;
- психічні захворювання. Значні зміни психіки та інтелекту. Психопатологічні зміни особистості, зниження пам'яті, порушення орієнтації та інші психопатологічні прояви, що призводять до неможливості самообслуговування і свідомого ставлення до лікувального процесу;
- усі форми наркоманії і хронічного алкоголізму;
- епілепсія. Епілептичні напади та інші види пароксизмальної зміни свідомості; схильність до синкопальних нападів та інших пароксизмальних кризових станів;
- цироз печінки.

Перелік медично-реабілітаційних центрів МВС:

- МРТ «Миргород»
- МРТ «Перлина Прикарпаття» 1
- МРТ «Нові Санжари»
- МРТ «Південний Буг»

- МРЦ«Кременці»
  - Будинок відпочинку «Затока»
  - Лікарня відновного лікування «Хутір вільний»
- Список літератури:
1. Закон України «Про Національну поліцію» від 02.07.2015 р. №580–VIII (редакція станом на 17.03.2021 р.)
  2. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22.10.1993 р. зі змінами.
  3. Закон України «Про статус ветеранів військової служби ветеранів органів внутрішніх справ і деяких осіб та їх соціальний захист» від 22.10. 1993 р. №3551–IX зі змінами.
  4. Закон України «Про реабілітацію інвалідів України» від 06.10.2005 р. №2961–IV.
  5. Закон України «Про державну службу» від 10.12.2015 р. №889–VIII редакція від 06.03.2021 р.
  6. Наказ МОЗ України «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкції щодо їх заповнення» від 14.02.2012 р. №110.

## **АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Шешукова О.В., Труфанова В.П., Бауман С.С.**

*Полтавський державний медичний університет, Полтава,  
Україна*

Проблема карієсу зубів і дотепер залишається серйозною медичною та соціальною проблемою не лише для України, а для багатьох країн світу. Карієс є найбільш поширеним хронічним захворюванням серед дитячого населення, яке зустрічається в 5 разів частіше, ніж астма, в 4 рази частіше, ніж ожиріння, і в 20 разів частіше, ніж діабет. Провідні карієсологи вважають, що карієс є захворюванням, яке ніколи не може бути ліквідовано через складну взаємодію культурних, соціальних, поведінкових, харчових і біологічних факторів ризику, які пов'язані з його ініціацією та розвитком [1]

Викликає значне занепокоєння той факт, що ускладнений карієс займає вагоме місце серед стоматологічних захворювань у дітей.

Неспроможність інвестувати в профілактичну допомогу призвела до досить невтішних наслідків. Висока поширеність ускладненого карієсу, як тимчасових, так і постійних зубів, свідчить про недостатньо ефективну стоматологічну профілактику в цілому та недосконалі методи лікування карієсу [2,3,4, 9].

Нажаль, батьки досить часто не усвідомлюють необхідності санації порожнини рота у дітей, що в подальшому нерідко призводить до важких наслідків. Невилікуваний хронічний періодонтит тимчасового зуба часто стає джерелом хронічної інтоксикації дитячого організму, підтримує чи викликає запальні процеси в інших органах і системах - ендокардити, ревматичні артрити, нефрити, тонзиліти тощо [5,6]

Але не менш тяжким за наслідками є і місцевий вплив запалення у періодонті тимчасового зуба – починаючи з гіпоплазії емалі аж до загибелі зачатку постійного зуба та утворення одонтогенної кісти, з подальшим ускладненням остеомієлітом щелеп, і як наслідок - затримки росту щелепи, формування різноманітної ортодонтичної патології [7, 8].

Для формування регіональних програм профілактики карієсу необхідно визначити стан поширеності та характеристику ураженості карієсу для окремих регіонів. Такий стан проблеми потребує проведення аналізу епідеміології карієсу та його ускладненого, серед дітей Полтавської області.

**Мета дослідження** – провести докладний аналіз епідеміології карієсу, та його ускладнень, та визначення якості лікування тимчасових зубів серед дитячого населення Полтавської області за останнє десятиріччя за даними річних звітів муніципальних стоматологічних закладів області.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами проаналізовано епідеміологічний стан карієсу та його ускладнень в Полтавській області за останні десять років за даними річних звітів муніципальних стоматологічних закладів області.

Для аналізу нами були вивчені такі показники:

1. Поширеність та інтенсивність карієсу тимчасових зубів серед 6-ти річних дітей;
2. Питома вага ускладненого карієсу – показник відображає співвідношення кількості зубів з ускладненим карієсом, тобто суму запломбованих з приводу ускладненого карієсу та видалених з цього ж приводу, до кількості тимчасових зубів, що були запломбовані з приводу карієсу.

3. Співвідношення вилікуваних зубів з неускладненим карієсом до ускладненого;
4. Співвідношення вилікуваних зубів з ускладненим карієсом до видалених.

Показники були вираховані для кожного із районів та для міст, в яких є спеціалізовані стоматологічні поліклініки (м. Полтава, м. Кременчук, м. Горішні Плавні) та по Полтавській області загалом. Порівняння проведено за результатами аналізу річних звітів за 2007 та за 2020 роки.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами проведеного аналізу ми встановили, що поширеність карієсу серед 6-ти річних дітей в середньому по області в 2007 році складала 66,0%, а в 2020 році – 65,6 %, при інтенсивності  $2,3 \pm 0,22$  та  $2,2 \pm 0,21$  відповідно, тобто суттєво не відрізнялись. При цьому в деяких районах показник поширеності карієсу серед дітей цієї вікової групи сягає понад 80% (Таблиця 1).

**Таблиця 1**  
**Ураженість карієсом тимчасових зубів у 6-ти річних дітей**  
**Полтавської області**

№ за/п	Райони	Поширеність карієсу, %		Інтенсивність, КП <sub>3</sub>	
		2007	2020	2007	2020
1	м. Полтава	61,3	62,5	1,9	1,3
2	м. Кременчук	78,0	62,5	3,2	2,5
3	м. Горішні Плавні	71,0	83,0	2,6	1,7
4	Великобагачанський	32,0	36,0	2,3	2,6
5	Гадяцький	74,0	72,4	1,9	2,1
6	Глобинський	72,0	72,1	2,5	2,6
7	Гребінківський	72,8	73,0	2,1	2,3
8	Диканський	49,0	56,0	1,8	2,3
9	Зіньківський	69,0	69,0	2,0	2,1
10	Карлівський	64,0	66,0	2,4	2,1
11	Кобеляцький	46,1	52,3	1,8	2,4
12	Козельщанський	73,0	72,0	2,4	2,5
13	Котелевський	72,0	72,0	2,0	2,3
14	Кременчуцький	77,0	78,4	2,5	2,3
15	Лохвицький	57,0	58,0	2,4	2,4
16	Лубенський	49,3	56,8	2,9	2,7

17	Машівський	76,0	75,0	2,0	2,1
18	Миргородський	57,0	53,2	1,9	1,9
19	Ново-Санжарський	53,0	53,0	2,6	2,4
20	Оржицький	82,0	75,0	2,3	2,0
21	Пирятинський	68,0	57,1	1,2	2,2
22	Полтавський	67,0	68,0	2,5	2,1
23	Решетилівський	63,8	64,2	3,1	3,2
24	Семенівський	72,4	76,0	2,4	2,4
25	Хорольський	86,0	84,0	2,5	2,1
26	Чорнухинський	72,0	68,2	2,4	2,3
27	Чутівський	73,0	72,0	2,4	2,4
28	Шишацький	58,0	50,0	1,8	1,8
	Всього	66,0	65,6	2,3	2,2

Найгірша ситуація склалася в Хорольському, Оржицькому районах та в Грішних Плавнях.

Привертають увагу і високі показники ускладненого карієсу (Таблиця 2). За даними звітів загалом по області кількість вилікуваних тимчасових зубів з приводу ускладненого карієсу з 2007 року до 2020 року суттєво не змінилась (19858 та 19735 відповідно). Однак, майже в два рази зросла кількість ускладненого карієсу тимчасових зубів в деяких містах та районах області. Так, у 2007 році в м. Полтава було вилікувано 2669 тимчасових зубів з приводу ускладненого карієсу, а в 2020 році цей показник зріс до 4336 зубів. Аналогічна ситуація спостерігається і в містах Кременчук – у 2007 році вилікувано 2791 тимчасових зубів з ускладненим карієсом, а в 2020 році – 4216 зубів, у Горішних Плавнях у 2007 році вилікувано 413 зубів, а в 2020 році 923 зуба, в Глобинському районі цей показник у 2007 році склав 771 зуб, а в 2020 році - 1420. Тобто, у 2020 році майже в два рази збільшилась кількість тимчасових зубів, вилікуваних з приводу ускладненого карієсу тимчасових зубів у порівнянні з 2007 роком.

**Таблиця 2**

**Ураженість ускладненим карієсом тимчасових зубів у дітей  
Полтавської області**

№ за/п	Райони	Вилікувано Р, Рт тимчасових зубів		Видалено тимчасових зубів з приводу ускладненого карієсу	
		2007	2020	2007	2020

1	м. Полтава	2669	4336	3583	6293
2	м. Кременчук	2791	4216	2541	1976
3	м. Горішні Плавні	413	923	633	112
4	Великобагачанський	210	322	37	22
5	Гадяцький	690	314	31	48
6	Глобинський	771	1420	460	716
7	Гребінківський	136	140	11	13
8	Диканський	204	119	180	111
9	Зіньківський	738	490	469	452
10	Карлівський	288	375	123	201
11	Кобеляцький	693	343	305	220
12	Козельщанський	342	457	110	76
13	Котелевський	480	705	78	56
14	Кременчуцький	805	874	307	218
15	Лохвицький	398	550	121	91
16	Лубенський	1219	879	55	-
17	Машівський	215	146	173	54
18	Миргородський	1442	292	758	102
19	Ново-Санжарський	183	154	85	116
20	Оржицький	113	168	56	16
21	Пирятинський	1732	699	191	119
22	Полтавський	859	402	175	74
23	Решетилівський	423	353	186	827
24	Семенівський	325	547	195	274
25	Хорольський	266	233	321	312
26	Чорнухинський	291	147	-	27
27	Чутівський	167	102	62	80
28	Шишацький	111	29	42	8
	Всього	19858	19735	11288	12616

Однак, в Полтавській області за даними проведеного нами аналізу виявлені райони, в яких значно скоротилася кількість вилікуваних тимчасових зубів з приводу ускладненого карієсу. Так, у Миргородському – з 1442 до 292, Гадяцькому з 690 до 314, Кобеляцькому з 693 до 343, Лубенському з 1219 до 879, Пирятинському з 1732 до 699, Полтавському з 859 до 402 та Шишацькому з 111 до 29.

На нашу думку, така динаміка лікування ускладненого карієсу тимчасових зубів може бути пов'язана з розширенням мережі приватних стоматологічних кабінетів, що не подали свою звітність. З іншого боку, в деяких районах за останні 10 років були скорочені посади дитячих стоматологів, тому батьки були змушені звертатися за стоматологічною допомогою до найближчих міст.

Ускладнений карієс тимчасових зубів є найбільш поширеною причиною амбулаторної хірургії. Хоча за останні 13 років кількість видалених тимчасових зубів з приводу ускладненого карієсу зростає незначно (на 1328 зубів з 11288 до 12616 відповідно), проте, нами визначено, що у 2007 році у м. Полтава видалено 3583 зуба з приводу ускладненого карієсу, а в 2020 році видалено 6293 зуба з тієї ж причини. Тобто, майже вдвічі більше. Така ж ситуація визначена в Глобинському районі (460-716), Решетилівському (186-827), та Семенівському районі (195-274).

**Таблиця 3**

**Показники якості лікування ускладненого карієсу тимчасових зубів у дітей Полтавської області**

№ за/п	Райони	Вилікувано 2007			Вилікувано 2020		
		карієс	ускла днени й	питом а	карієс	ускла днени й	питом а
1	м. Полтава	26123	6252	23,9	27808	10629	38,2
2	м. Кременчук	10472	5332	50,9	14803	6192	41,8
3	м. Горішні Плавні	3222	1046	32,5	5773	1035	17,9
4	Велико багачанський	1874	2247	119,9	1356	344	25,4
5	Гадяцький	1971	721	36,6	1035	362	34,9
6	Глобинський	3859	1231	31,9	2182	2136	97,9
7	Гребінківськи й	385	147	38,2	362	153	42,3
8	Диканський	719	384	53,4	258	130	50,4
9	Зіньківський	3383	1207	35,7	1961	942	48,0
10	Карлівський	3511	411	11,7	1402	576	41,1
11	Кобеляцький	2316	998	43,1	1273	563	44,2
12	Козельщанськ ий	1887	452	23,9	1870	533	28,5

13	Котелевський	1280	558	43,6	992	761	76,7
14	Кременчуцький	5500	1112	20,2	5287	1092	20,7
15	Лохвицький	1118	519	46,4	1148	641	55,8
16	Лубенський	6133	1274	20,8	5172	879	16,9
17	Машівський	934	388	41,5	702	200	28,5
18	Миргородський	5382	2200	40,9	2357	394	16,7
19	Ново-Санжарський	1853	268	14,5	1798	270	15,0
20	Оржицький	263	169	64,3	351	184	52,4
21	Пирятинський	3794	1923	50,7	1518	818	53,9
22	Полтавський	5284	1034	19,6	4208	476	11,3
23	Решетилівський	2149	609	28,3	1322	1180	89,3
24	Семенівський	2880	520	18,1	2266	821	36,2
25	Хорольський	2729	587	21,5	942	545	57,9
26	Чорнухинський	667	291	43,6	790	174	22,0
27	Чутівський	2176	229	10,5	858	182	2,1
28	Шишацький	550	153	27,8	439	37	8,4
	Всього	102414	31146	30,4	90233	32351	35,9

В той же час, є райони, в яких кількість видалених зубів із приводу ускладненого карієсу впала, а саме: м. Горішні Плавні (633-112), Лубенський (55 у 2007 і жодного у 2017 році, Машівському (173-54), Миргородському (758-102), та Полтавському (175-74).

Основним показником, що характеризує якість лікування, є питома вага ускладненого карієсу – показник відображає співвідношення кількості зубів з ускладненим карієсом, тобто суму запломбованих з приводу ускладненого карієсу та видалених з цього ж приводу, до кількості тимчасових зубів, що були запломбовані з приводу карієсу. Ми вважаємо, що цей показник свідчить про якість лікування саме карієсу в конкретній установі, і чим меншим відсотком представлений показник, тим менше дітей із ускладненнями карієсу зубів звернулися за допомогою – і, відповідно, у більшій кількості дітей ситуація у порожнині рота не доведена до ускладненого карієсу.



Дані за 2007 рік свідчать, що відносний показник питомої ваги ускладненого карієсу складав в середньому – 30,4 % по області (Таблиця 3).

На основі аналізу показника питомої ваги ускладненого карієсу, нами всі райони були розподілені на 3 групи: 12 районів з показниками, меншими за середні (м. Полтава – 23,9; Карлівський – 11,7; Козельщенський – 23,9; Кременчуцький – 20,2%; Лубенський – 20,8%; Ново-Санжарський – 14,5%; Полтавський – 19,6%; Решетилівський – 28,3%; Семенівський – 18,1%; Хорльський – 21,5%; Чутівський – 10,5%; Шишацький – 27,8%); та 4 райони із показниками близькими до середнього та 12 районів із показниками, що значно перебільшують середній (м. Кременчук – 50,9%; Великобагачанський – 119,9%; Гребінківський – 38,2%; Диканський – 53,4%; Кобеляцький – 43,1%; Котелевський – 43,6%; Лохвицький – 46,4%; Машівський – 41,5%; Миргородський – 40,9%; Оржицький – 64,3%; Пирятинський – 50,7%; Чорнухинський – 43,6%).

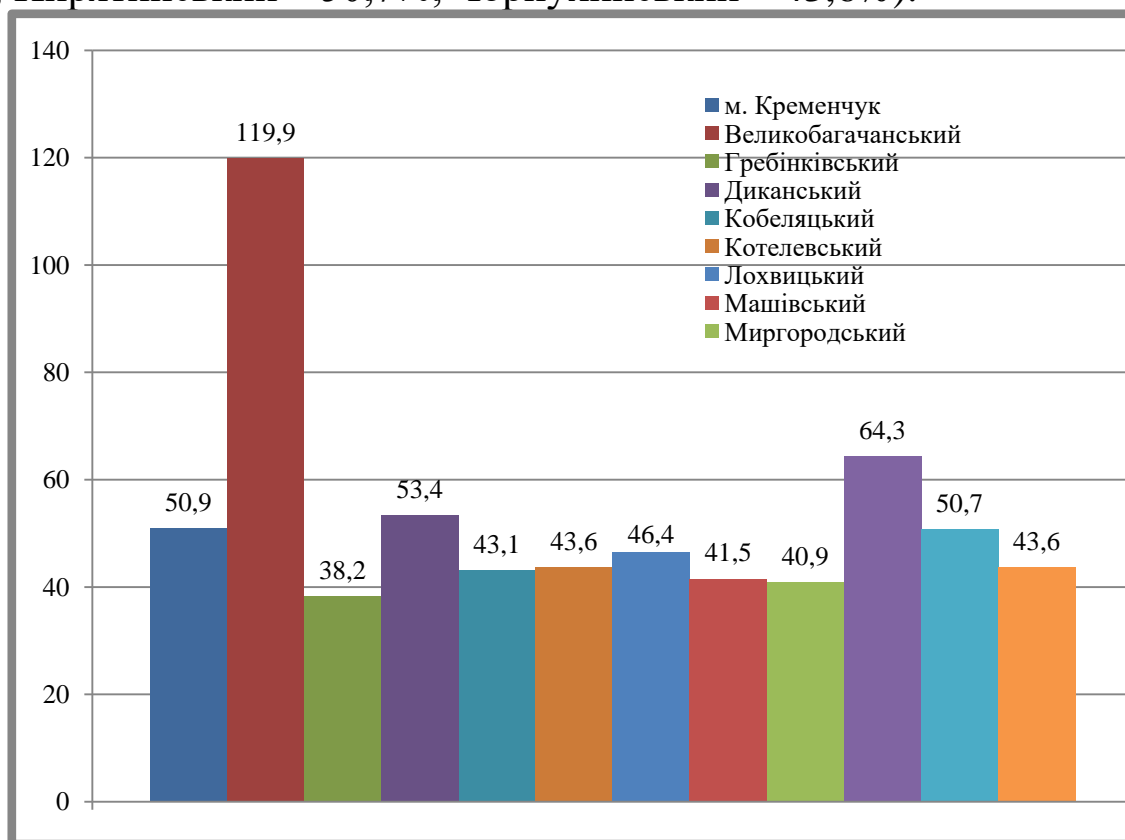


Рис.1. Показника питомої ваги ускладненого карієсу тимчасових зубів серед дітей Полтавської області

Переважа ускладнень карієсу в структурі захворювань твердих тканин тимчасових зубів свідчить про низьку ефективність вторинної профілактики та про несвоєчасну санацію порожнини роту у дошкільнят. Тому райони, де цей показник перебільшував середній, нами були віднесені до несприятливих. Слід зауважити, що в деяких

районах області цей показник в декілька разів перевищував середній. Так, у два рази – у Оржицькому районі (64,3%), а у Великобагачанському районі (119,9%) цей показник перевищив середній майже в чотири рази. Тобто, кількість випадків лікування ускладнених форм карієсу у стільки ж разів перебільшує кількість пломбованих тимчасових зубів із карієсом.

При порівняльному аналізі річних звітів за 2007 та 2020 роки за показником питомої ваги ускладненого карієсу, привертає увагу зростання середнього значення із 30,4% у 2007 році до 35,9% у 2020 році. Викликає увагу значне перевищення середнього показника у 2020 році по області у Глобинському, Котилевському, Решетилівському та Хорольському районах. Доречі у цих районах ситуація значно погіршилася у порівнянні із 2007 роком, що є важливою засторогою для вивчення та корекції стану надання стоматологічної допомоги дітям саме у цих районах.

**Висновки.** Аналіз щорічних звітів за 2007 та 2020 роки свідчить про низьку ефективність стоматологічних заходів. Як наслідок, кінцевий результат лікування карієсу тимчасових зубів та його ускладнень у дітей Полтавської області залишається досить низьким. Через 13 років у 2020 році відносний показник питомої ваги ускладненого карієсу дещо зріс і склав в середньому по області – 35,9 %.

Привертає увагу як одночасне збільшення питомої ваги ускладненого карієсу, так і перебільшення частки видалених тимчасових зубів з приводу ускладненого карієсу над такими, що вилікувані терапевтичними методами. У сукупності ці дані, на нашу думку, свідчать про зниження уваги до стоматологічної санації. За ймовірно вважаємо, що падіння рівня первинної профілактики і санації дошкільнят та молодших школярів може бути пов'язане із недофінансуванням та відсутністю дитячих стоматологів у багатьох районах області. Такий стан вимагає посилення заходів як первинної, так і вторинної профілактики стоматологічних захворювань, на що потрібно звернути зусилля дитячих стоматологів регіону.

Література.

1. Surveillance for dental caries, dental sealants, tooth retention, edentulism, and enamel fluorosis – United States, 1988–1994 and 1999–2002 / E. D. Beltrán-Aguilar, L. K. Barker, M. T. Canto [et al.] // MMWR. Surveillance Summaries. – 2005. – Vol. 54 (03). – P. 1–44].

2. Шешукова О.В Показники якості лікування ускладнень карієсу тимчасових зубів у дітей Полтавської області/ О.В. Шешукова // Вісник стоматології.- 2005.- Спеціальний випуск №2.- С 113-115.],
3. [Oral Health in America:A Report of the US Surgeon General / US Department of Health and Human Services; National Institute of Dental and Craniofacial Research; US Public Health Service. – Washington, Sept. 2000/
4. Шешукова О.В. Показники стоматологічного здоров'я дітей у регіоні з високим умістом фтору в питній воді/О.В. Шешукова, В.П. Труфанова// Український стоматологічний альманах. - 2005. - №5. – С.42-44.
5. Митронин А.В. Изучение влияния хронического апикального периодонтита на состояние организма пациента/ А.В.Митронин, И.Д.Понякина//Стоматология, 2007. – №6.- С.26-29.
6. Kinane D.F. How periodontal disease may contribute to cardiovascular disease / D.F. Kinane, G.D. Lowe // Periodontology.- 2000.-Vol.23.-P.121-126.
7. Шешукова О.В. Вплив хронічного запалення періодонта тимчасового зубу на резорбцію його коренів/ О.В. Шешукова//Український стоматологічний альманах. – 2005. - №6(56).-С.51-53.
8. Monitoring of efficiency of dental caries management in children`s temporary teeth throughout Poltava oblast / О. V. Sheshukova, V. P. Trufanova, T. V. Polishchuk [et al.] // Wiadomości Lekarskie. – 2018. – Т. LXXI, nr 3, cz II. – P. 761–767.
9. Ляхова Н. О. Профілактика стоматологічних захворювань серед дитячого та дорослого населення України в практиці сімейного лікаря / Н. О. Ляхова, В. Л. Філатова, І. А. Голованова // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 132–136.

## **ОРГАНІЗАЦІЙНІ, ПРАВОВІ ТА КЛІНІЧНІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ОРЖИЦЬКА ЛІКАРНЯ»**

**Яременко Н.В., Хорош М. В., Белікова І. В.**

*КНП «Оржицька лікарня», смт. Оржиця, Україна*

Комунальне некомерційне підприємство «Оржицька лікарня», (КНП «Оржицька лікарня») є закладом охорони здоров'я, який діє у відповідності до законодавства України про охорону здоров'я та Статуту закладу [1]. Засновником медичного закладу є Оржицька районна рада, яка діяла на підставі Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» [2]. Комунальне некомерційне підприємство «Оржицька лікарня», як самостійний господарюючий статутний суб'єкт, є лікувально-профілактичним закладом, що підпорядковується Оржицькій селищній раді та Департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації. У своїй діяльності лікарня керується Конституцією України [3], Господарським і Цивільним кодексами [4,5], законами України, постановами, розпорядженнями Кабінету Міністрів України та Верховної Ради України, Указами Президента України, нормативними документами Міністерства охорони здоров'я України, нормативними актами департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації, органів місцевої виконавчої влади та місцевого самоврядування.

Пріоритетними напрямками діяльності КНП «Оржицька лікарня» є:

- впровадження нових сучасних технологій;
- забезпечення високого рівня безпеки та доступності послуг;
- надання медичної допомоги дітям;
- надання медичної допомоги жінкам при вагітності;
- виконання протиепідемічних заходів з метою попередження інфекційної захворюваності;
- надання медичної допомоги пільговим категоріям населення;
- удосконалення системи профілактичних медичних оглядів на засадах цільової диспансеризації населення, впровадження програм масового скринінгу населення;
- інтенсифікація розвитку стаціонарозамінних форм медичної допомоги (денні стаціонари, стаціонари вдома);
- інформатизація медичної галузі;
- оптимізація діяльності лікарні;
- забезпечення дотримання медичним персоналом норм лікарської етики.

КНП «Оржицька лікарня» здійснює діяльність з акцентом на профілактичну медицину, подальше оснащення лікувально-діагностичним обладнанням, раціональне використання ліжкового фонду, удосконалення кадрової політики, медичне забезпечення учасників АТО та пільгових категорій населення [6]. КНП «Оржицька лікарня» відображає загальну місію на регіональному та локальному рівні, а саме – надання медичних послуг жителям району на якісному та безпечному рівні в комфортних умовах.

Стаціонарна служба здійснює спеціалізовану терапевтичну, хірургічну, неврологічну, педіатричну, акушерсько-гінекологічну допомогу населенню та допомогу інфекційним хворим.

До складу стаціонарної допомоги входять: інфекційне відділення, терапевтичне відділення (з терапевтичними, неврологічними, дитячими ліжками), хірургічне відділення (з хірургічними і гінекологічними ліжками).

У складі підприємства функціонують: стоматологічне відділення, рентгенодіагностичне відділення, патологоанатомічне відділення, клініко-діагностична лабораторія з бактеріологічним відділом, кабінети функціональної та ультразвукової діагностики, інформаційно-аналітичний відділ, адміністративно-управлінська та господарська частини.

Станом на 01.01.2021 року в структуру КНП «Оржицька лікарня» входило 100 ліжок. Показник забезпеченості стаціонарними ліжками по району становить 43,0 ліжок на 10000 населення. З них 37 хірургічних (в т.ч. 10 гінекологічних), 52 терапевтичних (в т.ч. 14 неврологічних, 11 дитячих) та 11 ліжок інфекційних.

В КНП «Оржицька лікарня» функціонує 10 ліжок денного стаціонару. У денних стаціонарах за 2020 рік проліковано 344 хворих, ними проведено 2483 ліжко-днів. За 2019 рік проліковано 396 хворих, ними проведено 2928 ліжко-днів. У стаціонарах вдома проліковано 103 хворих, ними проведено 1193 ліжко-дні.

Поліклінічна служба надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу та діагностичну допомогу населенню. До складу поліклінічної допомоги входять денний стаціонар поліклініки та наступні кабінети: неврологічний, ендокринологічний, хірургічний, онкологічний, жіноча консультація, офтальмологічний, отоларингологічний, психіатричний, дерматовенерологічний, інфекційний, фтизіатричний, наркологічний, кабінет профілактики.

За 2020 рік амбулаторні відвідування склали 56207, із них відвідувань дітей – 6472, зроблено відвідувань вдома – 224. За 2019

рік відвідувань всього 78118, із них 63604 – відвідування дітей, зроблено відвідувань вдома – 286.

Відвідування стоматологів склали 7886, із них профілактично – 2783, з приводу захворювань - 5103 особи (за 2019 рік - 15429 осіб, із них профілактично - 6602, з приводу захворювань – 8827 осіб).

Надзвичайно актуальною є проблема виявлення хворих із злоякісними новоутвореннями. Всього перебуває на обліку 452 хворих (2,0%). Взято на облік вперше 50 хворих. Показник первинної захворюваності на 10 тис. населення - 22,0 (у 2019 році - 24,1), смертність на 100 тис. населення склала 224,3 (у 2019 році - 210,8), летальність склала 31,7 (у 2019 році - 33,3). Померло від онкозахворювань за 2020 рік всього 51 хворий (у 2019 році - 49 хворих).

У таблиці 1 представлені показники відтворення населення Оржицького району. Ситуація з відтворенням населення в районі в цілому характерна для депопуляції, за рахунок зниження народжуваності, рівень смертності лишається майже незмінним.

Таблиця 1

**Показники відтворення населення в Оржицькому районі за 2017-2019 рр.**

Рік / показник	Народилося (абс)	На 1000 населення	Померло (абс)	Природний приріст
2015	209	8,5	424	-8,8
2016	174	7,2	462	-11,8
2017	133	5,5	468	-14,0
2018	121	5,1	404	-12,0
2019	90	3,9	452	-15,5

В структурі смертності за причинами смерті на першому місці стоять захворювання системи кровообігу, на другому онкологічні захворювання, третє місце займають травми (Табл. 2).

Таблиця 2

**Структура причин смерті серед населення в Оржицькому районі за 2017-2019 рр.**

Причина смерті / роки	2017 (абс)	2018 (абс)	2019 (абс)
Хвороби системи кровообігу	315	281	327
Новоутворення	57	39	50
Хвороби органів дихання	6	6	5

Хвороби органів травлення	17	15	6
Травми	19	16	18
Хвороби сечостатевої системи	2	1	1
Інфекційні хвороби	4	2	3
Нервової системи	-		1
Вроджені вади	-		1
Хвороби крові та кровотворних органів	-		2
Всього	468	404	452

Епідемічна ситуація з туберкульозу в Оржицькому районі потребує уваги, оскільки поширення туберкульозу становить загрозу, є однією з причин втрати працездатності, здоров'я, причиною інвалідності та смертності населення. За 2020 рік проведено туберкулінодіагностику 807 дітям (2019 рік - 1653 дітям). За 2020 рік флюорографічно обстежено 8253 пацієнти (362,9 на 1000 населення), пересувним флюорографом обстежено 2769 пацієнтів, за 2019 рік – 9025 пацієнти (414,1 на 1000 населення). За рік виявлено 5 хворих на туберкульоз, з них 5 флюорографічно. Від туберкульозу в районі за 2020 рік померлих не зареєстровано, у 2019 році - помер 1 хворий.

На сьогодні ситуація, що склалася з епідемією туберкульозу в районі, має такі характеристики: за період з 2017 по 2019 рік захворіло на туберкульоз 63 людини. Згідно статистичних даних кількість пацієнтів з вперше діагностованим туберкульозом зменшилась, але зросла кількість хіміорезистентного туберкульозу який значно гірше піддається лікуванню (Рис.1).

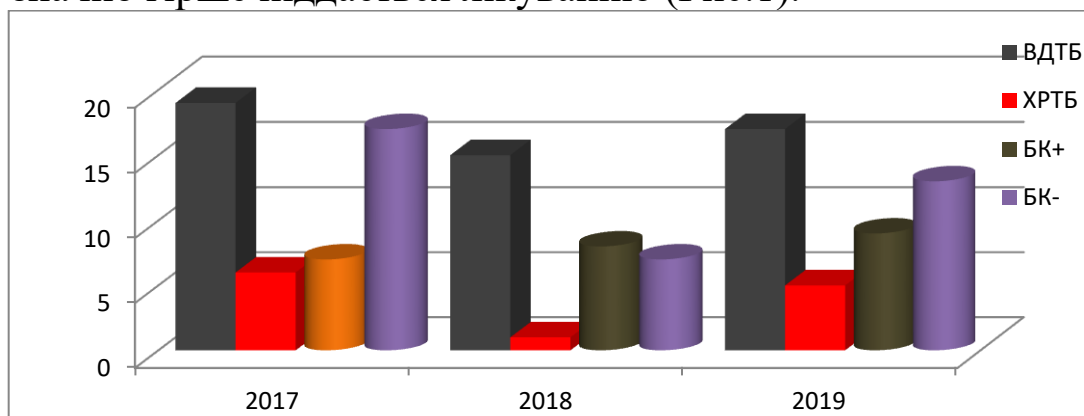


Рис. 1 . Динаміка показників вперше діагностованого та хіміорезистентного туберкульозу  
 ВДТБ – вперше діагностований туберкульоз  
 ХРТБ – хіміорезистентний

Первинний вихід на інвалідність ЗЗТБ у 2019 р. – 5 осіб, не працюючі – 3 (60%), у 2018 р. – 2 особи, не працюючі 2 (100%), у 2017 р. – 3 особи, не працюючі 2 (66,7%).

Особливо загрозливим є несвоєчасне звернення хворих за медичною допомогою, пізні виявлення хвороби та хворих з ко-інфекцією (туберкульозом/ВІЛ-інфекцією/СНІДом), що і зумовлює високий рівень захворюваності і смертності від туберкульозу та є наслідком відсутності комплексного підходу до поєднання профілактичних та лікувальних програм в єдину дієву систему протидії епідемії.

Захворюваність на 100 тис. населення на онкологічні захворювання у Оржицькому районі є нижчою від середньо обласної і становить 270,9. Смертність на 100 тис. населення є нижчою від обласної і становить 180,6. Всього на обліку знаходилося на кінець 2017 року - 421 хворих, на кінець 2018 року – 448, на кінець 2019 року - 456 хворих. Летальність до року є вищою від середньо обласної і становить 34,6%, проте знизилася в порівнянні з 2018 роком. При профілактичних оглядах виявлено первинних хворих 28,3%. Померло на дому 88%, живуть 5 і більше років 62,1% хворих. Діагноз підтверджено морфологічно у 86% хворих. Встановлено інвалідність у 2018 році – 21 хворому, у 2019 році -13 хворим.

Первинний вихід на інвалідність у 2019 році склав 138 хворих (всього підлягало реабілітації 484, реабілітовано 9, повністю - 3), у 2018 – 118 хворих, (всього підлягало реабілітації 390, реабілітовано 8, повністю - 1), у 2017 році – 101 хворий, (всього підлягало реабілітації 495, реабілітовано 9, повністю - 3). Okремо відмічаємо первинний вихід населення на інвалідність серед хвороб органів системи кровообігу (Табл. 3).

Таблиця 3

**Первинний вихід на інвалідність серед хвороб органів системи кровообігу за 2017 – 2019 рр.**

Причини роки	2017	2018	2019
Хвороби вен і артерій	5	2	2
Гіпертонічна хвороба	6	2	3
ІХС	1	2	2
Наслідки ГПМК	5	7	6



У 2019 році зупинена робота пологового відділення, що вплинуло на річні показники, тому загальна кількість пролікованих хворих менша за попередні роки. Сталою залишається робота хірургічного відділення зокрема, хірургічних ліжок, але ж зменшується кількість пролікованих гінекологічних хворих. Це обумовлено відсутністю високотехнологічного обладнання, зокрема гістероскопу і як наслідок, недоступністю гістероскопія в Оржицькому районі. Тому важливим залишається придбання ендоскопічного обладнання для хірургічного відділення.

Кількість пролікованих хворих у терапевтичному відділенні зросла за рахунок пролікованих неврологічних хворих. Робота дитячих ліжок є недостатньою, а їх кількість завищеною до потреби. Так як кількість дитячого населення в районі зменшується з кожним роком, як наслідок, зменшився також і рівень госпіталізації за рахунок належної роботи педіатрів на первинному рівні та використання ними стаціонарозамінних форм лікування. Відсутність дитячого анестезіолога не дає можливості надавати допомогу дітям у важкому стані, такі діти лікуються у лікарнях інтенсивного лікування, де отримують фахову допомогу, згідно затверджених маршрутів. Робота інфекційних ліжок є сталою.

Найкраща робота ліжка та оборот за останні 3 роки у хірургічному відділенні. Середній термін лікування є дещо завищеним по лікарні. Найбільша тривалість лікування неврологічних хворих за рахунок хворих на інсульт, так як у лікарні не доступні хворим такі методи, як МРТ, КТ, ангиографія, нейрохірургія та ендovasкулярна хірургія. Тому ці методи потребують наближення послуги до хворого за рахунок впровадження нових маршрутів для цих пацієнтів.

Зменшення тривалості лікування можливе за рахунок впровадження новітніх технологій та зміни підходів до лікування.

Шляхи вирішення проблеми стосовно підвищення ефективності використання ліжкового фонду:

- а) поліпшення своєчасності і якості первинної медико-санітарної допомоги;
- б) заміщення госпітальної допомоги амбулаторною в результаті застосування сучасних ефективних фармацевтичних засобів;
- в) розширення системи паліативного та домашнього догляду, перш за все хворих похилого віку, онкологічних хворих та інвалідів;

г) розвиток альтернативних видів лікування у вигляді денних і домашніх стаціонарів, використання послуг мобільних бригад та хірургії одного дня.

Зменшення тривалості перебування в лікарні знизить імовірність поширення внутрішньо лікарняної інфекції, покращить ефективність використання ліжкового фонду, здешевить вартість перебування хворого в стаціонарі та зменшить використання трудових, матеріальних та енергетичних ресурсів.

Для підвищення ефективності використання ліжкового фонду необхідно провести структурні зміни в ліжковому фонді та частину не працюючих ліжок репрофілювати у паліативні та реабілітаційні. Їх роботу необхідно забезпечити наявним медичним персоналом.

Висновки: серед причин, що знижують середньорічну зайнятість ліжка в КНП «Оржицька лікарня» є наступні:

- недостатньо відпрацьований механізм взаємодії первинної та вторинної допомоги щодо направлень пацієнтів на стаціонарне лікування (пізні звернення пацієнтів призводить до смерті хворих в стаціонарі);
- диспансерна робота в районі первинною та вторинною допомогою проводиться на недостатньому рівні, тому вчасно пацієнти не проходять планового лікування, що веде до високої смертності від серцево-судинних захворювань;
- кадровий дефіцит негативно впливає на якість диспансерної роботи (не укомплектовано основними працівниками посади лікаря інфекціоніста, терапевта, хірурга, ендокринолога, пульмонолога, фізіотерапевта, лікарем з лікувальної фізкультури, лікарем з функціональної діагностики, ендоскопістом, сімейними лікарями);
- соціально-економічне становище хворих не дозволяє вчасно та регулярно проходити лікування та повноцінно харчуватись, про що говорить високий показник анемії у вагітних, а медикаментозне забезпечення закладу не дає змоги забезпечити безкоштовне лікування через обмежене фінансування;
- відсоток повторних госпіталізацій у терапевтичне відділення пов'язаний з великою кількістю хронічних захворювань;
- недостатнє фінансування не дозволяє забезпечити належну матеріально-технічну базу закладу;
- пільгове забезпечення ліками окремих груп населення та за певними категоріями захворювань є недостатнім, більшість категорій забезпечується за місцевий бюджет.

КНП «Оржицька лікарня» в майбутньому бачить себе високопрофесійною, фінансово стабільною та незалежною лікарнею, яка надає більшість необхідних якісних медичних послуг своїм пацієнтам.

#### Література.

1. Закон України. Основні законодавства України про охорону здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
2. Закон України. "Про місцеве самоврядування в Україні" URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>
3. Закон України. Конституцією України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
4. Господарський кодекс України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>
5. Цивільний кодекс України. URL: [http://search.ligazakon.ua/1\\_doc2.nsf/link1/T030435.html](http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/T030435.html)
6. Комунальне некомерційне підприємство "Оржицька лікарня" Оржицької селищної ради Полтавської області. URL: <https://opendatabot.ua/c/01999448>.

## РОЗДІЛ IV. КЛІНІЧНИЙ НАПРЯМОК ДІЯЛЬНОСТІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

### КЛІНІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ВИНИКНЕННЯ ВЕНТРИКУЛОДИЛЯТАЦІЇ ІНДУКОВАНОЇ ВАЖКИМИ ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВИМИ КРОВОВИЛИВАМИ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

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

*Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

Досягнення сучасної неонатології та перинатології призвели до збільшення виживаємості малюків, які народилися передчасно. У пацієнтів з цієї когорти кровотечі з зародкового матриксу, ВШК та постгеморагічна ВД є найбільш важливими детермінантами когнитивних порушень та дисфункцій розвитку. Вентрикулодилатація шлуночків (ВД), яка індукована внутрішньошлуночковими крововиливами (ВШК) залишається важливим ускладненням у передчасно народжених дітей, та зустрічається у 75-80 % у дітей з перенесеними ВШК III-IV ступеню. Зазначена патологія може існувати як самостійна симптоматична ВД з наявністю лікворно-гіпертензійного синдрому [1, 2], або яка у 16,2-39 % трансформується в подальшому у гідроцефалію [3-5]. ВШК-індукована ВД, як основне ускладнення перенесених ВШК, становить серйозну проблему, так як передчасно народжені діти з цією патологією будуть у подальшому потребувати пожиттєвого моніторингу стану лікворної системи та постійного інтермітуючого лікування. При цьому 25–50 % пацієнтів з ВД у подальшому будуть потребувати хірургічного лікування [6, 7], проте й хірургічне втручання з метою усунення лікворної гіпертензії не зможе попередити розвиток неврологічного дефіциту [7-9], затримку психомоторного, рухового та когнітивного розвитку протягом перших двох років життя [2, 6, 7].

**Мета.** Встановити зв'язок розвитку постгеморагічної ВД та гідроцефалії з анамнестичними, клінічними, метаболічними факторами ризику.

**Матеріали та методи.** Проведено мультицентрове дослідження, в яке включено 76 передчасно народжених дітей, які народилися та отримували лікування в лікувальних закладах Полтави. Критеріями відбору пацієнтів до групи дослідження стали: гестаційний вік  $\leq 34$  тижнів, маса тіла при народженні  $\leq 2000$  г., наявність ВШК III-IV ступеня за даними нейросонографії. Факторами виключення стали:

наявність вроджених аномалій розвитку, маса новонародженого більше 2000 г. при народженні, підтверджена TORCH-інфекція, діти, народжені від багатоплідної вагітності, з яких одна дитина померла. Серед немовлят з ВШК досліджували частоту та причини розвитку таких несприятливих подій: венгерулодилатація та гідроцефалія, яка виникла до 28 доби життя. В досліджуваній групі розподіл відбувся наступним чином: 38 немовлят мали ВД, 38 дітей – без розвитку зазначеного ускладнення.

Для оброблення кількісних величин використовувалися традиційні методи параметричної та непараметричної статистики; для аналізу якісних ознак, що виражалися в основному у відсотках, були застосовані непараметричні методи. За допомогою методів параметричної статистики здійснювались: перевірка нормальності розподілу кількісних ознак з використанням критерію Колмогорова-Смірнова; перевірка рівності генеральних дисперсій з використанням критерію Фішера. При нормальному розподілі даних використовували основні статистичні характеристики: середнє значення ( $M$ ) для визначення центральної тенденції; стандартну похибку середнього значення ( $m$ ) для точності оцінки середньої, довірчий інтервал (ДІ) – для визначення 95% інтервалу середньої. Перевірка гіпотез щодо рівності генеральних середніх проводилась з використанням t-критерія Стьюдента. При ненормальному розподілі центральну тенденцію визначали за допомогою медіани ( $Me$ ) та квартилі ( $Q$ ).

**Результати дослідження.** В ході проведеного дослідження нами не виявлено впливу статі на розвиток ВД ( $p=0,359$ ). Середнє значення маси тіла при народженні в групах дітей з ВД та без неї становило  $1094,87 \pm 61,03$  г. та  $977,63 \pm 61,94$  г. відповідно, отже, нами не виявлено статистично значимої різниці, яка б свідчила про вплив маси тіла при народженні на перебіг даної патології. Аналізуючи гестаційний вік новонароджених, виявлено, що асоціації між гестаційним віком та розвитком ВД знаходяться на межі статистичної значущості ( $p=0,088$ ). Пренатальні клінічні фактори збільшують ризик виникнення ВШК у передчасно народжених малюків [11-13], а у подальшому – ризики розвитку нейродеструкції [13, 14]. Під час оцінки пренатальних факторів, до яких віднесено прегравідарний фон матері та акушерський анамнез, а також патологічні стани вагітності, нами встановлено, що жоден з обраних нами факторів не впливає на розвиток ВД, а наявність багатоводдя під час вагітності реєструвалося частіше у матерів групи дітей, перебіг ВШК у яких

завершився без формування ВД, що нами пояснюється як протекторний ефект внаслідок отримання терапії під час вагітності (табл. 1).

Таблиця 1

**Асоціації між пренатальними факторами ризику та ВШК-індукованою венстрикулодилатацією у передчасно народжених дітей з важкими ВШК**

Фактори ризику	Діти без ВД n=38	Діти з ВД n=38	p	ВШ (95% ДІ)	p
<b><i>Материнські стани та акушерський анамнез:</i></b>					
Вік матері (роки) M±m	29,5±0,92	27,03±1,12	0,094	0,93 (0,85 – 1,02)	0,114
Захворювання ССС, n(%)	1 (2,63)	4 (10,53)	0,165	4,35 (0,46 – 40,90)	0,168
Артеріальна гіпертензія, n(%)	6 (15,8)	6 (15,8)	1,000	1,0 (0,63 – 3,23)	1,00
Анемія, n(%)	9 (23,7)	7 (18,4)	0,539	0,70 (0,19 – 2,45)	0,539
Метаболічний синдром, n(%)	1 (2,6)	1 (2,6)	1,00	1,0 (0,05 – 13,83)	1,00
<b><i>Ускладнення під час вагітності:</i></b>					
Кольпіт, n(%)	9 (23,7)	4 (10,5)	0,128	0,43 (0,11 – 1,63)	0,128
Бактеріурія, n(%)	8 (21,1)	4 (11,11)	0,209	0,5 (0,13 – 1,97)	0,209
Плацентарна недостатність, n(%)	8 (21,1)	4 (11,11)	0,209	0,50 (0,13 – 1,97)	0,209
Багатоводдя, n(%)	9 (23,7)	2 (5,53)	0,025	0,19 (0,04 – 1,01)	0,023

Гіпертензійний синдром, n(%)	8 (21,1)	8 (21,1)	1,00	1,0 (0,34 – 3,62)	0,871
Хоріоамніоніт, n(%)	3 (7,9)	4 (10,5)	0,691	1,15 (0,23 – 5,63)	0,691

Частота родорозрішення шляхом проведення операції кесарського розтину однакова в обох групах, але, у 5 випадках (15,15%) зазначене оперативне втручання проведено внаслідок відшарування нормально розташованої плаценти, з них – всі випадки в групі дітей з наступним розвитком ВД ( $p=0,035$ ).

Таблиця 2

**Асоціації між інтранатальними факторами ризику та виникненням ВШК-індукованої вентрикулоділятації у передчасно народжених дітей з важкими ВШК, n(%)**

Фактори ризику	Діти без ВД n=38	Діти з ВД n=38	p	ВШ (95% ДІ)	p
Дистресс плода, (n/%)	1 (2,6)	3 (7,9)	0,302	3,17 (0,28 – 29,56)	0,302
Відшарування плаценти, (n/%)	0	5 (15,15)	0,035	3,14 (0,83 – 1,59)	0,035
Кесарів розтин, (n/%)	18 (47,4)	25 (65,8)	0,15	2,06 (0,77 – 5,54)	0,152
Стрімкі пологи, (n/%)	13 (34,21)	8 (21,1)	0,2	0,51 (0,18 – 1,43)	0,203
Безводний проміжок >24 год., (n/%)	2 (5,3)	1 (2,6)	0,556	0,49 (0,04 – 5,60)	0,563

Оцінка за шкалою Апгар після народження на 1-й, 5-й хвилині та 10-й хвилині в обох групах дослідження не мала статистично значущої різниці. Частота застосування заходів первинної реанімації в пологовій залі також була однаковою в обох досліджуваних групах передчасно народжених дітей.

Проведене дослідження показало, що ВД виникала у передчасно народжених дітей, у яких розвиток ВШК або трансформація з ВШК I-II ступеня у важкий ступінь відбувалися у більш пізньому періоді - після 6 доби життя (табл. 3).

Таблиця 3

**Асоціації між терміном виникнення внутрішньошлуночкового крововиливу та розвитком ВШК-індукованої вентрикулоділятації у передчасно народжених дітей**

Термін виникнення ВШК	Діти без ВД n=38; (n/%)	Діти з ВД n=38; (n/%)	p	ВШ (95% ДІ)	p
0-2 доба	9 (23,7)	10 (26,32)	0,913	1,07 (0,31 – 3,17)	0,913
3-4 доба	21 (55,3)	11 (28,95)	0,020	0,33 (0,11 – 0,93)	0,020
6-7 доба	8 (21,1)	17 (44,74)	0,030	3,03 (1,0–9,61)	0,030

Цей факт нами пояснюється більшим впливом на розвиток ВД факторів постнатального періоду, які мають дію на незрілий мозок внаслідок неможливості адекватного забезпечення виходжування передчасно народженої дитини. Під час вивчення впливу коморбідних станів на виникнення ВШК-індукованої ВД виявлено, що анемія протягом перших трьох діб життя у передчасно народжених малюків збільшує шанси розвитку ВД у 9,87 разів ( $p=0,013$ ), цей факт знайшов підтвердження під час аналізу лабораторних показників дітей з групи з ВД - середнє значення рівня гемоглобіну у малюків з цієї групи у першу добу життя становило  $150,81 \pm 5,59$  проти  $168,93 \pm 6,49$  в групі дітей без ВД ( $p=0,045$ ). На нашу думку, збільшення шансів виникнення ВД у цих дітей обумовлено тривалою гіпоксією перивентрикулярної ділянки, що, в свою чергу, за умов неадекватної перфузії та зниження кисневої ємності крові, посилює ураження головного мозку. Наявність інших патологічних станів періода новонародженості не асоціюється зі збільшенням ризику розвитку ВШК-індукованої ВД (табл. 4).



**Частота коморбідних патологічних станів у передчасно народжених дітей з ВШК-індукованою вентрикулодилатацією та без неї**

Захворювання	Діти без ВД n=38; (n/%)	Діти з ВД n=38; (n/%)	p	ВШ (95% ДІ)	p
РДС 1 ст.	5 (13,2)12,0	6 (15,8)	0,743	1,42 (0,32 – 6,30)	0,745
РДС 2 ст.	4 (10,5)	7 (18,4)	0,918	0,93 (0,26 – 3,36)	0,916
РДС 3 ст.	26 (68,4)	22 (59,46)	0,499	0,69 (0,24 – 2,00)	0,496
Сепсис	16 (42,1)	15 (39,5)	0,945	0,97 (0,36 – 2,60)	0,945
НЕК	2 (5,3)	4 (10,5)	0,395	2,12 (0,36 – 12,32)	0,404
Анемія	1 (2,6)	8 (21,1)	0,013	9,87 (1,17 – 83,35)	0,013

Під час дослідження показників гемодинаміки у передчасно народжених дітей без розвитку ВШК-індукованої ВД, порівняно з новонародженими, у яких в подальшому виникла ВД, виявлено достовірно вищі показники середнього АТ (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ) протягом 2 доби життя (значення САТ<sub>min</sub>=33,31±1,72 та p=0,053; ДАТ<sub>min</sub>=25,31±1,29 та p=0,034; табл. 5), що, ймовірно, свідчить про більш адекватну ауторегуляцію судинного тонууса головного мозку та забезпечення достатньої перфузії перивентрикулярної зони, проте вказане твердження, зважаючи на малу вибірку нашого дослідження, потребує подальшого вивчення та уточнення.

Таблиця 5

**Показники гемодинаміки у передчасно народжених дітей ВШК-індукованою вентрикулодилатацією та без неї,  $M \pm m$**

Фактори ризику	Діти без ВД n=38	Діти з ВД n=38	p	ВШ (95% ДІ)	p
<i>1 доба</i>					
САД <sub>max</sub> , мм.рт.ст.	58,23±3,01	60,42±1,77	0,53	1,01 (0,97 – 1,05)	0,509
ДАД <sub>max</sub> , мм.рт.ст.	34,55±2,22	35,16±1,23	0,811	1,0 (0,96 – 1,06)	0,798
Ср. АД <sub>max</sub> , мм.рт.ст.	42,61±2,48	45,29±1,31	0,344	1,02 (0,98 – 1,07)	0,316
САД <sub>min</sub> , мм.рт.ст.	45,0±1,98	44,82±1,19	0,937	1,0 (0,95 – 1,05)	0,933
ДАД <sub>min</sub> , мм.рт.ст.	21,33±1,32	21,55±1,34	0,908	1,0 (0,94 – 1,07)	0,907
Ср.АД <sub>min</sub> , мм.рт.ст.	30,0±1,43	30,74±1,43	0,717	1,01 (0,95 – 1,07)	0,717
Діурез, мл/кг/год	1,42±0,16	2,16±0,21	0,006	2,0 (1,14 – 3,54)	0,016
<i>2 доба</i>					
САД <sub>max</sub> , мм.рт.ст.	65,38±2,80	64,89±1,68	0,882	1,0 (0,96 - 1,04)	0,874
ДАД <sub>max</sub> , мм.рт.ст.	39,28±1,81	39,81±1,28	0,82	1,01 (0,95 - 1,07)	0,801
Ср. АД <sub>max</sub> , мм.рт.ст.	48,0±2,44	48,46±1,68	0,877	1,00 (0,96 - 1,05)	0,871
САД <sub>min</sub> , мм.рт.ст.	46,38±1,61	45,0±0,99	0,47	0,97 (0,01 - 1,04)	0,444
ДАД <sub>min</sub> , мм.рт.ст.	25,31±1,29	21,73±0,93	0,029	0,91 (0,83 - 0,99)	0,034
Ср.АД <sub>min</sub> , мм.рт.ст.	33,31±1,72	29,22±1,03	0,046	0,93 (0,86 - 1,00)	0,053
Діурез, мл/кг/год	2,24±0,16	3,30±0,31	0,003	1,76 (1,12 - 2,77)	0,014

Зазначимо, що діурез у дітей з групи з ВД протягом 0 та 1 доби життя був більшим, ніж у дітей без розвитку ВД, хоча об'єм інфузійного навантаження протягом 0 та 1 доби життя у малюків з

обох груп не відрізнявся ( $p=0,190$  та  $p=0,315$  відповідно), а епізоди поліурії (збільшення діурезу новонародженого до  $>6$ мл/кг/год) у групі з ВД виникли у 9 дітей (23,68%) проти 3(7,89%) новонароджених без ВД ( $p=0,059$ ; табл.6).

Таблиця 6

**Асоціації між клінічними синдромами з ВШК-індукованою вентрикулодилатацією у передчасно народжених дітей з важкими ВШК, n(%)**

Фактори ризику	Діти без ВД n=38; n(%)	Діти з ВД n=38; n(%)	p	ВШ (95% ДІ)	p
Брадикардія	5 (13,2)	11 (28,9)	0,091	2,69 (0,83 – 8,69)	0,098
Артеріальна гіпотензія	15 (39,47)	16 (42,11)	0,815	1,12 (0,45 – 2,79)	0,815
Артеріальна гіпертензія	11 (28,9)	13 (34,21)	0,737	1,18 (0,45 – 3,14)	0,737
Олігурія	17 (44,7)	13 (34,2)	0,348	0,64 (0,25 – 1,62)	0,349
Поліурія	3 (7,9)	9 (23,7)	0,059	3,62 (0,90 – 14,63)	0,071

Важливим завданням нашого дослідження стало визначення ранніх біомаркерів трансформації ВШК у вентрикулодилатацію. Як свідчать результати, представлені у табл. 8, у немовлят з ВШК-індукованою вентрикулодилатацією на 1 добу життя рівень гемоглобіну був достовірно нижчим за його рівень у новонароджених без вказаної патології. Що стосується біомаркерів, які характеризують інфекційний статус дитини, то нами не виявлено достовірних відмінностей у кількості лейкоцитів, тромбоцитів та палочкоядерних нейтрофілів, як на першу, так і на шосту добу життя.

**Асоціації між показниками загальноклінічного аналізу крові та  
ВШК-індукованою вентрикулодилатацією у передчасно  
народжених дітей**

Показник	Діти без ВД n=38; M±m	Діти з ВД n=38; M±m	p	ВШ (95% ДІ)	p
<b>1 доба</b>					
Гемоглобін, г/л	168,93±6,49	150,81±5,59	0,039	0,98 (0,97 – 1,0)	0,045
Еритроцити, 10 <sup>12</sup> /л	4,68±0,20	4,20±0,16	0,065	0,59 (0,34 – 1,04)	0,068
Лейкоцити, 10 <sup>9</sup> /л	14,90±1,76	17,78±2,40	0,338	1,02 (0,97 – 1,07)	0,382
Паличкоядерні нейтрофіли, %	8,12±1,19	10,24±1,22	0,216	1,05 (0,98 – 1,14)	0,236
Тромбоцити, 10 <sup>9</sup> /л	193,0±14,74	191,22±14,18	0,931	1,0 (0,99 – 1,01)	0,931
<b>2 доба</b>					
Еритроцити , 10 <sup>12</sup> /л	3,80±0,20	3,84±0,15	0,867	1,07 (0,50 – 2,28)	0,863
Лейкоцити, 10 <sup>9</sup> /л	16,31±3,25	15,54±2,10	0,843	0,99 (0,94 – 1,04)	0,831
Паличкоядерні нейтрофіли, %	8,75±1,74	9,04±0,82	0,882	1,01 (0,90 – 1,14)	0,863
Тромбоцити, 10 <sup>9</sup> /л	174,88±25,78	196,59±20,82	0,517	1,01 (1,0 – 1,01)	0,513
<b>6 доба</b>					
Гемоглобін, г/л	138,76±6,55	140,21±4,60	0,858	1,0 (0,98 – 1,03)	0,851

Еритроцити , 10 <sup>12</sup> /л	4,03±0,20	4,15±0,14	0,622	1,22 (0,58 – 2,58)	0,606
Лейкоцити, 10 <sup>9</sup> /л	18,35±2,20	19,35±2,67	0,773	1,01 (0,96 – 1,06)	0,773
Паличкоядерні нейтрофіли, %	8,06±1,23	7,78±0,97	0,862	0,99 (0,87 – 1,12)	0,856
Тромбоцити, 10 <sup>9</sup> /л	198,19±22,99	212,33±16,36	0,619	1,00 (1,0 – 1,01)	0,604

С-реактивний білок (СРБ) є маркером запального процесу, тому багатьма дослідженнями його було визначено як неспецифічний біомаркер ВШК з тяжким ураженням нервової системи [15, 16]. Проте в нашому дослідженні виявлено асоціації на межі статистичної значущості рівня СРБ з розвитком ВШК-індукованої ВД (p=0,084; табл. 8).

На межі статистичної значущості знаходиться зворотній зв'язок між розвитком ВШК-індукованої вентрикулодиліації та рівнем глюкози, зокрема у немовлят без розвитку вентрикулодиліації рівень глюкози на 1 добу життя вищим, ніж у немовлят з вентрикулодиліацією, а також прямий зв'язок між розвитком ВШК-індукованої вентрикулодиліації та рівнем ЛДГ на 1 добу життя. Збільшення рівня лактатдегідрогенази-1 у дітей з ВШК, перебіг якого завершився розвитком ВД (2369,93±572,83 ОД/л), порівняно з немовлятами без подальшого розвитку вентрикулодиліації (641,0±548,52 ОД/л), пояснюється більш вираженим ураженням головного мозку, та, як наслідок, розвитком ВШК у передчасно народжених немовлят.

Таблиця 8

**Асоціації між метаболічними маркерами та розвитком ВШК-індукованої вентрикулодиліації**

Показники	Діти без ВД n=38	Діти з ВД n=38	p	ВШ (95% ДІ)	p
<i>1 доба</i>					
Глюкоза, моль/л	8,96±2,35	4,67±0,52	0,094	0,83 (0,67 – 1,02)	0,073

Загальний білок, г/л	37,86±1,70	37,29±1,26	0,790	0,99 (0,92 – 1,06)	0,780
Сечовина, ммоль/л	7,84±1,0	9,36±2,0	0,500	1,02 (0,95 – 1,09)	0,573
Креатинін, мкмоль/л	86,58±6,10	92,70±6,35	0,491	1,01 (0,99 – 1,02)	0,505
Залишковий азот, ммоль/л	16,40±13,8 7	34,00±5,25	0,333	1,07 (0,97 – 1,18)	0,179
СРБ, >6 г/л n(%)	9 (23,68)	16 (42,1)	0,071	2,3 (0,8– 7,74)	0,087
ЛДГ	641,0±548, 5	2369,9±5,72	0,068	1,002 (0,99-1,00)	0,070
<b>6 доба</b>					
Глюкоза, ммоль/л	6,30±1,97	4,87±0,33	0,487	0,96 (0,77 – 1,14)	0,495
Загальний білок, г/л	46,95±1,27	44,99±2,01	0,419	0,95 (0,84 – 1,08)	0,468
Сечовина, ммоль/л	19,12±2,41	16,91±1,71	0,462	0,97 (0,89 – 1,05)	0,441
Креатинін, мкмоль/л	141,35±14, 25	132,53±13,2 8	0,654	1,0 (0,99 – 1,01)	0,663
СРБ, >6 г/л n(%)	9 (23,68)	16 (42,1)	0,071	2,3 (0,8– 7,74)	0,087

Під час дослідження асоціацій використаних лікувальних заходів на розвиток ВД нами виявлено достовірний зв'язок між розвитком ВД та проведенням дитині ШВЛ та її тривалістю – застосування ШВЛ у дитини з важким ВШК майже у вісім разів збільшує шанси мати ВД в подальшому (табл.9).

Таблиця 9

**Терапевтичні заходи, асоційовані з розвитком ВШК-індукованої вентрикулодилатації у передчасно народжених дітей**

Лікувальний захід	Діти без ВД n=38	Діти з ВД n=38	p	ВШ (95% ДІ)	p
<b>Використання ШВЛ</b>					
Частота застосування ШВЛ, n (%)	20 (52,6)	34 (89,5)	0,000	7,65 (2,27-25,8)	0,001

Тривалість ШВЛ (діб); M±m	12,9±2,93	21,9±2,0 2	0,0254	1,05 (1,00-1,10)	0,039
<b>Сурфактант-замісна терапія:</b>					
Введення у пологовій залі; n (%)	6 (15,8)	5 (13,2)	0,685	0,76 (0,198 – 2,91)	0,686
Сурфактант, n(%)	17 (44,74)	26 (68,4)	0,037	2,68 (1,05 – 6,83)	0,039
Вік життя (год.); M±m	2,55±0,71	3,42±0,5 5	0,337	1,08 (0,92 – 1,28)	0,334
Доза (мг/кг); M±m	124,2±9,79	129,5±9, 25	0,696	1,00 (0,99 – 1,02)	0,698
Повторне введення сурфактанту, n(%)	1 (2,6)	6 (15,8)	0,047	6,94 (0,79– 60,71)	0,047
<b>Добовий об'єм рідини:</b>					
1 доба (мл); M±m	65,28±8,91	80,01±5, 78	0,188	1,02 (0,99 – 1,06)	0,190
2 доба (мл); M±m	75,14±6,22	85,80±6, 32	0,242	1,02 (0,98 – 1,05)	0,315
3 доба (мл); M±m	86,43±7,87	97,34±4, 72	0,26	1,02 (0,98 – 1,07)	0,243
<b>Метаболічна швидкість глюкози:</b>					
1 доба (мл); M±m	4,38±0,72	4,85±0,2 8	0,573	1,39 (0,53 – 3,66)	0,500
2 доба (мл); M±m	5,0±1,34	5,41±0,3 5	0,784	1,17 (0,58 – 2,35)	0,663
3 доба (мл); M±m	6,6±2,23	6,10±0,3 7	0,843	0,88 (0,48 – 1,60)	0,669

Аналізуючи інші лікувальні заходи, які проводилися новонародженим обох груп, нами не виявлено різниці застосування будь-якого лікувального заходу, що асоціювалося з виникненням ВД. Більш часте введення сурфактанту, або повторне його введення, у новонароджених з ВД скоріше свідчить про важкість стану немовлят, а не його вплив на розвиток ВД (табл. 10).

Отже, факторами ризику, що на рівні  $p < 0,05$  асоціюються з розвитком ВД виявилися: відшарування плаценти ( $p = 0,035$ ), анемія при народженні ( $p = 0,013$ ), артеріальна гіпотензія ( $p = 0,034$ ), трансформація ВШК у важку ступінь після 4 доби життя ( $p = 0,020$ ) та застосування ШВЛ ( $p = 0,001$ ); на рівні  $p < 0,1$  при простому регресійному аналізі - біохімічні маркери: підвищений рівень ЛДГ ( $p = 0,070$ ), СРБ більше за 6 мг/л ( $p = 0,087$ ), гіпоглікемія ( $p = 0,073$ ) та клінічні маркери - поліурія ( $p = 0,071$ ).

**Висновки.** Виникнення ВШК-індукованої ВД у передчасно народжених дітей є багатофакторною подією. Встановлено фактори, які мають найбільший вплив на розвиток даної патології у немовлят з ВШК III–IV ступеня: відшарування плаценти (ВШ 3,14); анемія при народженні (ВШ 9,87); діастолічний  $AT_{\min}$  (ВШ 0,91); трансформація ВШК у важку ступінь після 4 доби життя (ВШ 3,03); тривалість ШВЛ (ВШ 1,05); рівень лактатдегідрогенази (ВШ 1,002); С-реактивний білок  $> 6$  мг/л (ВШ 2,3); рівень глюкози (ВШ 0,83).

### Література

1. Reubsat P, Brouwer AJ, van Haastert IC, Brouwer MJ, Koopman C, Groenendaal F, de Vries LS. The Impact of Low-Grade Germinal Matrix-Intraventricular Hemorrhage on Neurodevelopmental Outcome of Very Preterm Infants. *Neonatology*. 2017;112(3):203-10.
2. Volpe JJ. *Volpe's Neurology of the Newborn*. 6th ed Philadelphia: Elsevier; 2017;637–698.
3. Koschnitzky JE, Keep RF, Limbrick DD, Jr., McAllister JP. Opportunities in posthemorrhagic hydrocephalus research: outcomes of the Hydrocephalus Association Posthemorrhagic Hydrocephalus Workshop. *Fluids Barriers CNS*. 2018; 15: 11.
4. Christian EA, Jin DL, Attenello F, Wen T, Cen S, Mack WJ et al. Trends in hospitalization of preterm infants with intraventricular hemorrhage and hydrocephalus in the United States, 2000–2010. *J Neurosurg Pediatr*. 2016 Mar;17(3):260-9.
5. Калюжка ЕА, Артемова НС, Гасюк НИ, Цвиренко СН, Похилько ВІ. Динамика частоти інтравентрикулярних кровоизливань и их исходов среди преждевременно рожденных



детей Полтавской области за 2007– 2016 гг. *Wiadomosci lekarskie*. 2017;70.3(1):493–496.

6. Leijser LM, Miller SP, van Wezel-Meijler G, et al. Posthemorrhagic ventricular dilatation in preterm infants: When best to intervene?. *Neurology*. 2018;90(8):e698-706.

7. Артьомова НС. Наслідки внутрішньошлуночкових крововиливів III-IV ступеню у передчасно народжених дітей Полтавської області. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017; 2(136):75–79.

8. Brouwer AJ, Groenendaal F, Han KS, de Vries LS. Treatment of neonatal progressive ventricular dilatation: a single-centre experience. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015;28(suppl 1):2273–2279.

9. Whitelaw A, Lee-Kelland R. Repeated lumbar or ventricular punctures in newborns with intraventricular haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 6;4(4):CD000216.

10. Chari A, Mallucci C, Whitelaw A, Aquilina K. Intraventricular haemorrhage and posthaemorrhagic ventricular dilatation: moving beyond CSF diversion. *Childs Nerv Syst*. 2021 May 15.

11. Szpecht D, Szymankiewicz M, Nowak I, Gadzinowski J. Intraventricular hemorrhage in neonates born before 32 weeks of gestation—retrospective analysis of risk factors. *Childs Nerv Syst*. 2016; 32: 1399–1404.

12. Lekic T, Klebe D, Poblete R, Krafft PR, Rolland WB, Tang J, et al. Neonatal Brain Hemorrhage (NBH) of Prematurity: Translational Mechanisms of the Vascular-Neural Network. *Curr Med Chem*. 2015; 22(10): 1214–38.

13. Glass HC, Shellhaas RA, Wusthoff CJ, Chang T, Abend NS, Chu CJ, et al. Contemporary profile of seizures in neonates: a prospective cohort study. *J Pediatr*. 2016; 174: 98–103.

14. Koschnitzky JE, Keep RF, Limbrick DD Jr., McAllister JP, Morris JA, Strahle J, et al. Opportunities in posthemorrhagic hydrocephalus research: outcomes of the Hydrocephalus Association Posthemorrhagic Hydrocephalus Workshop. *Fluids Barriers CNS*. 2018; 15: 11.

15. Javadinia S, Tabasi M, Naghdalipour M, Atefi N, Asgarian R, Khezerloo JK, Tabatabaei A. C - reactive protein of cerebrospinal fluid, as a sensitive approach for diagnosis of neonatal meningitis. *Afr Health Sci*. 2019 Sep;19(3):2372-7.

16. Hillman M, Meinarde L, Rizzotti A, Cuestas E. Inflammation, High-sensitivity C-reactive Protein, and Persistent Patent Ductus Arteriosus in Preterm Infants. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:84-5.

## **АНАЛІЗ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕХРЕСНИМ ПРИКУСОМ**

**Білоус А. М., Смаглюк Л. В., Карасюнок А. Є.**

*Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

**Вступ:** Конкретні лікувальні завдання, сформульовані в тій послідовності, в якій вони повинні бути проведені, логічно визначаються згідно поставленого ортодонтичного діагнозу [1, 2]. Але при всіх розкладах завжди слід звертати увагу на наявність супутніх захворювань, що можуть вплинути на результат лікування ортодонтичного пацієнта (наприклад, лор-патологія, рахіт, сколіотична постава, сколіоз, плоскостопість, захворювання шлунково-кишкового тракту, ендокринна патологія, таке ін.). Потім необхідно провести лікування стоматологічних захворювань, які не входять до компетенції лікаря-ортодонта, але можуть також впливати на результат ортодонтичного лікування (такі як: патологія тканин пародонта, карієс і його ускладнення, захворювання слизової оболонки порожнини рота). На підготовчому етапі передбачаються різного роду втручання, наприклад хірургічні, ортопедичні, без яких неможливо почати активне ортодонтичне лікування. Помилки, що були допущені при плануванні лікувальних заходів, можуть призвести до ускладнень, як в процесі лікування, так і на етапі стабілізації результату лікування (ретенційний період).

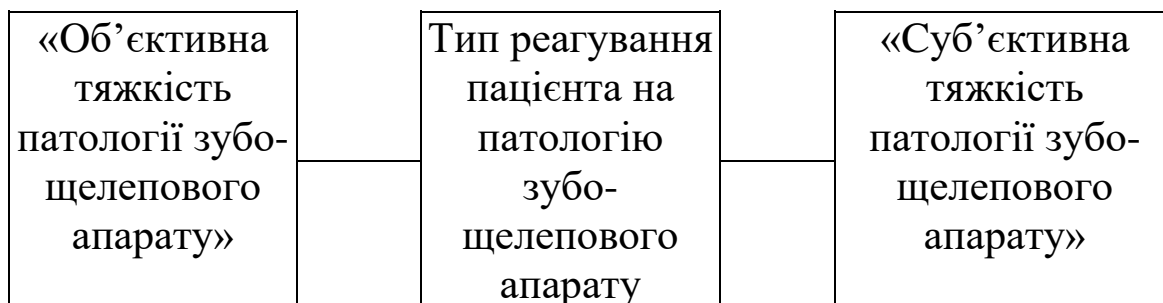
Аномалії зубощелепної системи різноманітні за проявами вираженості і прогнозом [3, 11, 12, 14]. Для вибору плану лікування недостатньо діагностувати і класифікувати захворювання, необхідно кількісно оцінити морфологічні, функціональні та естетичні порушення і визначити ступінь складності їх усунення.

Складнішими за інші ортодонтичні патології являються трансверзальні аномалії прикусу, так як зовнішні прояви, особливо лицьові ознаки, у таких пацієнтів роблять свій негативний вплив на психіку, на характер взаємин між однолітками, на поведінку в цілому. Якщо у маленьких дітей ці прояви мало помітні, то з віком вони прогресують. Крім того, за даними літературних джерел, 79%

пацієнтів з трансверзальними аномаліями мають супутню патологію опорно-рухової системи [5, 6, 7, 9, 12, 13, 15].

Існує поняття психічного реагування на захворювання та психології хворого [4]. Вважається, що тип реагування на захворювання пов'язаний, в першу чергу, з оцінкою пацієнтом його тяжкості. При цьому можна говорити про існування феномена «об'єктивної тяжкості патології» і «суб'єктивної тяжкості патології» (рис. 1). Вищевказані терміни укладені в лапки, так як практично неможливо кількісно оцінити тяжкість патології, але в рамках етно-та соціокультурних особливостей, рівня розвитку медицини дозволено говорити про те, що певна патологія, наприклад, перехресний прикус, складніше інших зубощелепних аномалій [15].

Рисунок 1.



Суб'єктивне ставлення до захворювання називається також «внутрішньою картиною хвороби» (Р. А. Лурія, 2006), концепцією хвороби, нозогнозією. Суть його полягає в інтелектуальній інтерпретації діагнозу захворювання, когнітивної оцінці його тяжкості і прогнозу і в формуванні на цій основі емоційного та поведінкового патерну. Для пацієнта внутрішня картина хвороби складається з розуміння механізмів виникнення неприємних і хворобливих відчуттів, оцінки їх значення для майбутнього, а також реагування на хворобу у вигляді емоційних переживань і вибору способу дій і поведінки в нових для людини умовах.

Щоби запланувати ті чи інші лікувальні ортодонтичні заходи необхідно встановити ступінь тяжкості патології та підібрати методи її усунення. Не менш важливо планувати, скільки відвідувань пацієнтом лікаря буде під час лікування, а також - наскільки розходяться терміни тривалості лікування, що заплановані, та ті, що ми отримали фактично.

Однак в наявних літературних даних не описується вплив деяких факторів, зокрема особливості взаємин між лікарем і пацієнтом, на ефективність ортодонтичного лікування та обсяг

втручань лікаря-ортодонта при лікуванні наших пацієнтів в цілому та з трансверзальними аномаліями прикусу зокрема.

У зв'язку з цим **метою** нашого дослідження було підвищення ефективності ортодонтичного лікування шляхом ретельного аналізу факторів, впливаючих на якість терапії, та всебічного підходу до планування обсягу та термінів лікування ортодонтичних пацієнтів в цілому та з перехресним прикусом (більш конкретно).

**Матеріали та методи.** Були обстежені 52 пацієнта з перехресним прикусом, а також вивчені їх історії хвороби (форма 043). Пацієнти були обстежені за стандартним алгоритмом обстеження. Розглядалися дві групи пацієнтів за статевою приналежністю (1-а група: дівчатка - 26 осіб і 2-а група: хлопчики - 26 осіб). Матеріал зібрано з 2016 по 2020 рр. Вік пацієнтів - 12-17 років.

З огляду на різноманітність клінічної картини перескрестного прикусу, при постановці діагнозу користувалися класифікацією Ужумецкене І.І. (1967).

Дані по соматичному статусу пацієнтів були отримані з виписок з історій хвороб пацієнтів, що були внесені у форму 043/о (медична карта стоматологічного хворого). Відзначали відповідність біологічного, зубного та паспортного віку. Звертали увагу на положення голови, плечей, лопаток, ніг, форму грудної клітки, живота. Вивчали фізичний розвиток і особливості постави пацієнтів. Також з'ясовували у кожного ті чи інші вподобання. Наприклад, чи займається дитина спортом професійно, чи виконує хоча б загально-укріплюючі вправи, а може взагалі інтересується спортом, як торішнім снігом. З іншого боку: чи багато часу дитина проводить за комп'ютером, чи дотримується правильної пози, чи не перебільшено часу знаходження біля комп'ютера в декілька разів більше, ніж положено. Так за період карантину та під час дистанційного навчання у багатьох дітей погіршився стан опопо-рухового апарату [10].

Психологічна оцінка пацієнта проводилася з використанням методики Г. Айзенка, яка полягає у двухфакторній моделі особистості і дозволяє за допомогою основних показників екстраверсія-інтраверсія і нейротизм оцінити спрямованість особистості на внутрішній або зовнішній світ, а також виявити рівень емоційної тривожності. Ці властивості структури особистості пацієнтів генетично детерміновані і мають значення при проходженні тривалого лікування у лікаря-ортодонта.

Аналіз статистичних результатів проведено за методикою Стьюдента-Фішера [8].

В той же час, результати вивчення деяких суб'єктивних і об'єктивних даних в процесі лікування і після його закінчення у пацієнтів з перехресним прикусом дозволив нам зробити акцент на деяких невивчених раніше параметрах, що впливають на обсяг і терміни ортодонтичного лікування.

**Результати:** Суб'єктивне ставлення до хвороби формується на базі безлічі чинників, які можна об'єднати в такі групи: соціально-конституціональну і індивідуально-психологічну. Під соціально-конституціональними параметрами розуміється вплив статі, віку та професії людини, під індивідуально-психологічними - властивості темпераменту, особливостей характеру і якостей особистості.

Параметр статі людини безсумнівно впливає на суб'єктивне ставлення до хвороби і формування типу реагування на захворювання, а також на взаємовідносини між пацієнтом і лікарем [4]. До особливостей, які мають кореляції зі статтю людини, можна віднести відомі факти кращої переносимості пацієнтами жіночої статі больового відчуття, звикання до того чи іншого апарату, більш сумлінного ставлення до відвідин лікаря, а також до його рекомендацій, які безпосередньо стосуються лікувальних і профілактичних заходів.

З психологічної точки зору, самооцінка людини і, особливо, вишкертаний груповими традиціями і сімейним вихованням реєстр цінностей різних частин власного тіла, в тому числі щелепно-лицьова ділянка, раптово (але не випадково) опиняються психотравмуючими факторами при виникненні будь-якого дефекту в «цінному органі». Наприклад, дівчатка більш охоче виконують рекомендації лікаря-ортодонта. Тому що для їх більшості краса на першому місці. Проаналізувавши стоматологічні історії хвороби, можна відзначити, що серед дівчаток дотримуються режиму відвідувань - 13 осіб, що становить 50% від загальної кількості обстежених дівчаток, серед хлопчиків - 7 школярів, що становить 26,9% від загальної кількості обстежених хлопчиків; намагаються дотримуватися, але не завжди виходить - 6 дівчат (23,1%), 10 хлопчиків (38,5%); не дотримуються режиму відвідувань - 7 дівчаток (26,9%), 9 хлопчиків (34,6%). В останньому випадку дуже часто доводиться дзвонити, нагадувати цій групі пацієнтів про те, що їм необхідно робити. Самі ж пацієнти навіть можуть придумувати різну небувальщину, аби тільки уникнути відвідування лікаря-ортодонта. Дані представлені в табл. 1.

**Порівняльна характеристика суб'єктивного ставлення до патології прикусу серед хлопчиків і дівчаток (з перехресним прикусом).**

№№ з/п	Характеристика відношення до режиму відвідувань лікаря-ортодонта	1 група (n=26)		2 група (n =26)	
		кількість пацієнтів			
		абс.	%	абс.	%
1	Виконують режим відвідувань лікаря-ортодонта	13	50	7	26,9
2	Стараються виконати режим відвідувань, але не завжди виходить	6	23,1	10	38,5
3	Не виконують режим відвідувань лікаря-ортодонта	7	26,9	9	34,6

Дисциплінованість пацієнтів в інших сферах, не пов'язаних з відвідуванням лікаря-ортодонта, також важливий фактор в успіху ортодонтичного лікування. Таким чином, можна зробити висновок, що при плануванні обсягу і термінів ортодонтичного лікування має значення стать пацієнта і його характерологічні параметри, наявність дисципліни у виконанні будь-яких дій. Вікові особливості людини також важливі при формуванні суб'єктивного ставлення до хвороби і становлення певного типу реагування на неї. Відомо, що для кожної вікової групи існує свій реєстр тяжкості патології - своєрідний розподіл хвороби за соціально-психологічною значущістю і тяжкістю. Для дітей, підлітків та молоді велике значення має зовнішній вигляд, це пов'язано з розумінням відчуття привабливості для осіб протилежної статі. Пов'язано це з системою цінностей, розстановкою пріоритетів, що мають молоді люди. У певному віці велика цінність полягає у «задоволеності власною зовнішністю».

Перейдемо до визначення особливостей темпераменту. За визначенням, темперамент - це характеристика індивіда з боку динамічних особливостей його психічної діяльності, тобто темпу, ритму і інтенсивності окремих психічних процесів і станів. До значимих параметрів для вироблення певного типу психічного реагування на ставлення до лікування можна віднести емоційність (переносимість болю, як ознака емоційності). На думку Г. Айзенка, з екстравертами легше працювати, ніж з інтравертами, так як екстраверти сприймають всі уровні стимуляції (в тому числі і больовий) менш інтенсивно, ніж інтраверти.

Пацієнтами були заповнені анкети за тестом Айзенка (призначений для визначення таких індивідуально-психологічних особливостей, як екстраверсія і інтраверсія). Серед дівчаток екстравертами є 17 пацієнок, що становить 65,4% від загальної кількості дівчаток, інтравертами - 9 пацієнок, що становить 34,6%; серед хлопчиків: екстравертів - 12 і інтравертів - 14, що становить 46,2% та 53,8%. Результати занесені в таблицю 2.

Таблиця 2.

**Порівняльна характеристика за ознакою «емоційність» серед хлопчиків і дівчаток, що мають трансверзальні аномалії прикусу.**

№ № з/п	Характеристика емоційності пацієнтів	1 група (n =16)		2 група (n =16)	
		кількість пацієнтів			
		абс.	%	абс.	%
1	Екстраверти	17	65,4	12	46,2
2	Інтраверти	9	34,6	14	53,8

Слід зазначити, що інтраверти більш недовірливі, це теж пояснює деякі труднощі у відносинах лікаря з пацієнтом. Ну от, і виходить з нашого дослідження, що відсоток недовірливих хлопчиків вище, ніж відсоток недовірливих дівчаток. Як показала практика, при плануванні обсягу і термінів ортодонтичного лікування це теж потрібно враховувати, так як виконання рекомендацій і терміни лікування безпосередньо залежать від цього показника.

Необхідно розглянути ще один фактор, що впливає на ефективність ортодонтичного лікування та має значення при плануванні обсягу і термінів ортодонтичного лікування: наявність порушень з боку опорно-рухової системи. Серед обстежених дівчаток: 20 дітей мають порушення з боку опорно-рухової системи,

що становить 76,9% від загального числа дівчаток, 6 осіб - не мають порушень опорно-рухової системи, що становить 23,1%. Серед обстежених хлопчиків: 19 осіб мають порушення опорно-рухової системи, що становить 73,1%, не мають - 7 школярів, що становить 26,9%. Результати представлені в таблиці 3.

Таблиця 3.

**Характеристика опорно-рухової системи ортодонтичних пацієнтів з перехресним прикусом.**

№ № зп	Стан опорно-рухової системи ортодонтичних пацієнтів	1 група (n =16)		2 група (n =16)	
		кількість пацієнтів			
		абс.	%	абс.	%
1	Наявність порушень опорно-рухової системи	20	76,9	19	73,1
2	Відсутність порушень опорно-рухової системи	6	23,1	7	26,9

Так як порушення постави і порушення прикусу є причиною і наслідком один одного, то в таких випадках одночасно має здійснюватися лікування і прикусу, і патології опорно-рухової системи [5, 7, 15]. Зрозуміло, що в планування ортодонтичного лікування повинно входити і лікування постави, і тісна, плідна взаємодія з лікарем ортопедом-травматологом (лікування комплексне).

**Висновки:**

Щоб запланувати обсяг і терміни ортодонтичного лікування необхідно ретельно підготуватись у напрямку вивчення багатьох факторів, що мають значний вплив на формування об'єму та строків ортодонтичних пацієнтів в цілому та пацієнтів з перехресним прикусом зокрема. У даній статті ми проаналізували лише деякі з них, а також відобразили ці дані в кількісному та відсотковому відношенні. Отже, стать пацієнта, особливості темпераменту, взаємини лікар-пацієнт, а також наявність загальносоматичної патології роблять значний вплив на тривалість і складність ортодонтичного лікування.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Образцов Ю.Л. Пропедевтическая ортодонтия / Ю.Л.Образцов, С.Н.Ларионов // учебное пособие. - Санкт-Петербург: СпецЛит. - 2007. -160 с.
2. Зубкова Л.П. Лечебно-профилактические мероприятия в ортодонтии / Л.П.Зубкова, Ф.Я. Хорошилкина. - К.: Здоров'я. - 1993. - 343 с.
3. Хорошилкина Ф.Я. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий / ФЛ.Хорошилкина, Р.Френкель, Л.М. Демнер и др. - М.: «Медицина». - 1987. - 302 с.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д.Менделевич // учебное пособие. -М.: «Медицина». - 2005. - 422 с.
5. Білоус А.М. Зіставлення морфо-функціонального стану зубощелепної ділянки й опорно-рухового апарату в пацієнтів із перехресним прикусом / А.М. Білоус, Н.В. Куліш, Л.В. Смаглюк // Український стоматологічний альманах. - 2013.-№ 4. - С.58-60.
6. Петрова Е. Г. Характер зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с различным состоянием опорно-двигательного аппарата / Е.Г. Петрова, А.А. Левенец // ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ. - 2010. - № 1. - С. 74-75
7. Магльона В.В. Роль ортодонтичного лікування зубощелепних аномалій у комплексі з реабілітацією опорно-рухового апарату / В.В. Магльона, А.В. Якимець, Н.Я. Поляник [та ін.] // Український стоматологічний альманах. - 2012. -Т.1,№ 2. – С. 116-117.
8. Москаленко В. Ф. Біостатистика // підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. - Київ: Книга Полюс. -2009. - 184 с.
9. Равинда Нанда. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии / Нанда Равинда. - М.:МЕДпресс-информ. - 2009. – 388
10. Смаглюк Л. В. Особливості додипломного дистанційного навчання з фаху «Ортодонтія» / Л. В. Смаглюк, А. М. Білоус, А. Є. Карасюнок // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2021. - № 1. – С. 29-32.
11. Lyubov V. Smaglyuk. Modern aspects in diagnosis of tongue's parafunctions (literature review) / Smaglyuk Lyubov V., Trofymenko Maryna V., Bilous Alevtyna M. // Wiadomosci Lekarskie. – 2020. – V. LXXIII. – Is.12 (part 1). – С. 2683-2687.
12. Lyubov V. Smaglyuk. X-ray analysis of the mandible in patients with crossbite and mandibular displacement / Smaglyuk Lyubov V., Kulish

- Nelia V., Bilous Alevtyna M. [та ін.] // Wiadomosci Lekarskie. – 2019. – Т. LXXII. – Nr. 5 (cz II). – С. 993-996.
13. Lyakhova N. A. The preexposure prophylaxis of stomatological diseases among the population of Ukraine in the practice of the family doctor and the pediatrician / N. A. Lyakhova, S. S. Kasinets // Wiadomosci Lwarskie. – 2017. – Tom LXX. – №3, cz. I. – P. 470–473.
14. Holovanova I. A. Studing the skills attitudes on factors affecting dental health of children / I. A. Holovanova, N. A. Lyakhova, O. V. Sheshukova [et al.] // Wiadomości Lekarskie. – 2018. –Т. LXXI, nr. 3, cz. II. – P. 640–647.
15. Смаглюк Л. В. Планирование объема и сроков ортодонтического лечения пациентов с трансверзальными аномалиями прикуса / Л. В. Смаглюк, А. Н. Белоус // Wiadomosci Lekarskie. – 2016. – Т. LXIX. – Nr. 2 (cz II). – С. 258-261.

**ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ  
РЕАБІЛІТАЦІЇ В МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ «НОВІ САНЖАРИ»  
НГУ ДЛЯ ПОСТТРАЖДАЛИХ УЧАСНИКІВ РЕВОЛЮЦІЇ  
ГІДНОСТІ, УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ  
ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

**Блінов О. В.<sup>1</sup>, Гавловський О. Д.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Медичний центр «Нові Санжари» НГУ, смт. Нові Санжари,  
Україна*

<sup>2</sup>*Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

За даними Державної служби України з надзвичайних ситуацій тільки за останні 5,5 тис. років на нашій планеті сталося понад 14,5 тис. великих і малих війн, в полум'ї яких загинуло, померло від голоду та епідемій понад 3,6 мільярдів чоловік. Таку ціну людство заплатило за «продовження політики іншими засобами». Війна - це реалістична і трагічна драма, яка незмінно розігрується у душі кожного комбатанта, залишаючи незгладимі сліди. Рани, отримані в обмежених війнах (особливо душевні), швидко не гояться. Ось чому в пострадянських державах, охоплених локальними збройними конфліктами, найтяжчим випробуванням для учасника бойових дій залишається повернення з війни.

Американець Френк Пьюселік, в минулому учасник війни у В'єтнамі, а зараз психолог і консультант Корпусу миру після повернення з війни на власному досвіді переконався, як важко

повертатися до мирного життя і на собі відчув, з якими загрозами та проблемами стикаються ветерани, йому знадобилось 17 років, аби «повернути» свою голову з війни. Упродовж цих років ветерани вбивали один одного, спивались, потрапляли у в'язниці», – сказав психолог. За його словами, лише приблизно через 15 років після закінчення В'єтнамської війни уряд США визначився, яку допомогу вони можуть надати тим, хто повернувся з війни. Адже ситуація складалась жахлива. «Приблизно 57-58 тис. військовослужбовців загинули під час бойових дій. Упродовж десяти років самогубством покінчило життя 60 тисяч. Лише 15% солдат, що повернулися з місії змогли адаптуватися до мирного життя».

Війна за незалежність, викликана виходом Хорватії зі складу Соціалістичної Республіки Югославії, тривала з березня 1991 до листопаду 1995 року. В ході цього конфлікту загинули 12 тис. і були поранені 35 тис. хорватів, як військових так і цивільних. Зараз можна підвести підсумки масштабних руйнувань: 25% економіки країни, 15% житлових будівель (при площі 56.5 тисяч квадратних кілометрів, а населення – 4,2 млн. людей)! Одначе, завдяки патріотизму, взаємодопомозі та згуртованості хорватського народу їм вдалося підняти з руїн економіку, вступити в 2009 році в НАТО, 2013 – в Євросоюз.

Досвід Френка, Хорватських колег є цінним і має стосунок до нашого сьогодення. Не можна не замислюватися над тим, що ми маємо переваги, бо можемо опиратися на досвід інших країн, які пережили подібні жахіття.

В кожній державі, яка пережила подібне створюється своя унікальна державна структура, яка опікується питаннями соціального захисту ветеранів та їх сімей, віднедавна в Україні – це Міністерство ветеранів. На питання, щодо того кому потрібна така реабілітація, а кому ні гарно відповідає напис на меморіалі у Вашингтоні «На війні немає не поранених солдат».

Одним із напрямків допомоги нашим бійцям є затверджена Урядом Постанова КМУ від 27.12.2017 №1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності, членів сімей загиблих (померлих) таких осіб».

Наша робота в даному напрямку почалася з апробації програми психологічної реабілітації в 2016 році. Метою Тимчасової програми є апробування системи психологічної реабілітації військовослужбовців, збереження, відновлення та корекція їх

психологічних станів, необхідних для забезпечення оптимального рівня боєздатності військовослужбовців, які були піддані впливу психотравмуючих стрес-факторів в екстремальних (бойових) умовах, а також створення сприятливих умов для подальшого успішного виконання ними службово-бойових завдань.

Вся робота проводилась в групах і підгрупах Тимчасової програми психологічної реабілітації військовослужбовців Національної гвардії України. Заходи розплановані таким чином, що психологи були поруч на протязі всього дня, це створювало відчуття безпеки.

Психологічна реабілітація - комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння психосоціальної адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті.

Метою психологічної реабілітації є: збереження або відновлення фізичного та психологічного здоров'я, зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій, запобігання інвалідності, профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки.

Всього за період 18 днів психологічної реабілітації учасники отримують 40 годин групової та індивідуальної роботи, що становить приблизно 2-3 години на день, крім цього індивідуальні консультації надаються в потрібній кількості кожному учаснику, також щоденно сеанси психоемоційного розвантаження та саморегуляції з використанням ароматичних масел.

Реабілітація передбачає надання таких послуг: психологічна діагностика, психологічна просвіта та інформування, консультування, психологічна підтримка та супроводження, психотерапія, групова робота. Також зазначено, що послуги з психологічної реабілітації надаються окремо або в комплексі з іншими оздоровчими, фізкультурно-спортивними, санаторно-курортними, медико-психологічними та соціальними послугами.

Базовими в даній програмі є:

- інтерактивні бесіди про стрес та його наслідки для людини;
- самодіагностика та розвиток самоконтролю;
- правила бою як позитивний трансформуючий досвід;

- майстер-класи з мандалоплетіння, ловців снів , арт-терапевтичних технік («Намалюй своє ім'я», «ZOOM», колажі, пластелін, малювання рідким солоним тістом);
- проєктивні методики «Будинок дерево, людина», «Неіснуюча тварина», Тест «Подорож», «Занедбаний сад»;
- різноманітні техніки на пошук ресурсів «Індивідуальний код виживання BASICН»;
- метафоричні ігри «Шлях героя»;
- практичні вправи шкалування емоцій, палсінг, кінотерапія;
- використання метафоричних асоціативних карток;
- пропонуємо проведення груп самодопомоги (ГСД).

Для успішної реалізації поставлених завдань проводиться роз'яснювальна робота з працівниками медичного центру, бо часто люди висловлюють нестачу інформації про те, як працювати з бійцями, що говорити, а які теми краще не піднімати; підготовлено приміщення для групової та індивідуальної роботи.

Впродовж усього періоду психологічної реабілітації робота з військовослужбовцями була побудована з урахуванням обов'язкових заходів, заходів за вибором та відведений час для організованого відпочинку. Обов'язкові заходи включали в себе інформаційний брифінг, психодіагностику, дебрифінг, техніки оптимізації внутрішнього потенціалу, ігрову діяльність тощо. Заходи за вибором реалізовувалися через перегляд фільмів, плавання, дискотеку, риболовлю, сауну, караоке, масаж, прогулянки, індивідуальні бесіди з психологом. Час організованого відпочинку був наповнений переглядом концертних програм (художній колектив «Веселка»), екскурсіями (м. Полтава, музей Полтавської битви, музей-садиба І. Котляревського, приватна стайня «Чотири підкови», Полтавський обласний центр технічної творчості для учнів та молоді), відвідуванням бібліотеки та зустрічами з цікавими людьми.

Для реалізації завдань Програми залучалися колеги, робота яких побудована на концепціях бодинаміки (данська школа тілесно-орієнтованої психотерапії) та діє за принципом «рівний-рівному». Автор тренінгу Дітте Марчер, директор Bodydynamic International, психотерапевт, яка впродовж 20 років співпрацює як спеціаліст із розв'язання конфліктів з організацією «Лікарі без кордонів» на Близькому Сході, у країнах колишньої Югославії та Африки. Велика увага приділялася питанням:

- вплив війни на психіку людини;

- режими функціонування психіки (війна - мир), які зміни спостерігаються;
- види жаху (Терор/Хорор);
- етапи шокового та постшокового досвіду, їх розпізнавання (Шок - Криза – Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)/заземлення/Посттравматичний ріст (ПТР);
- шляхи повноцінного повернення (тілом та душею);
- «Безпечні люди», «Безпечне місце».

Чергування різного виду роботи сприяло зняттю психічного напруження, реадаптації, розриву між психотравмуючими ситуаціями і звичайними умовами життя, надавало можливості військовослужбовцям здійснювати контроль за своїми психічними станами та вибрати відповідні засоби і методи, якими цього можна досягти.

В ході роботи тренінгу бійці отримували знання щодо психокорекції порушень емоційної, особистісної та поведінкової сфери, оптимізації стану психічного здоров'я, відновлення стану психологічної безпеки, рівня якості життя з метою підвищення їх соціальної адаптації у родині, військовому колективі та суспільстві, профілактики ранніх пограничних розладів психічного реєстра (в тому числі проявів суїцидальної поведінки), навчання методам саморегуляції (зняття напруги, тривоги, агресивності, контроль залежної поведінки, навчання засобам самомотивації), формування конструктивних навиків соціальної взаємодії у суспільстві.

Робота з учасниками Тимчасової програми проводилася згідно з планом психологічної реабілітації, мала дуже щільний графік та була розділена на три блоки:

- I блок – ранкова зарядка, ранкова прогулянка, риболовля ;
- II блок – основна частина з вправами на збереження та відновлення психологічного стану для забезпечення оптимального рівня боєздатності;
- III блок – загальне оздоровлення з різновидами арттерапії, палсінгом та біосугестією.

В ході роботи тренінгу проведено комплекс вправ синхрогімнастики, фізичних вправ на виведення надлишкового адреналіну, зняття м'язового напруження, гармонійного та ефективного розвитку м'язів, динамічної медитації, дихальні вправи; тренінги щодо розвитку навичок контролю бойового стресу, розвитку навичок з елементами модерації та фасилітації.

Підходи до надання послуг були різними, але з впевненістю можна сказати, що така робота є важливою та необхідною.

З жовтня 2018 року працює напрямок «Декомпресія», який є різновидом психологічної реабілітації. Тривалість від 3-х до 5-ти діб. На етапі виходу із району проведення операції об'єднаних сил військовослужбовці отримували обов'язкову психологічну реабілітацію за програмою «Декомпресія».

Декомпресія - форма психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в екстремальних (бойових) умовах службово-бойової діяльності, яка складається із комплексу заходів фізичного і психологічного відновлення організму людини та проводиться з метою поступової реадаптації військовослужбовців до звичайних умов життєдіяльності, запобігання розвитку у них психологічних травм.

Обов'язкові заходи включають в себе дебрифінг, психодіагностику, техніки оптимізації внутрішнього потенціалу, ігрову та спортивну діяльність, культурно-масові заходи, екскурсія історичними місцями Полтавщини та Новосанжарщини. Заходи за вибором реалізуються через перегляд фільмів, дискотеку, караоке, риболовлю, сауну, водні процедури (душ Шарко, циркулярний душ, ванни), електропроцедури, соляна кімната, ароматерапія, інгаляції, масаж, сеанс психоемоційного розвантаження, курс оздоровлення на основі простих дихальних вправ з йоги, прогулянки, індивідуальні бесіди з психологом.

В ході роботи тренінгу проведено комплекс вправ синхрогімнастики, фізичних вправ на виведення надлишкового адреналіну, зняття м'язового напруження, гармонійного та ефективного розвитку м'язів, динамічної медитації, дихальні вправи; тренінги щодо розвитку навичок контролю бойового стресу, розвитку навичок з елементами модерації та фасилітації; груповий коучінг; кінотерапія; індивідуальні консультації; різновиди арт-терапії (у вихідні дні).

Проведена робота дозволяє зробити висновок про те, що даний напрямок важливий і необхідний для постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та військовослужбовців. Така робота тривала і кропітка, та сприяє формуванню в країні сталої системи психологічної реабілітації та соціальної адаптації постраждалих під час бойових дій на Сході України.

## Список літератури:

1. Верба А. В. Удосконалення надання медичної допомоги в бойових умовах: дистанційний моніторинг боєздатності сучасного бійця / А.В. Верба та ін. // Військова медицина України. – 2014. – № 2–3. – С. 5–12.
2. Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції, 18 грудня 2014 р. / Українська військово-медична академія. – К., 2014. – С. 108.
3. Медичне забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції: досвід та напрями його удосконалення / В. Л. Савицький, В.П. Майданюк, О.М. Власенко та ін. // Військова медицина України. – 2015. – № 1. – С. 5–11.
4. Білий В. Я. Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час / В. Я. Білий, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський // Наука і оборона. – 2015. – № 1. – С. 9–14

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ**

**Похилько В.І., Чернявська Ю.І., Цвіренко С.М.**

*Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

**Вступ.** Значне поширення ожиріння та метаболічного синдрому у світі протягом останніх двох десятиліть змусило ВООЗ вважати надмірну вагу неінфекційною пандемією. У 2017 році 22 мільйони дітей у віці до 5 років і 155 мільйонів у віці 5 – 17 років мали надлишкову вагу [1]. В Україні відбулося значне зростання поширеності ендокринних захворювань серед дітей – на 164,4% за даними Центру медичної статистики МОЗ України за 2018 р. Ожиріння в Україні зараз спостерігається у 101 тис. дітей з максимумом до 20%, який припадає на підлітковий вік. У Полтавській області поширеність ожиріння серед дітей до 13 років у 2017 році становила 1,32 на 10000. Майже 60% дорослих з ожирінням починають відчувати проблеми із зайвою вагою ще в дитинстві та підлітковому віці. З огляду на цю ситуацію ООН включила показник 2.2.б «Поширеність надмірної ваги серед дітей віком від 2 до 4 років» до переліку 50 показників, пов'язаних зі здоров'ям, які відстежуються та оцінюються експертною групою у всіх країнах світу для



визначення глобального прогресу у досягненні цілей сталого розвитку [2].

**Актуальність теми.** Наявність не однакових визначень метаболічного синдрому перешкоджає розвитку консенсусу щодо діагностичних критеріїв у дитячому віці. Метаболічний синдром поєднує в собі метаболічні та клінічні ознаки (маркери), які виявляються лише за наявності інсулінорезистентності. Всі компоненти метаболічного синдрому є давно встановленими медичними факторами ризику серцево-судинних захворювань: ожиріння, інсулінорезистентність, гіперінсулінемія, цукровий діабет 2 типу, хронічна або гостра гіпертензія; гіперандрогенія у дівчаток; дисліпідемія; порушення нормального гомеостазу (зниження фібринолітичної активності крові); мікроальбумінурія; гіперурикемія. Експерти Міжнародної федерації діабету рекомендують діагностувати метаболічний синдром у дітей старше 10 років з урахуванням таких критеріїв: наявність абдомінального ожиріння, гіпертонії, гіпертригліцеридемії, гіперглікемії та низького рівня холестерину, ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). [3]. Було проведено дослідження, які включали перевірку діагностичної цінності окружності талії, систолічного та діастолічного артеріального тиску, тригліцеридів та глюкози серед хлопців та дівчат 12-19 років, з метою створення критеріїв діагностики метаболічного синдрому. Згідно з отриманими результатами, надійними критеріями діагностики метаболічного синдрому у дітей є ожиріння, гіпертонія, гіперглікемія, підвищений рівень тригліцеридів та низький рівень холестерину ЛПВЩ як для хлопчиків, так і для дівчаток. Враховуючи, що антропометричні параметри у дітей та підлітків залежать від віку та статі, для діагностики надмірної ваги рекомендовано використовувати перцентильні таблиці індексу маси тіла (ІМТ) пацієнтів відповідно до віку та статі. Досі немає єдиної думки щодо того, який ІМТ повинен асоціюватися із зайвою вагою та ожирінням. Діти та підлітки з ІМТ у діапазоні від 85-го до 90-го перцентилля мають ризик розвитку надмірної ваги. Деякі автори пропонують діагностувати надмірну вагу та ожиріння за допомогою ІМТ, рівного 90-му перцентилю, тоді як інші рекомендують 95-й перцентиль. Тому, безумовно, для діагностики надмірної ваги та ожиріння у дітей та підлітків доцільніше використовувати стандартизовані критерії ІМТ, при такому підході критерії надмірної ваги у дорослих відповідають ІМТ 25 кг/м<sup>2</sup>, ожиріння – 30 кг/м<sup>2</sup>, ці параметри чітко визначені, оскільки відповідають високому ризику

серцево-судинних захворювань. Досі немає чітких критеріїв надмірної ваги у новонароджених та дітей раннього віку. Тоді як надзвичайно важливо якомога раніше визначити предиктори метаболічного синдрому. Однак, останніми роками ВООЗ рекомендує також використовувати ІМТ для виявлення немовлят із зайвою вагою [5]. Дослідження щодо визначення кількості новонароджених дітей із зайвою вагою на основі оцінок ІМТ обмежені.

Хоча патогенез метаболічного синдрому не вивчений до кінця, вважається, що резистентність до інсуліну та запалення є головними його ланками. Оцінка інсулінорезистентності повинна враховувати не тільки рівень інсуліну, але і порівнювати його з рівнем глюкози. Гіперінсулінемія на тлі нормоглікемії зазвичай свідчить про наявність інсулінорезистентності [4]. Припускають, що накопичення вільних жирних кислот у печінці, адипоцитах, скелетних м'язах та підшлунковій залозі при ожирінні призводить до порушення прийому інсуліну та подальшої стійкості до нього [6]. Резистентність до інсуліну в печінці призводить до зменшення його впливу на пригнічення вироблення глюкози [7]. Вважається, що підвищена доставка вільних жирних кислот до печінки призводить до нечутливості печінки до інгібуючого впливу інсуліну на секрецію ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПНЩ) та надпродукції багатих тригліцидами частинок ЛПНЩ [8]. Підвищений артеріальний тиск при метаболічному синдромі є вторинним щодо гіперінсулінемії через такі механізми, як активність симпатичної нервової системи, затримка натрію в нирках та ріст гладких м'язів [8]. Інсулін має судинорозширювальну дію на ендотелій [9], відповідальну за вироблення оксиду азоту (потужний судинорозширювальний засіб). Дисфункція ендотелію та порушення вазодилатації часто виникають на тлі інсулінорезистентності. Вважається, що запальні цитокіни вивільняються з дисфункціональних адипоцитів, таких як моноцитарний хемоаттрактантний білок-1 та фактор некрозу пухлини альфа, сприяючи міграції макрофагів до цих жирових тканин та подальшому збільшенню продукції цитокінів [10]. Крім того, зниження рівня адипонектину, яке спостерігається при ожирінні, може призвести до посилення запалення в жировій тканині.

Надмірна вага та ожиріння визначаються як домінантні синдроми, поряд із порушенням метаболізму глюкози, дисліпідемією та гіпертонією. Ряд досліджень показав, що у дітей із надмірною вагою та ожирінням спостерігаються метаболічні порушення,

включаючи високий рівень циркулюючих рівнів тригліцеридів, інсуліну, С-пептиду та ІЛ-6, а також низький рівень ЛПВЩ [11-13]. Інші розлади, пов'язані з метаболічним синдромом, включають жировий гепатоз, синдром полікістозних яєчників та прозапальні захворювання. Профілактика та лікування метаболічного синдрому можуть здійснюватися шляхом модифікації способу життя, поведінкових втручань, фармакологічних та хірургічних втручань за необхідності.

Збільшення знань про фактори ризику, пов'язані з розвитком ожиріння у дітей, призводить до кращого розуміння етіології цього розладу. Особливо важливо виявити генетичні фактори ризику, які схильні до метаболічного синдрому та ожиріння, це дасть можливість розробляти нові терапевтичні стратегії та персоналізовану медицину на основі молекулярної діагностики. Серед факторів, що негативно впливають на обмін речовин, що призводять до його розладів та ожиріння, є генетичні, пренатальні, харчові, соматичні, психогенні та інші [14]. Не останню роль відіграє явище імпринтингу їжі, яке визначає процеси проліферації та диференціації клітин, формування органів і систем, їх розміри, структуру та функціональні умови, активність ферментних систем, експресію генів, що кодують ферменти, рецепторні білки, визначаючи характер і спрямованість обмінних процесів, харчування у внутрішньоутробний період і перші роки життя визначає смакові уподобання людини протягом усього життя. Вага при народженні є не тільки предиктором перинатального здоров'я, але й психомоторним розвитком, ростом і формуванням органів і систем у зрілому віці. Як низька, так і надмірна вага при народженні пов'язані з підвищеним ризиком акушерських та неонатальних ускладнень, а також метаболічних та серцево-судинних розладів у подальшому житті [15-16]. Надмірний ІМТ та збільшення ваги під час вагітності, особливо перед пологами, тісно пов'язані з акушерськими та материнськими ризиками [17-18]. Високий приріст ваги під час вагітності пов'язаний із збільшенням ваги дитини при народженні та ризиком ожиріння в подальшому житті. Існують також важливі генетичні та екологічні фактори, що впливають на вагу дитини при народженні, включаючи гени, пов'язані з ожирінням матері та дитини [19-21]. Дослідження генетичних асоціацій виявили кілька однонуклеотидних поліморфізмів, які пов'язують генетичні ознаки із підвищеним ризиком ожиріння. Однак вивчення впливу факторів зовнішнього середовища на експресію генів для сприяння озогенному фенотипу все ще недостатнє. Епігенетичні механізми,

такі як метилювання ДНК, були запропоновані як фактори, що спричиняють несприятливі фенотипи [22, 23]. Попередні дані свідчать про те, що ожиріння матері може мати значний вплив на надлишок ваги у новонароджених, змінюючи метилювання ДНК потомства епігенетичним шляхом. Поки невідомо, як на мінливість метилювання ДНК впливають міжособистісні біологічні варіації, етнічний та гендерний склад, а також специфічні характеристики функції органів та системи [24, 25]. Визначення пренатальних та екологічних факторів, які впливають на експресію генів та синтез білків за допомогою метилювання ДНК, є важливим для оцінки ризику ожиріння та його несприятливих наслідків для новонароджених.

Отже, ожиріння та його ускладнення розвиваються в наслідок несприятливого поєднання способу життя, генетичних та психологічних факторів. Генетичні фактори включають однонуклеотидний поліморфізм генів, що кодуєть регуляторні білки, прозапальні цитокіни, які беруть участь у регуляції складу тіла.

У регуляції апетиту беруть участь численні посередники, такі як інсулін, шлунково-кишкові пептиди (пептид Y, холецистокінін, глюкагоноподібний пептид-1), грелін, який стимулює апетит, лептин, який знижує апетит і збільшує витрати енергії. Лептин, гормон, що синтезується в білих адипоцитах, а також в інших органах, контролює споживання їжі та витрати енергії за допомогою центральних та периферичних механізмів. Ген рецептора лептину (*LEPR*) біологічно пов'язаний з ожирінням. Під час вагітності лептин виробляється жировою тканиною матері та плода, а також плацентою, причому рівні лептину в пуповині і сироватці крові позитивно корелюють з вагою при народженні [29, 31]. Є кілька поліморфізмів у гені *LEPR*, які беруть участь у механізмі ожиріння, серед найбільш вивчених однонуклеотидний поліморфізм Q223R [27-31].

Ген *GR* (*NR3C1*) - це ген глюкокортикоїдного рецептора, розташований на короткому плечі 5 хромосоми. Цей ген кодує глюкокортикоїдний рецептор, який може функціонувати як фактор транскрипції в промоторі генів. Цей рецептор зазвичай присутній у цитоплазмі, але транспортується до ядра після зв'язування ліганду. Він бере участь у запальних реакціях, проліферації та диференціюванні клітин у тканинах-мішенях. Мутації цього гена пов'язані з генералізованою стійкістю до глюкокортикоїдів. Альтернативний сплайсинг *GR* призводить до варіантів транскриптів, що кодуєть різні ізоформи [33]. Глюкокортикоїди діють через

глюкокортикоїдний рецептор, що робить його важливим фактором опосередкування ефекту кортизолу. Хоча концентрацію глюकोкортикоїдів можна виміряти в плазмі, їх функціональний вплив на тканини-мішені залишається важко передбачити, тоді як індивідуальна чутливість до їх впливу, ймовірно, досить стабільна. Отже, ми можемо припустити значний вплив поліморфізму гена *GR* на зміни чутливості до глюкокортикоїдів та відповідного перебудови складу тіла та метаболічних змін.

**Мета дослідження.** Проаналізувати наявність клінічних та генетичних детермінант метаболічного синдрому у матерів та їх новонароджених

**Матеріали і методи.** Нами було проведено поперечне дослідження 42 пар матерів та новонароджених, що включало вивчення їх антропометричних, клінічних та лабораторних показників та, зокрема, 2 типів генетичних поліморфізмів (*LEPR*, поліморфізм rs1137101 та *GR*, поліморфізм ВСІІ). Основну групу склали 15 пар мати-дитина, у яких жінка страждала на ожиріння (ІМТ (індекс маси тіла) більше 30), у групу порівняння входило 27 пар мати-дитина, де жінка мала зайву вагу (ІМТ більше 25) .

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакету прикладних програм STATA (США, номер ліцензії №71606281563). Було використано середнє значення (М), стандартне відхилення (SD). Гіпотези про рівність загальних засобів перевірялись за допомогою одностороннього та двостороннього t-критерію Стьюдента. Відносні значення порівнювали за допомогою критерію  $\chi^2$  (хі-квадрат).

**Результати дослідження.** На початку дослідження ми проаналізували зв'язок між окремими факторами, що характеризують соматичний стан жінки та ожиріння. Істотних відмінностей у соматичному статусі (наявність шкідливих звичок, алергічних, спадкових, ендокринологічних, онкологічних, серцево-судинних, шкірних захворювань) серед жінок досліджуваних груп не було. У матерів з надлишковою вагою проблема викидня була значно частішою ( $p = 0,01$ ). Дослідження стану новонароджених показало, що діти від матерів з метаболічним синдромом відрізнялися вищими перцентилями ваги при народженні, порівняно з контрольною групою ( $60,9 \pm 7,7$  та  $49,75 \pm 4,5$ , відповідно,  $p = 0,05$ ). Наступним кроком було визначення частоти окремих варіантів генетичного поліморфізму серед 42 жінок та їх дітей. (Таблиці 1, 2)

Таблиця 1

**Стратифікація матерів та їх новонароджених відповідно до варіантів поліморфізму гену *LEPR*, n (%)**

Варіанти генотипів	Матері з ІМТ $\geq 30$ (n=15)	Матері з ІМТ $< 30$ (n=27)	p	Новонароджені від мам з ІМТ $\geq 30$ (n=15)	Новонароджені від мам з ІМТ $< 30$ (n=27)	p
GG	3 (20,0)	5 (18,5)	0,911	3 (20,0)	6 (22,2)	0,596
AG	7 (46,7)	12 (44,4)	0,572	8 (53,3)	11 (40,7)	0,322
AA	5 (33,3)	10 (37,0)	0,542	4 (26,7)	10 (37,0)	0,467

Таблиця 2

**Стратифікація матерів та їх новонароджених відповідно до варіантів поліморфізму гену *LEPR*, n (%)**

Варіанти генотипів	Матері з ІМТ $\geq 30$ (n=15)	Матері з ІМТ $< 30$ (n=27)	p	Новонароджені від мам з ІМТ $\geq 30$ (n=15)	Новонароджені від мам з ІМТ $< 30$ (n=27)	p
CC	10 (66,7)	10 (37,0)	0,064	8 (53,3)	13 (48,1)	0,500
CG	4 (26,7)	11 (40,7)	0,285	4 (26,7)	12 (44,4)	0,466
GG	1 (6,7)	5 (18,5)	0,287	3 (20,0)	2 (7,4)	0,235

Як видно, розподіл усіх трьох варіантів генотипів гена *LEPR* та *GR* серед матерів із надмірною вагою та ожирінням та їхніх дітей був приблизно однаковим. У нашому дослідженні не було виявлено зв'язку між варіантами поліморфних генів та ожирінням у матерів та розподілом варіантів поліморфізму серед їхніх дітей. Незважаючи на те, що носії новонароджених генотипів *GG* та *GA* *LEPR* мають значно вищий індекс маси тіла, і вплив поліморфізму *LEPR* rs1137101 на ІМТ та масу тіла при народженні залежить від наявності/відсутності домінантного алелю *LEPR* у матерів,.

Коли ми продовжили вивчати фактори ризику можливого впливу поліморфізмів гена *LEPR* та *GR* на вагітність та пологи у жінок досліджуваних груп, ми виявили, що генотип *GG* гена *GR* був пов'язаний з більш частою потребою в госпіталізації ( $p = 0,012$ ), стрімкими пологами ( $p = 0,01$ ), обвиттям пуповини навколо ший плода ( $p = 0,01$ ). Виявлені асоціації можна пояснити спотвореною

чутливістю глюкокортикоїдних рецепторів до дії кортикостероїдів, що є прогностично несприятливим у процесі підготовки гормональної системи жінки до пологів.

В ході дослідження акушерсько-гінекологічного статусу жінок було встановлено, що при генотипі *GG LEPR* ерозія шийки матки зустрічалася достовірно частіше ( $p = 0,003$ ). Відомо, що лептин є прозапальним цитокіном, який регулює дозрівання імунокомпетентних клітин та складних внутрішньоклітинних сигнальних систем, пов'язаних із запаленням, а люди з ожирінням мають вищі концентрації лептину в сироватці крові. Цей факт потребує подальшого вивчення у більшій групі пацієнтів [32].

Серцево-метаболічні порушення у вигляді змін при аускультативній серця (аритмія, функціональний шум), які можна пояснити зниженням адаптаційних можливостей серцево-судинної системи, частіше фіксувалися в гомозиготних носіїв алелю *G* гена *GR* ( $p = 0,003$ ) [33].

Отже, наше дослідження не виявило асоціацій поліморфізму *LEPR* та гена *GR* із ожирінням у матерів та надмірною вагою у їхніх дітей, але виявило несприятливий вплив поліморфних варіантів на акушерські та гінекологічні особливості матері, пологи та адаптація немовлят у ранньому неонатальному періоді. Подальші дослідження необхідні для визначення факторів ризику ожиріння та генетичної складової у розвитку серцево-метаболічних розладів з метою подальшого впровадження персоналізованих методів лікування дітей та розробки більш ефективних реабілітаційних програм.

**Висновки.** З початком 1970-х років у розвинутих країнах світу спостерігаються дуже високі та зростаючі показники рівня надмірної ваги та ожиріння серед дітей, підлітків та дорослих. В останні роки було проведено ряд наукових досліджень, що доводять вплив дитячого ожиріння на ранні та довгострокові наслідки для здоров'я. Ряд досліджень показав, що у дітей із надмірною вагою та ожирінням спостерігаються метаболічні порушення, включаючи високий рівень тригліцеридів, інсуліну, С-пептиду та ІЛ-6, а також низький рівень ЛПВЩ. Поширеність ожиріння пов'язана з важкими соматичними захворюваннями : цукровий діабет 2 типу, гіпертонія, ішемічна хвороба серця, атеросклероз, рак та інші. Однак, чіткі ранні критерії, що є предикторами розвитку метаболічного синдрому у дітей, ще не визначені. Серед факторів, що негативно впливають на обмін речовин, що призводять до його розладів та ожиріння, є генетичні, пренатальні, харчові, соматичні, психогенні та інші.

Ми вирішили звернути свою увагу на генетичні фактори, як найраніше провісники майбутніх порушень обміну речовин. Аналіз поліморфізму генів *LEPR* та *GR* серед матерів та їх новонароджених може бути важливим компонентом у прогнозуванні метаболічних порушень та ожиріння.

Проведене нами дослідження не виявило асоціації поліморфізму генів *LEPR* та *GR* з ожирінням у матерів та надмірною вагою у їхніх дітей, але виявило несприятливий вплив поліморфних варіантів на акушерський та гінекологічний статус матерів, пологову діяльність та адаптацію немовлят у ранньому неонатальному періоді.

#### **Список використаних джерел:**

1. World health statistics 2017: health monitoring for the SDGs, Sustainable Development Goals. P.76
2. United Nations Economic and Social Council. Report of the inter-agency and expert group on sustainable development goal indicators. New York: United Nations; [Internet] 2016. [cited 2018 Dec 23]. Available from:  
<http://ggim.un.org/knowledgebase/KnowledgebaseArticle51479.aspx>
3. Cole T.J. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000. Vol. 320. № 7244. P. 1240-1243.
4. Fastovets M. M. Metabolic syndrome in children (literature review). *Visnyk problem biologii i medytsyny*. 2016. №4 (1). P 57-61.
5. World Health Organization. Childhood Overweight Policy Brief [Internet]. 2014. Available from:  
[https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025\\_policybrief\\_overweight/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overweight/en/)
6. Al-Hamad D, Raman V. Metabolic syndrome in children and adolescents. *Transl Pediatr*. 2017. №6(4). P 397-407. doi:10.21037/tp.2017.10.02
7. Wittcopp C, Conroy R. Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. *Pediatr Rev*. 2016 May. № 37 (5). P.193-202.
8. D'Adamo E, Santoro N, Caprio S Metabolic syndrome in pediatrics: old concepts revised, new concepts discussed. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2013 May-Jun. № 43(5). P. 114-23.
9. Meshkani R, Adeli K. Hepatic insulin resistance, metabolic syndrome and cardiovascular disease. *Clin Biochem*. 2009. № 42. P. 1331-46. 10.1016/j.clinbiochem.2009.05.018
10. Wittcopp C, Conroy R. Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. *Pediatr Rev*. 2016. №37. P. 193-202. 10.1542/pir.2014-0095



11. Natali A, Ferrannini E. Hypertension, insulin resistance, and the metabolic syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2004. №33. P. 417-29. 10.1016/j.ecl.2004.03.007
12. Balletshofer BM, Rittig K, Enderle MD, et al. Endothelial dysfunction is detectable in young normotensive first-degree relatives of subjects with type 2 diabetes in association with insulin resistance. *Circulation.* 2000. №101. P.1780-4. 10.1161/01.CIR.101.15.1780
13. Fraser A, Tilling K, Macdonald-Wallis C. Association of maternal weight gain in pregnancy with offspring obesity and metabolic and vascular traits in childhood. *Circulation* [Internet]. 2010 Jun. №121(23). P. 2557-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3505019/> DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.906081
14. Gaillard R, Steegers EA, Duijts L. Childhood cardiometabolic outcomes of maternal obesity during pregnancy: the Generation R Study. *Hypertension* [Internet]. 2014 Apr. № 63(4). P. 683-91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24379180/> DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.02671
15. Oostvogels AJ, Stronks K, Roseboom TJ, van der Post JA, van Eijsden M, Vrijkotte TG. Maternal prepregnancy BMI, offspring's early postnatal growth, and metabolic profile at age 5-6 years: the ABCD Study. *J Clin Endocrinol Metab.* [Internet]. 2014 Oct. №99(10). P. 3845-54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24955609/> DOI: 10.1210/jc.2014-1561.
16. Belmer S.W. Particular issues of food programming: fetal programming. Questions of children's nutrition. 2016. № 14 (1). P. 26-31.(In Russian)
17. Meas T., Deghmoun S., Alberti C. et al. Independent effects of weight gain and fetal programming on metabolic complications in adults born small for gestational age. *Diabetology.* 2010. № 53. P. 907-13. <https://doi.org/10.1007/s00125-009-1650-y>
18. Leddy M.A., Power M.L., Schulkin J. The impact of maternal obesity on maternal and fetal health. *Rev Obstet Gynecol.* 2008. № 1 (4). P. 170-8.
19. Rooney B, Schauburger C. Excess pregnancy weight gain and long-term obesity: one decade later. *Obstet Gynecol.* 2002.№ 100. P. 245–52.
20. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury A.K., Sofi N.Y., Kumar R., Bhadoria A.S. Childhood obesity: causes and consequences. *J Family Med Prim Care.* 2015. № 4 (2). P. 187. doi: 10.4103 / 2249-4863.154628

21. Lawlor D.A., Lichtenstein P, Fraser A, Långström N. Does maternal weight gain in pregnancy have long-term effects on offspring adiposity? A sibling study in a prospective cohort of 146,894 men from 136,050 families. *Am J Clin Nutr.* 2011 Jul. № 94 (1). P. 142-8.
22. Rampersaud E, Mitchell BD, Pollin TI, Fu M, Shen H, O'Connell J.R., Ducharme J.L., Hines S, Sack P, Naglieri R, Shuldiner A.R., Snitker S. Physical activity and the association of common FTO gene variants with body mass index and obesity. *Arch Intern Med.* 2008 Sep 8. № 168 (16). P. 1791-7.
23. Abdulmalik M.A., Ayoub J.J., Mahmoud A, MINA collaborators, Nasreddine L, Naja F. Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and birth outcomes in Lebanon and Qatar: Results of the MINA cohort. *PLoS ONE.* №14 (7). e0219248. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219248>
24. Cao-Lei, L., Laplante, D.P. & King, S. Prenatal Maternal Stress and Epigenetics: Review of the Human Research. *Curr Mol Bio Rep.* 2016. № 2. P. 16–25 <https://doi.org/10.1007/s40610-016-0030-x>
25. Lima R.P.A., Hayashi D.N., Lima K.Q.D.F., Gomes N.I.G., Ribeiro M.R., et al. The Role of Epigenetics in the Etiology of Obesity: A Review. *J Clin Epigenet.* 2017. № 3. P.41 doi: 10.21767/2472-1158.100075
26. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury A.K., Sofi N.Y., Kumar R., Bhadoria A.S. Childhood obesity: causes and consequences. *J Family Med Prim Care.* 2015. № 4 (2). P. 187-92. doi: 10.4103 / 2249-4863.154628.
27. Похилько В.І., Цвіренко С.М., Соловійова Г.О., Чернявська Ю.І. Вплив забезпечення нутрієнтами в пренатальному і грудному віці на розвиток ожиріння у дітей. *Современная педиатрия.* 2016. № 7 (79). P. 106-11
28. Anderson P.M., Butcher K.E. Childhood obesity: Trends and potential causes. *Future Child.* 2006. №16. P. 19–45.
29. Miller G.D. Appetite Regulation: Hormones, Peptides, and Neurotransmitters and Their Role in Obesity. *Am J Lifestyle Med.* 2017. № 13 (6). P. 586-601. Published 2017 Jun 23. doi: 10.1177 / 1559827617716376
30. Souren N.Y., Paulussen A.D., Steyls A. Common SNPs in LEP and LEPR associated with birth weight and type 2 diabetes-related metabolic risk factors in twins. *Int J Obes (Lond).* 2008. № 32. P. 1233–9.
31. Hauguel-de Mouzon S., Lepercq J., Catalano P. The known and unknown of leptin in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2006. № 194. P. 1537–45.
32. Schreiner C, Schreiner F, Härtel C, Heckmann M, Heep A, Bartmann P, Woelfle J, Müller A, Herting E, Göpel W: Glucocorticoid Receptor

Gene Variants and Neonatal Outcome in Very-Low-Birth-Weight Preterm Infants. *Neonatology*. 2017. №111. P.22-29. doi: 10.1159/000446908

33. Bertalan R., Patocs A., Vasarhelyi B. Association between birth weight in preterm neonates and the BclII polymorphism of the glucocorticoid receptor gene," *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. 2008. Vol. 111. №. 1-2. P. 91–94.

## **THE ANALYSIS OF RELATIONSHIP BETWEEN TYPE 1 DIABETES MELLITUS AND OCCURRENCE OF GINGIVITIS AND PERIODONTITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

**Sheshukova O.V., Kuz I.O., Maksymenko A.I.**

*Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine*

The work is carried out at the Department of Pediatric Dentistry and is a fragment of the complex initiative theme of the Department of Pediatrics No. 2 "Study of the pathologic mechanisms of the implementation of the most common childhood diseases, optimization of diagnosis and treatment" 2017-2021. (State registration number 0117U004683).

Type 1 diabetes mellitus is an autoimmune disease in genetically predisposed individuals. It leads to the destruction of pancreatic  $\beta$ -cells and subsequent development of absolute insulin deficiency [5].

The World Health Organization (WHO) and the United Nations (UN) have identified diabetes mellitus (DM) as the most dangerous challenge to the entire world community in the 21st century. According to the UN and WHO, every 7 seconds 1 patient dies from diabetes mellitus; every 10 seconds 12 people get sick; about 4,600,000 patients die annually. Also annually more than 1 million diabetic patients have lower limb amputations, more than 600 thousand patients lose sight completely, about 500 thousand people with diabetes mellitus start receiving renal replacement therapy due to chronic renal failure every year [21].

The number of patients with diabetes in the world for the past 10 years has increased more than in 2 times according to recent literature data. And to the end of 2015 this number reached 415 million people. According to the forecasts of the International Diabetes Federation 642 million people will suffer from diabetes mellitus in 2040. [11]

We should notice one historical fact. There was a meeting of representatives of WHO, the International Diabetes Federation, leading specialists in the field of diabetes from European countries, members of the governments of these countries, representatives of public organizations

and associations of people with diabetes in October 1989 in Saint Vincent, Italy. As a result, The Saint Vincent Declaration was adopted. It approved the plan for confrontation the spreading of diabetes epidemic. Its aim was to fight with diabetes, to make all countries of the world to take measures to prevent this disease [15].

The most dangerous consequences of the global epidemic of diabetes are its systemic vascular complications, namely, nephropathy, retinopathy, damage to the vessels of the heart, brain, peripheral vessels of the lower extremities. These complications are the main cause of disability and mortality in patients with diabetes mellitus [1, 11].

Diabetes mellitus is characterized by a significant incidence, life long course, early disablement and high level of mortality. Diabetes mellitus takes third place at the level of morbidity and mortality of the population in developed countries [7].

Scientists suggest that 10% among all the patients with diabetes mellitus are children. Accordingly, one of 500 children and one of 200 teenagers has diabetes mellitus [3].

Type 1 diabetes mellitus mostly occurs in children and adolescents [1]. Pathological basis of type 1 diabetes mellitus is an autoimmune destruction of the  $\beta$ -cells of pancreatic islets. It leads to complete loss of insulin secretion, which leads to hyperglycemia. Various types of molecular markers of  $\beta$ -cells autoimmune destruction can be detected in 85-90% of patients with hyperglycemia. Complications of diabetes include retinopathy with potential loss of vision, kidney disease, that leads to kidney failure, peripheral neuropathy with risk of occurrence of ulceration and amputation of the lower extremities and cardiovascular disease. Atherosclerosis, cardiovascular diseases, cerebrovascular disorders are often found in patients with diabetes [16].

Dental manifestations of diabetes are noted in majority of patients, and some dentists say that there is destruction of organs and tissues of the oral cavity in 100% of cases [4].

The most important causative factor of periodontitis is dental plaque. It stimulates immune reactions in the mucous membrane. Periodontitis are accompanied by changes in the system of nonspecific and specific immunity of the oral cavity. Literature data about changes of immunity indicators in the oral cavity of somatically healthy children and children with concomitant somatic pathology and chronic catarrhal gingivitis are quite controversial [6, 10, 13, 14, 20].

Some authors insist that the most often encountered pathology of periodontium in children is chronic catarrhal gingivitis. Its prevalence is

close to 90% according to the data of various authors. And untimely late treatment leads to the occurrence of the generalized periodontitis [3, 17, 18].

Type 1 diabetes mellitus in children is a major risk factor in the occurrence of periodontitis. Hypoglycemia leads to disturbed metabolism in tissues of the periodontium, which leads to the progression of the inflammatory and degenerative processes in the oral cavity in its turn. Pathologically important common features for endocrine diseases and periodontal pathologies are angiopathy, namely, at the level of vascular microcirculatory bed; metabolic disorders, changes in peroxide oxidation of lipids; autoaggression and the occurrence of secondary immunodeficiency [13, 20, 22].

There is a violation of regional hemodynamics in patients with diabetes mellitus. Vascular disorders in patients with diabetes mellitus develop not only due to spastic changes in blood vessels and capillaries, but also due to changes in the properties of the blood itself (an increase of erythrocytes' diameter, the accumulation of glycated hemoglobin) [23]. The wall of the blood vessel is thickened because of the above processes. It leads to slowing down cell nutrient substances absorption and, accordingly, decrease the resistance of tissues against the action of microorganisms.

The occurrence of inflammations in periodontium increases, if the person has diabetes mellitus. Besides that, DM complicates the course of periodontitis and gingivitis because of disturbances of the microcirculation in periodontium; insufficiency of phagocytic functions and immune defense of the oral cavity tissues; decrease in resistance to pathogenic microflora of the oral cavity; accumulation of toxic products that are released as a result of the movement of all types of metabolism [6, 12].

Changes in the oral cavity in children with diabetes mellitus depends on the course and duration of the disease. Some scientists argue that caries manifests more in children with diabetes than in healthy children, while the complications of DM contribute to the development of caries. The overwhelming majority of scientists agree that the regenerative abilities of the oral mucosa in people with diabetes are reduced, and periodontitis is a complication of diabetes mellitus. There exists a necessity to appropriate some measures such as early diagnosis, prevention and treatment [4, 10, 17].

Vascular changes in periodontal tissues in children with diabetes are observed earlier than in other organs. Examination of children with diabetes mellitus reveals changes in periodontium in 50% of cases, and

these lesions are more often localized in the zone of the mandibular molars. The signs of problems in periodontium in children with diabetes are: bleeding of the gingival papillae, bright red color of the gingival margin, swelling of granulations from pathological gingival pockets. Children also have angular cheilitis, geographic tongue, oral candidiasis, chronic catarrhal gingivitis and stomatitis [3, 10, 16].

There is a lot of data that suggests a correlation between periodontitis and type 1 diabetes mellitus in children and adults. The effect of the level of glycemic control on the state of periodontium is still understood not completely. In addition, the quantitative status of immunological markers in saliva at these two diseases is not studied well enough [2, 9, 11].

Diabetes mellitus, gingivitis, periodontitis are widespread chronic diseases. Their pathologic mechanisms are considered to be interconnected.

According to Tronko N.D., 2018, and co-authors, a violation of the regulation of signaling mechanisms leads to a number of serious diseases the basis of which is NF- $\kappa$ B. These diseases are chronic inflammation, metabolic disorders, oncological and autoimmune diseases, as well as diabetes of both types. Their data show nuclear factor NF- $\kappa$ B takes part in inflammatory processes in the pancreas and lead to apoptosis of  $\beta$ -cells and their dysfunction [22].

Popovich I.Yu. and co-authors, 2017, are claiming that the periodontium can be damaged not only the pathogenic microflora and excessive reaction of the immune system to infection of autoimmune type, but also without any infection, as a result of immune and metabolic violations, that occur during the development of systemic inflammation. On their opinion the nuclear factor kappa B (NF- $\kappa$ B), is an inducer of inflammation, and it also plays a leading role in the pathogenesis of systemic inflammation. It is worth to emphasize the urgent need to search for and study of medicinal agents that inhibit the activity of NF- $\kappa$ B [18].

These mechanisms can be explained by such factors: microvascular disorders, changes in the composition of the gum and oral fluids, changes in the metabolism of collagen, changes in the immune response of the organism, the increased presence of pathological microorganisms, genetic predisposition [15]. As a rule, there should be biologically plausible mechanisms to confirm the relationship between DM and gingivitis. These mechanisms are very similar to classic diabetic complications such as retinopathy, nephropathy, microvascular and macrovascular diseases, and impaired wound healing [19].

In this way, the comprehensive study of the above-mentioned relationship is necessary and the development of therapeutic interventions in patients with gingivitis and periodontitis is relevant [7].

Many studies show that there are a high frequency and severity of gingivitis and periodontitis in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus in comparison with healthy children [6, 8]. According to scientists the severity and the frequency of periodontitis is statistically more pronounced in patients with type 1 diabetes mellitus than in non-diabetic individuals of this age [16].

Scientists insist that diabetic children with poor metabolic control suffer from gum bleeding more often, than children with good or satisfactory level of metabolic control [2, 12].

Scientists have established the fact, that pathologic morphological characteristics of the capillaries in gums and lips are more pronounced in patients with type 1 DM, than in healthy people [8].

Long-lasting hyperglycemia leads to a thinning of the basal membrane of the vessel walls. Above-mentioned process leads to a deterioration in the supply of blood to tissues and migration of leukocytes. Morphological and functional diabetic microvascular changes in periodontium of patients with type 1 diabetes mellitus is extremely important [6, 9].

The influence of periodontal infection on the level of glycemic control can be explained in several ways. Systemic inflammation occurs as a result of systemic infections. It increases insulin resistance and affects the dynamics of glucose in the body. There is evidence of the fact that periodontitis can stimulate or lead to a permanent increase in systemic chronic inflammatory state, though, it is a local disease [17].

The destruction of periodontal tissue in young patients with type 1 diabetes mellitus begins early in child age and depends on duration of major disease. Loss of epithelial gingival attachment is diagnosed in young people and those, who have been suffering from diabetes and type for more than 10 years [15].

The manifestations of type 1 diabetes mellitus in the oral cavity of children are studied by Ukrainian and foreign scientists, but many aspects are still insufficiently known [9, 10, 11].

So, there is no doubt about existence of correlation between diabetes mellitus and periodontitis. There is a great need for studying existing scientific data and modern clinical cases regarding to the biochemical and immunological processes in saliva and other biological liquids to find out

relationships between type 1 diabetes mellitus, on one hand, and gingivitis / periodontitis on the other hand [13].

**Conclusion.** Type 1 diabetes mellitus is an important etiological and pathological factor in the development of gingivitis and periodontitis. This fact is confirmed by the statistically significant increase in their incidence (gingivitis and periodontitis) and pro-inflammatory state in the whole body [20]. Hyperglycemia is able to destroy periodontium in several ways, namely, due to violation of the mechanism of immune responses, non-enzymatic glycosylation and increase the level of oxidative stress. The clinical, microbiological, biochemical and immunological situation in the development of caries and periodontitis in patients with diabetes mellitus is poorly understood at the present time. The establishment of etiologic factors and pathological mechanisms of caries and periodontitis in patients with diabetes mellitus is sufficiently important and urgent. So does the aim of creating new methods for its prevention and its treatment [14].

The understanding of significant prevalence of periodontitis among children with diabetes mellitus and its serious consequences are momentous for pediatricians and endocrinologists. Above-mentioned medical specialists should play an important role in encouraging patients to visit their dentists regularly with the aim of monitoring such etiological factors as the occurrence of dental plaque. Dentists should keep in mind that the deterioration of glucose metabolism can provoke the deterioration of gingivitis and periodontitis.

Modern literature insists on the need to conduct the following tests: glucose blood, glycated hemoglobin [23]. It is also recommended to carry out the analysis of an oral fluid as a non-invasive and relatively certain method of identifying information about the above-mentioned diseases. That is why the cooperation of pediatric endocrinologists and dentists is very necessary to maintain and improve health in general in children and adolescents.

### **References**

1. AlMutairi F.J., Pani S.C., Alrobaie F.M., Ingle N.A. Relationship between type-I diabetes mellitus and oral health status and oral health-related quality of life among children of Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care*. 2020. № 9(2). P. 647-651.
2. Aral C.A., Nalbantoğlu Ö., Nur B.G., Altunsoy M., Aral K. Metabolic control and periodontal treatment decreases elevated oxidative stress in the early phases of type 1 diabetes onset. *Arch Oral Biol*. 2017. № 82. P. 115-120.



3. Babatzia A., Papaioannou W., Stavropoulou A., Pandis N., Kanaka-Gantenbein C., Papagiannoulis L., Gizani S. Clinical and microbial oral health status in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Int Dent J.* 2020. №70(2). P. 136-144.

4. Babu K.G, Subramaniam P., Kaje K. Assessment of dental caries and gingival status among a group of type 1 diabetes mellitus and healthy children of South India - a comparative study. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2018. № 31(12). P. 1305-1310.

5. Bimstein E., Zangen D., Abedrahim W., Katz J. Type 1 Diabetes Mellitus (Juvenile Diabetes) - A Review for the Pediatric Oral Health Provider. *J Clin Pediatr Dent.* 2019. № 43(6). P. 417-423.

6. Duque C., João M.F., Camargo G.A., Teixeira G.S., Machado T.S., Azevedo R.S., Mariano F.S., Colombo N.H., Vizoto N.L., Mattos-Graner R.O. Microbiological, lipid and immunological profiles in children with gingivitis and type 1 diabetes mellitus. *J Appl Oral Sci.* 2017. № 25(2). P. 217-226.

7. Elheeny A.H. Determinants of oral-health related quality of life and overall quality of life among early adolescents with type-1 diabetes. *Community Dent Health.* 2020. № 37(3). P. 199-204.

8. Elheeny A.H. Oral health status and impact on the oral health-related quality of life of Egyptian children and early adolescents with type-1 diabetes: a case-control study. *Clin Oral Investig.* 2020. № 24(11). P. 4033-4042.

9. Geetha S., Pramila M., Jain K., Suresh C.M. Oral health status and knowledge among 10-15years old type 1 diabetes mellitus children and adolescents in Bengaluru. *Indian J Dent Res.* 2019. № 30(1). P. 80-86.

10. Godovanets O.I., Kotelban A.V., Moroz P.V., Vitkovskiy O.O., Kitsak T.S., Navolskiy N.M. Clinical and immunologic assessment of a complex of therapeutic-preventive measures concerning chronic catarrhal gingivitis in children with comorbid diabetes mellitus. *Wiad Lek.* 2020. № 73(2). P. 298-301.

11. Ismail A.F., McGrath C.P., Yiu C.Y. Oral health status of children with type 1 diabetes: a comparative study. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2017. № 30(11). P. 1155-1159.

12. Jensen E.D., Selway C.A., Allen G., Bednarz J., Weyrich L.S., Gue S., Peña A.S., Couper J. Early markers of periodontal disease and altered oral microbiota are associated with glycemic control in children with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes.* 2021. № 22(3). P. 474-481.

13. Keles S., Anik A., Cevik O., Abas B.I., Anik A. Gingival crevicular fluid levels of interleukin-18 and tumor necrosis factor-alpha in

type 1 diabetic children with gingivitis. *Clin Oral Investig.* 2020. № 24(10). P. 3623-3631.

14. Kotelban A., Moroz P., Hrynkevych L., Romaniuk D., Muryniuk T. Microbiological and immunological assessment of a complex of therapeutic-preventive measures for chronic catarrhal gingivitis in children with diabetes mellitus. *Georgian Med News.* 2019. № 294. P. 72-76.

15. Lifshitz F., Casavalle P.L., Bordoni N., Rodriguez P.N., Friedman S.M. Oral Health in Children with Obesity or Diabetes Mellitus. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2016. № 14(2). P. 159-167.

16. Maksymenko A.I., Kuz I.O., Sheshukova O.V. Dental status analysis in children with insulin-dependent diabetes mellitus. *New trends and unresolved issues of preventive and clinical medicine: materials of International scientific and practical conference (Lublin, September 25-26, 2020).* Lublin, 2020. P. 137-140.

17. Pachoński M., Jarosz-Chobot P., Koczor-Rozmus A., Łanowy P., Mocny-Pachońska K. Dental caries and periodontal status in children with type 1 diabetes mellitus. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab.* 2020. № 26(1). P. 39-44.

18. Popovich I.Yu., Rasin M.S., Petrushanko T.A. Systemic inflammation of low intensity as a cause and consequence of inflammatory-dystrophic periodontal diseases. *Visnik problem biologii i meditsini.* 2017. № 4(1). P. 65-69.

19. Rafatjou R., Razavi Z., Tayebi S., Khalili M., Farhadian M. Dental Health Status and Hygiene in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. *J Res Health Sci.* 2016. № 16(3). P. 122-126.

20. Sridharan S., Sravani P., Satyanarayan A., Kiran K., Shetty V. Salivary Alkaline Phosphatase as a Noninvasive Marker for Periodontal Disease in Children with Uncontrolled Type 1 Diabetes Mellitus. *J Clin Pediatr Dent.* 2017. № 41(1). P. 70-74.

21. Stephens M.B., Wiedemer J.P., Kushner G.M. Dental Problems in Primary Care. *Am Fam Physician.* 2018. № 98(11). P. 654-660.

22. Tron'ko N.D., Sokolova L.K., Pushkarev V.V., Kovzun Ye.I., Pushkarev V.M. Molecular mechanisms of the pathogenesis of diabetes mellitus and its complications. *K.: Izdatel'skiy dom Medkniga.* 2018. P. 260.

23. Vidya K., Shetty P., Anandakrishna L. Oral health and glycosylated hemoglobin among type 1 diabetes children in South India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2018. № 36(1). P. 38-42.

## **РОЗДІЛ V. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ.**

### **СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ**

**Краєвський Г. М.**

*Комунальне некомерційне підприємство “Машівська лікарня”  
Машівської селищної ради Полтавської області, Машівка, Україна*

Вітчизняна система охорони здоров'я нині перебуває в пошуку шляхів виходу з кризової ситуації та побудови нової моделі, наближеної до європейських стандартів. І цей процес обов'язково потребує зміни парадигми базової середньої та вищої медичної освіти.

Саме тому, в умовах стрімкого розвитку інноваційних технологій та доказової медицини, впровадження в практику роботи закладів охорони здоров'я нових методів лікування і діагностики захворювань, новітніх інформаційних і сучасних телемедичних технологій, що дають змогу працювати в єдиному професійному світовому чи європейському просторі, на часі гостро стоять питання реформування системи медичної освіти.

Підвищення якості професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до світових і загальноєвропейських стандартів з метою посилення конкурентоспроможності вітчизняної вищої медичної освіти, оптимізації умов для міжнародної мобільності студентів-медиків і розширення можливостей українських медичних фахівців на вітчизняному та міжнародному ринках праці зумовлені і проголошенням Україною курсу на євроінтеграцію.

Медична освіта забезпечується мережею медичних, фармацевтичних і стоматологічних коледжів, інститутів, академій та університетів, у яких здійснюється середньо-спеціальна та вища фахова підготовка, перекваліфікація та вдосконалення майстерності, а також післядипломна освіта медичних кадрів різного рівня.

Україна має доволі розвинуту мережу вищих медичних навчальних закладів різного рівня акредитації, яка готує спеціалістів для потреб вітчизняної охорони здоров'я, а також фахівців для інших країн світу.

У підпорядкуванні МОЗ України як головного державного замовника на підготовку медичних і фармацевтичних кадрів є 17 державних вищих навчальних закладів IV рівня акредитації (без АР

Крим, у тому числі: 12 – медичних університетів та академій; 1 – фармацевтичний університет; 1 – стоматологічна академія; 3 – академії післядипломної освіти), у яких здобувають освіту понад 65,7 тис. студентів, з них 24,3 тис. – за державним замовленням, 41,4 тис. – за контрактною формою навчання.

У 100 медичних (фармацевтичних) навчальних закладах I–III рівнів акредитації (без АР Крим, окупованих територій Донецької та Луганської областей) здійснюється підготовка молодших спеціалістів (молодших бакалаврів) з медичною та фармацевтичною освітою, бакалаврів з медсестринства, фармації, лабораторної діагностики та магістрів з медсестринства (з них 23 – медичних училища, 72 – медичні (фармацевтичних) коледжа, 2 філії; 3 – інститути медсестринства). У них навчається понад 70,4 тис. студентів. Щорічно заклади випускають до 20 тис. спеціалістів.

Підготовка медичних кадрів здійснюється також в 11 навчальних закладах недержавної форми власності (4 заклади III–IV рівнів акредитації та 7 закладів I–II рівнів акредитації).

Збройні сили України на сьогодні мають власну систему медичної освіти, яка розподіляється за рівнями, з відповідними обсягами та завданнями.

Щорічно вищі медичні (фармацевтичні) навчальні заклади випускають понад 8 тис. студентів: у 2014 р. – 9,1 тис. спеціалістів, 2015 р. – 10,2 тис. Наприклад, у Сполучених Штатах Америки, з населенням близько 319 млн, загальна кількість випускників усіх медичних шкіл коливається від 17 до 19 тис. осіб (2015 р. – 18,7 тис., 2016 р. – 18,9 тис. осіб).

Держава у свою чергу щороку на підготовку фахівців витрачає сотні мільйонів бюджетних коштів: у 2015 р. – 556,8 млн грн, а 2016 р. – 649,8 млн грн. У МОЗ наголошують, що вартість року навчання студента-медика в Україні коливається від 13 до 27 тис. грн – залежно від спеціальності та навчального закладу. Разом з тим міжнародні розрахунки є кардинально іншими. Так, у Великій Британії навчання коштує 50 тис. фунтів, а в США вартість підготовки студента-медика може сягати 90 тис. дол. на рік.

На фоні цього українські видатки на одного студента виглядають заниженими та апріорі означають неможливість якісно готувати майбутніх лікарів.

Так, у МОЗ повідомили, що низький рівень підготовки студентів підтверджують і результати складання ліцензійних іспитів «Крок». При прохідному балі у 60,5 % (Крок 2) та 70,5 % (Крок 3) щорічно

близько 10 % студентів-медиків не можуть подолати прохідний бар'єр.

Упродовж усього періоду існування незалежної України в освітньому секторі накопичувалися численні проблеми системного характеру, що призвели до зниження рівня знань і вмінь майбутніх спеціалістів та негативно позначилися на якості освітніх послуг, а отже, і на міжнародному іміджі та конкурентоспроможності української системи вищої медичної освіти.

Уже сьогодні вчорашні студенти не можуть підтвердити диплом про вищу освіту в Ірані, Іраку, Сирії, Саудівській Аравії, Йорданії, Кувейті. Зниження рівня освіти сприяє тому, що до України дедалі менше їдуть на навчання. Більше того, дедалі більше українських абітурієнтів обирають навчання за кордоном.

Отже, без впровадження рішучих змін у системі медичної освіти Україна ризикує перетворитись на країну, університети якої випускають неконкурентоспроможних спеціалістів.

Реформа медичної освіти мала стати одним із 25 кроків на шляху побудови в Україні системи охорони здоров'я європейської якості, про що йшлося в Постанові Верховної Ради про рекомендації парламентських слухань щодо реформи охорони здоров'я від 21 квітня 2016 р.

Насамперед пропонується встановити жорсткі критерії вступу абітурієнтів до медичних ВНЗ, зокрема, підвищити прохідний бал ЗНО з 150 балів), визначити квоти на набір студентів-контрактників (не має бути профільних предметів (мінімальний поріг для вступу у вищі медичні навчальні заклади на рівні більшим за обсяг державного замовлення), встановити контроль над зарахуванням студентів-іноземців, а також встановити обґрунтовану кількість місць державного замовлення.

Потребує перегляду структура та зміст вищої медичної освіти, удосконалення навчальних планів, створення наскрізної програми підготовки студентів медичних факультетів та лікарів-інтернів, впровадження в освітньо-інтегративний процес сучасних міжнародних медичних та освітніх стандартів, підвищення інтелектуального, науково-освітнього, професійно-орієнтованого рівня майбутніх лікарів та, особливо, викладачів, забезпечення їх сучасними інноваційними та інформативними медичними технологіями.

Оволодіння іноземними мовами дає можливість дистанційного навчання, брати віртуальну участь у конференціях із залученням

провідних вітчизняних та європейських спеціалістів, а також сприяє мобільності у навчанні.

Під час прийому на роботу до ВНЗ кожного викладача має бути перевірено на предмет академічної доброчесності. Також пропонується відмовитися від загальноакадемічних кафедр у медичних університетах, натомість передати ці повноваження викладачам відповідних ВНЗ.

На етапі випуску студентів у МОЗ вважають за необхідне підвищити якість екзаменаційних завдань, зокрема, використовувати екзаменаційний тест із клінічних дисциплін IFOM (International Foundations of Medicine – «Міжнародні основи медицини») та запитань іспиту USMLE – United States Medical Licensing Examination – «Екзамен з Отримання Медичної Ліцензії Сполучених Штатів Америки»), впровадження практичного оцінювання студентів-медиків – OSCE (Objective Structured Clinical Examination). Іспит, який складає український випускник, не повинен відрізнятися від іспиту випускника Йельського університету. Не існує національної науки, не існує національної таблиці множення. Наука «медицина» – одна і в Америці, і в Європі, і в Україні. Відповідно знання і результати тих знань так само мають бути однакові.

Одним з важливих кроків на шляху подальшого розвитку системи тестування майбутніх медиків та якісних змін у медичній освіті в Україні в цілому стало підписання листа про співпрацю МОЗ та Центр тестування при МОЗ з Національною радою медичних екзаменаторів США (NBME) (21 березня 2017 р.).

Протягом 20 років Центр тестування при МОЗ співпрацює з Національною радою медичних екзаменаторів США. Сучасні методи стандартизованого оцінювання майбутніх медиків, розроблені NBME, лягли в основу системи ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок», який є незалежним об'єктивним оцінюванням професійної компетентності майбутніх медиків в Україні. Він передбачає один, два або три окремі тестові іспити залежно від освітньо-кваліфікаційного рівня – «Крок 1» (3 курс), «Крок 2» (6 курс), «Крок 3» (інтерни), «Крок М» (молодші спеціалісти) та «Крок Б» (бакалаври).

Також фахівці та експерти вважають, що для комплексного вирішення питань покращення кваліфікації спеціаліста потрібні зміни й у післядипломній освіті.

В Україні основним видом освіти після отримання диплому є інтернатура. Інтерн знаходиться у вузі лише 1/3 часу, 2/3 часу вуз не

має до нього жодного відношення. Резидентура – це форма навчання, яка проводиться після інтернатури для здобуття устоїв спеціальності, проводиться виключно у вузі, а не у закладах охорони здоров'я. В Україні резидентура передбачена, але не реалізована.

Тому, реформування системи післядипломної освіти лікарів має враховувати необхідність скорочення кількості спеціальностей в інтернатурі за рахунок переведення вузьких та високотехнологічних спеціальностей у лікарську резидентуру; розробки моделі підготовки фахівців в інтернатурі, лікарській резидентурі та спеціалізації, а також переліків спеціальностей; затвердження нових положень про інтернатуру та лікарську резидентуру; забезпечення поетапного скасування лікарських (провізорських) кваліфікаційних категорій відповідно до закінчення терміну їхньої дії; запровадження нової системи підтвердження фахової кваліфікації тощо.

Крім того, потребує вирішення питання щодо тривалості інтернатури або резидентури. Відповідно до законодавства ЄС, залежно від спеціальності навчання триває 3–5 років.

У світі існують різні варіанти післядипломної освіти: одноетапна (безперервне навчання в інтернатурі або резидентурі), двоетапна (базова спеціальність +поглиблене навчання), трьохетапна (інтернатура з загальної практики +резидентура I рівня + резидентура II рівня).

На думку фахівців, перший варіант є неприйнятним для України, оскільки протягом 3–5 років країна не отримує фахівців та немає проміжного етапу, коли можна перервати навчання та попрацювати лікарем за фахом. Більш вигідними є дво- та трьохетапні моделі.

Відмовитися від архаїчних підходів до оцінки професійної придатності лікаря – атестації, забезпечити поетапне скасування лікарських, провізорських, кваліфікаційних категорій та запровадити нову систему підтвердження фахової кваліфікації із залученням професійних медичних асоціацій – наші першоетапні завдання.

Сучасні програми підготовки майбутніх медиків повинні ґрунтуватися на вимогах європейських протоколів і стандартів лікування хвороб. У процес до- і післядипломної підготовки потрібно запроваджувати використання сучасних телемедичних технологій, щоб спеціалісти мали змогу навчатися і працювати в єдиному професійному європейському просторі.

Основні проблеми на сьогодні у фармацевтичній освіті окреслює ректор Національного фармацевтичного університету (НФаУ)

Котвіцька Алла Анатоліївна. Зокрема, це відсутність державних стандартів вищої фармацевтичної освіти. Крім того, потребує вирішення питання, як правильно називати фахівця з вищою фармацевтичною освітою. В Україні, Росії, Фінляндії – це провізор, у Німеччині – аптекар, але в усіх інших країнах – фармацевт. Галузь також потребує змін з урахуванням європейських стандартів та кращих національних традицій.

Нагальною є потреба відновити для фармацевтичної галузі «власну» галузь знань «Фармація» та чотири спеціальності «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія косметичних засобів», «Технологія фармацевтичних препаратів».

Також є необхідність відновлення для потреб галузі охорони здоров'я підготовки фахівців за спеціальностями «Педіатрія», «Медична психологія», а також запровадження нових програм з підготовки фахівців за спеціальностями «Громадське здоров'я» та «Фізична терапія, ерготерапія». Ці спеціальності в лютому 2017 р. вже увійшли до Переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266.

Крім змін у дипломній та післядипломній освіті, урядовцям, парламентарям, освітянам і медикам потрібно визначитися з тим, як навчати кваліфікованих менеджерів та юристів для роботи в системі охорони здоров'я, впорядкувати відносини між навчальними закладами та закладами охорони здоров'я та зробити все, щоб лікарі сьогодні могли думати про пацієнтів, а не про заробітну плату та виїзд за кордон.

Потребує належного нормативно-правового забезпечення система підготовки молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою для потреб галузі охорони здоров'я з метою збереження мережі та статусу медичних училищ та коледжів.

В умовах виникнення воєнної загрози, проведення антитерористичної операції і бойових дій набуло особливої актуальності питання підготовки медичних кадрів для потреб оборони, спроможних надавати вчасну кваліфіковану медичну допомогу в умовах бойових дій з метою мінімізації людських втрат, захисту й збереження життя і здоров'я як військових, так і цивільних громадян.

Якщо Україна рухається в бік євроінтеграції й має шанс колись стати частиною європейської спільноти, актуальними стають питання



вивчення позитивного зарубіжного досвіду розвитку медичної освіти, як складової професійної вищої освіти. Для цього слід з'ясувати, які системні відмінності наразі існують між українською медичною освітою та медичною освітою країн-лідерів галузі, та що корисного ми можемо запозичити для підготовки медичних фахівців.

Так, якщо в Україні повний термін навчання для лікаря становить 6–9 років, 5–6 із яких він здобуває освіту у вищому навчальному закладі та 1–3 витрачає на проходження інтернатури та магістратури (також передбачена лікарська резидентура, яка поки не реалізується), то, наприклад, у США здобути фах лікаря менше, ніж за 11 років не вдасться. Загалом термін навчання там становить від 11 до 14 років. 3–4 роки майбутній лікар вчиться в медичному коледжі, 4 роки – у медичній школі. Наступні 3–5 років ідуть на проходження лікарської резидентури (рік інтернатури й 2–4 роки факультативного навчання). 12 років становить термін здобуття професії лікаря в Ізраїлі, 11–12 – у Німеччині, 8–11 – у Франції.

Післядипломна освіта також проводиться по-різному. Одноетапна підготовка неоднозначна, бо протягом п'яти років країна не має фахівців. Вигіднішими для країни є більш гнучкі 2–3-х етапні системи. Наприклад, в Ізраїлі після шести років навчання, після отримання диплому, обирається одна спеціальність, яку треба опанувати ще шість років. Є приклад Молдови, коли після шести років навчання випускник обирає одну з 43 спеціальностей і продовжує навчання від 3 до 6 років.

Наприклад, у Великобританії – двоетапна модель: два роки після завершення навчання, перший рік – базові дисципліни, завершується тим, що фахівець складає екзамен з загальної медицини та може працювати у загальній медицині. Майже скрізь у Британії ці фахівці можуть працювати помічниками лікаря. Для того, щоб отримати статус спеціаліста майже скрізь потрібно вчитися ще до шести років.

У Польщі також двоетапна модель, вона відрізняється від британської тим, що там повне навчання, а потім 13 місяців стажування після отримання диплому. Після стажування це може бути лікар, але на самих нижчих кар'єрних шаблонках. Для того, щоб стати лікарем потрібно піти на другий етап, вибрати одну із 77 спеціальностей та провчитися від 2 до 6 років.

Одною з найкращих у світі моделей трьохетапної освіти є французька. Після завершення навчання у Франції три роки відведено на підготовку з загальної медицини. Це щось схоже на українського лікаря загальної практики. Він може полишити навчання і працювати

лікарем загальної практики. Але матеріальні стимули сприяють йти вчитися далі. Є резидентура 1 рівня до 2-х років – 36 спеціальностей, є резидентура 3 рівня з найбільш вузьких спеціальностей.

Американські стандарти надання медичних послуг – одні з найвищих у світі, тому для задоволення потреби в таких стандартах рівень підготовки медичних працівників також має відповідати найвищим критеріям.

Оскільки медична галузь у США високоспеціалізована, ресурсоемна і дорога, навчання лікарів відповідне. Тому весь процес навчання від середньої школи до роботи практичним лікарем триває від 11 до 15 років.

Слід зазначити, що в Америці медична освіта складається з двох частин. Першу – дипломну освіту – здобувають у медичному університеті, після випуску здобувачі отримують диплом лікаря, проте не мають спеціалізації і права практикувати медицину самостійно. Таке право вони отримують після закінчення другої частини медичної освіти – післядипломної освіти. Це практична робота в лікарнях під керівництвом старших лікарів, під час якої молоді лікарі здобувають ту чи іншу лікарську спеціальність.

На відміну від України навчання в медичному університеті триває чотири роки. Проте вступу до медичного ВНЗ передують навчання в коледжі, де студент в обов'язковому порядку має пройти курс предметів медико-біологічного профілю (наприклад, біологія, органічна хімія) – так званий Premed – і отримати ступінь бакалавра. Таким чином, американський абітурієнт стає студентом медичного університету не одразу після школи, віком від 16 до 18 років, а в середньому, коли йому виповниться 22–25 років, тобто у більш свідомому віці.

Навчання в медичному ВНЗ платне й одне з найдорожчих порівняно з іншими спеціальностями. Той факт, що студент буде платити за своє навчання, не робить вступ до ВНЗ легким завданням. Критерії відбору доволі жорсткі і залежать від балів, набраних на MCAT (Medical College Admission Test) – спеціалізованому іспиті для студентів коледжу, які мають намір вступати в медичний ВНЗ, і інших чинників. Знову ж таки, факт оплати не гарантує повної безпеки від відрахування з університету, а в разі такого випадку студент просто втрачає велику суму грошей, яку вже витратив на навчання. Тому вчать там усі, до всього між студентами існує неабияка конкуренція за оцінки й отримані знання, адже від них

залежить подальша доля, передусім місце подальшого працевлаштування й обрана спеціальність.

Чотири роки навчання в американському медичному університеті зазвичай ділять на два роки навчання на базах університету, де студенти вивчають основні медичні дисципліни, такі як анатомія, фізіологія, біохімія, патологія та ін., та два роки циклів (ротацій і елективних курсів) із клінічних дисциплін, таких як внутрішні хвороби, хірургія, акушерство і гінекологія, педіатрія, психіатрія, невідкладна допомога, на базі університетських лікарень. Тобто, на відміну від своїх українських колег, американські студенти постійно перебувають у лікарні й отримують практичні знання і вміння виконувати найрізноманітніші маніпуляції та лікувально-діагностичні процедури. Такий навчальний процес стимулює краще засвоєння вивченого матеріалу і мотивує студентів на отримання якісних і глибоких знань, оскільки в такому разі студент не просто «зазубрює» матеріал із підручника, а розуміє суть тієї чи іншої хвороби і вивчає методи її діагностування й лікування в реальному житті. У лікарнях студенти перебувають під опікою резидентів (лікарі, які проходять післядипломну практику під керівництвом старших колег, аналог інтернів в Україні), а також інших практикуючих лікарів, які навчають їх, спочатку демонструючи навик на пацієнтах, а згодом дають самим виконувати певні маніпуляції, наглядаючи за ними.

Треба зазначити, що здоров'я і життя людини в США – найвища цінність, тому питання безпеки пацієнта в університетських клініках як ніде актуальне. Саме тому лікарі-резиденти і старші лікарі дуже ретельно стежать за студентами-медиками, не даючи їм шансів нашкодити пацієнтам лікарні. Після закінчення чергового циклу професори, відповідальні за практику студента, оцінюють його роботу, а також за бажанням підопічних пишуть рекомендаційні листи для них, які у подальшому працевлаштуванні матимуть неабияке значення для майбутніх лікарів.

Таким чином, усе навчання в медичному університеті в Сполучених Штатах Америки спрямовано на здобуття практичних знань і вмінь, які не відірвані від реалій практичної медицини і дають студентам змогу одразу після закінчення ВНЗ виконувати обов'язки лікаря під керівництвом старших колег.

Необхідною умовою для успішного завершення навчання є складання іспитів, так званих USMLE Step 1, 2 (United States Medical Licensing Examination).

Іспити USMLE – це набір питань, зазвичай із клінічним контекстом і варіантами відповідей до них, серед яких екзаменований повинен вибрати найбільш правильну. Step 1 складається із 308 питань за базовими медичними дисциплінами (7 блоків по 44 питання в кожному), на які відводять 8 годин часу, включаючи час на перерви. 2-й Step поділяється на дві частини. Перша – Clinical Knowledge, скорочено СК (клінічні знання), складається також з тестових питань у кількості приблизно 355 з відведеними 8 годинами, в основу яких покладено клінічні дисципліни. Друга частина – Clinical Skills, CS (клінічні навички) – практичний тест, де студент повинен показати навички взаємодії з пацієнтами (в іспитах беруть участь не реальні пацієнти, а актори, навчені виконувати роль пацієнта з тією чи іншою хворобою), що включають комунікацію з пацієнтом, вміння правильно обстежувати хворого і клінічно мислити.

Після закінчення екзаменів студенти отримують результат у вигляді балів (зазвичай максимальний 260, а мінімальні прохідні: 192 для Step 1 і 209 для Step 2), за Clinical Skill студенти не отримують бали, його оцінюють як такий, що зданий/Pass або незданий/Fail. Набрані бали у майбутньому будуть одним з найважливіших критеріїв для вступу на резидентуру.

У сучасному світі розвиток медичної науки вимагає від лікарів постійного навчання, самовдосконалення, вміння аналізувати дедалі більший обсяг знань і застосувати його у своїй лікарській практиці. Таким чином, медична освіта повинна забезпечити високоякісну підготовку студентів і стати важливою складовою реформування галузі охорони здоров'я та реалізації соціальних пріоритетів держави, оскільки від рівня підготовки майбутніх лікарів залежить якість надання медичної допомоги населенню країни.

Реформування в системі охорони здоров'я створює нові вимоги у формуванні спеціалістів нового типу, які повинні не тільки досконало володіти спеціальністю, а й мати навички комунікабельності, ділового спілкування, вміти адаптуватись до нових змін, розбиратись у питаннях страхування, економіки та юриспруденції.

Сучасний розвиток медичної науки і практики зумовлюють необхідність вносити корективи в підготовку та підвищення кваліфікації медичних працівників з наближенням їхньої освіти до міжнародних стандартів.

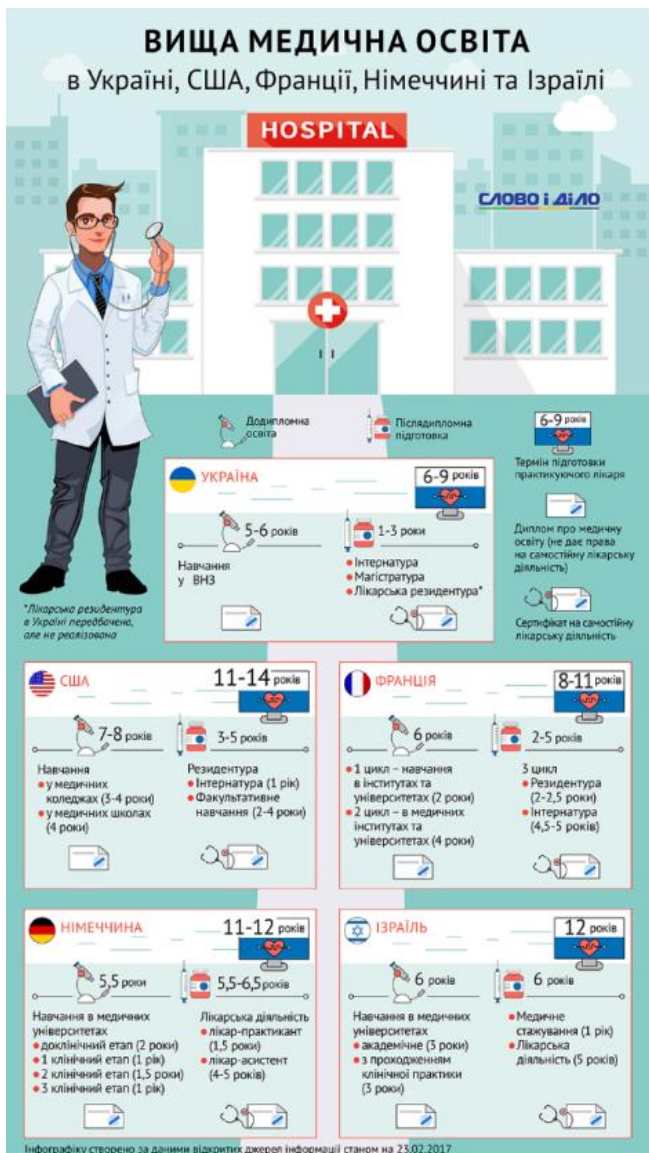


Рис. 1. Основні відмінності медичної освіти в Україні та провідних країнах Заходу

### Навчання іноземних громадян

Щороку кількість іноземців, які здобувають освіту в Україні, збільшується. Так, в 2013/2014 навчальному році контингент іноземних громадян у вищих навчальних закладах України становив приблизно 70 тисяч студентів зі 145 країн світу.

Прийом іноземних громадян до вищих навчальних закладів України здійснюється за результатами співбесіди та на підставі розгляду приймальною комісією університету наданих документів про попередню освіту. Вимоги до рівня успішності іноземних абітурієнтів визначаються кожним навчальним закладом окремо.

Навчання іноземців здійснюється українською або російською мовами, проте останнім часом університети активно пропонують англomовні програми.

Іноземні громадяни, які не володіють російською (українською) мовою, мають можливість освоїти її протягом 10-ти місячного навчання на підготовчому відділенні університетів, після успішного закінчення якого вони можуть продовжити навчання на основних факультетах вищих навчальних закладів України.

На підготовчому відділенні іноземні громадяни крім мовної підготовки можуть також отримати знання з базових дисциплін, які необхідні для подальшого навчання за обраними напрямками/спеціальностями.

Навчання для іноземців у вузах України здійснюється на контрактній основі. Приблизна вартість навчання для іноземців становить від \$ 1000 до \$ 3000 за рік і від \$ 2000 до \$ 6000 за рік на медичних спеціальностях.

Вартість навчання на підготовчому відділенні університетів становить від \$ 1000 до \$ 2000.

Іноземці, яким Україна надає державні стипендії за міжнародними договорами, державними програмами України, іншими міжнародними зобов'язаннями України, приймаються на навчання на підставі направлень від Міністерства освіти і науки в порядку, передбаченому цими договорами і програмами.

Іноземці, які здобули повну загальну середню освіту в закордонних школах з вивченням української мови, і іноземні Українці, статус яких підтверджено посвідченням іноземного українця, можуть також навчатися безкоштовно на підставі квот для іноземних українців, встановлених Міністерством освіти і науки України. Іноземці, які постійно проживають в Україні на законних підставах, мають право на здобуття вищої освіти на рівних умовах з громадянами України.

Список використаної літератури:

1. Офіційний веб-портал Верховної Ради України [http://www.rada.gov.ua].
2. Веб-портал Урядовий портал [http://www.kmu.gov.ua/].
3. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/].
4. Сайт Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я [http://komzdrav.rada.gov.ua].
5. Сайт Національна академія медичних наук України [http://www.amnu.gov.ua/index.php].
6. Сайт AskReform [http://askreform.com].
7. Український кризовий медіа центр [http://uacrisis.org/ua/].

8. Освітній портал Педагогічна Преса [<http://pedpresa.ua>].
9. Інформаційне агентство «Правда» [<http://pravda.press>].
10. Сайт Osvita.ua. [<http://osvita.ua>].
11. Сайт Національної тристоронньої соціально-економічної ради [<http://www.ntser.gov.ua>].
12. Агенція інформації та аналітики [[galinfo.com.ua](http://galinfo.com.ua)].
13. Офіційний сайт Національного медичного університету імені О. О. Богомольця [<http://nmu.ua>].
14. Сайт «Слово і Діло» [<https://www.slovoidilo.ua>].
15. Сайт CASE Україна [<http://www.cost.ua>].
16. Онлайн-видання «Студвей» [<http://studway.com.ua>].
17. БО «Лікарняна каса Полтавщини» [<http://poltavalk.com.ua>].
18. Електронний журнал «Управління закладом охорони здоров'я» [<http://egolovlikar.mcfir.ua>].
19. Сайт EducationUSA [<https://edusa.org.ua>].
20. Ukrainian Medical Council [<https://mcu.org.ua>].

## ЗМІСТ

<b>Передмова</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ І. ПОНЯТТЯ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» ЯК СФЕРА ЗНАНЬ ТА ОРГАНІЗОВАНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЩОДО ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я, ЗАПОБІГАННЯ ХВОРОБАМ ТА ЗБІЛЬШЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ.</b>	<b>6</b>
<b>Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М.</b> Впровадження елементів дистанційного навчання та сучасних інтерактивних методів навчання на кафедрі сімейної медицини і терапії	6
<b>Голованова І.А., Вовк О.Я.</b> Взаємозв'язок розвитку раку шийки матки і рівня проведення профілактичних онкологічних оглядів	14
<b>Козакевич В. К, Козакевич О. Б., Зюзіна Л. С.</b> Сучасні підходи до оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку з позиції біоенергетики	25
<b>Харченко Н.В.</b> Основні оперативні функції громадського здоров'я	34
<b>РОЗДІЛ ІІ. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇН</b>	<b>45</b>
<b>Терзі О.О.</b> Перспективні напрями правового регулювання у сфері охорони здоров'я: через призму персоніфікованої медицини	45
<b>Чмихун Л.А.</b> Трансформація державної політики в системі охорони здоров'я України	54
<b>РОЗДІЛ ІІІ. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.</b>	<b>66</b>
<b>Івко А.І.</b> Особливості організації надання первинної медичної допомоги мешканцям Полтави під час пандемії коронавірусної хвороби COVID-19	66
<b>Канивець О. В., Капустник Н. В., Мирошніченко С. О.</b> Аналіз роботи КНП «Міський клінічний пологовий будинок Полтавської міської ради»	70
<b>Карабаш Н.В., Краснова О.І., Ляхова Н. О.</b> Про стан надання протитуберкульозної допомоги населенню Полтавської області	77
<b>Лисенко М.І.</b> Організація надання первинної медичної допомоги поза годинами прийому пацієнтів	83
<b>Луценко Л. М.</b> Основні показники експертизи листків працездатності по КП «4-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» за 2020 р.	88



<b>Проскурін О.С., Плужнікова Т. В., Краснов О.Г.,</b>	93
<b>Мирошниченко М. С.</b> Особливості забезпечення населення Полтавської області технічними засобами реабілітації	
<b>Рубан І.А.</b> Основні показники інвалідності населення та діяльності лікарсько-консультативної комісії КНП «Гребінківська міська лікарня» Полтавської області за 2019-2020 роки.	100
<b>Тригуб І.М.</b> Організація надання медичної реабілітації в закладах охорони здоров'я МВС	105
<b>Шешукова О.В., Труфанова В.П., Бауман С.С.</b> Аналіз якості лікування тимчасових зубів у дітей Полтавської області	114
<b>Яременко Н.В., Хорош М. В., Бєлікова І. В.</b> Організаційні, правові та клінічні питання діяльності КНП «Оржицька лікарня»	124
<b>РОЗДІЛ IV. КЛІНІЧНИЙ НАПРЯМОК ДІЯЛЬНОСТІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.</b>	<b>132</b>
<b>Артюмова Н.С., Калюжка О.О., Фастовець М.М.</b> Клінічні детермінанти виникнення вентрикулоділятації індукованої важкими внутрішньошлуночковими крововиливами у передчасно народжених дітей	132
<b>Білоус А. М., Смаглюк Л. В., Карасюнок А. Є.</b> Аналіз факторів, що впливають на ефективність ортодонтичного лікування пацієнтів з перехресним прикусом	146
<b>Блінов О. В., Гавловський О. Д.</b> Основні напрямки проведення психологічної реабілітації в медичному центрі «Нові Санжари» НГУ для постраждалих учасників революції гідності, учасників антитерористичної операції та військовослужбовців	154
<b>Похилько В.І., Чернявська Ю.І., Цвіренко С.М.</b> Фактори ризику метаболічного синдрому у дітей	160
<b>Sheshukova O.V., Kuz I.O., Maksymenko A.I.</b> The analysis of relationship between type 1 diabetes mellitus and occurrence of gingivitis and periodontitis in children and adolescents	171
<b>РОЗДІЛ V. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ.</b>	<b>179</b>
<b>Краєвський Г. М.</b> Сучасний стан та перспективи розвитку медичної освіти в Україні	179
<b>Зміст</b>	<b>192</b>