

ЗАСНОВНИКИ

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

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

Заступники головного редактора – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Погоріляк Р.Ю. (Ужгород)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

Болдижар О.О.
Вороненко Ю.В.
Гойда Н.Г.
Голованова І.А.
Голубчиков М.В.

Грузева Т.С.
Децик О.З.
Ковальова О.М.
Котуза А.С.
Лисак В.П.

Любінець О.В.
Мельник П.С.
Нагорна А.М.
Рогач І.М.
Сайдакова Н.О.

Фера О.В.
Чепелевська Л.А.
Черемухіна О.М.
Чопей І.В.
Шатило В.Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

Авраменко О.І. (Київ)
Бояр І. (Польща)
Горбенко О.В. (Велика Британія)
Дудіна О.О. (Київ)
Дудник С.В. (Київ)

Жилка Н.Я. (Київ)
Клименко В.І. (Запоріжжя)
Коваленко О.С. (Київ)
Кудренко М.В. (Київ)
Лашкул З.В. (Запоріжжя)

Лобас В.М. (Красний Лиман)
Майоров О.Ю. (Харків)
Матюха Л.Ф. (Київ)
Медведовська Н.В. (Київ)

Миронюк І.С. (Ужгород)
Моїсеєнко Р.О. (Київ)
Овоц А. (Польща)
Огнев В.А. (Харків)
Рудень В.В. (Львів)

Ситенко О.Р. (Київ)
Станчак Я. (Словаччина)
Степаненко А.В. (Київ)
Толстанов О.К. (Київ)
Ярош Н.П. (Київ)
Яценко Ю.Б. (Київ)

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).
Видання індексується Google Scholar та «Україніка наукова».

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
Протокол № 12 від 06.12.2018 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 07 грудня 2018 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 5998.

Видавець:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Видавник:

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

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

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

FOUNDERS

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

Chief Editor – Slabkiy G.O.

Deputy Chief Editors – Dziuba O.M., Zhdan V.M., Smolanka V.I.

Executive Editor – Sytenko O.R.

Design and layout – Kryvenko Ye.M.

Secretariat – Belikova I.V. (Poltava), Butenko I.V. (Kyiv), Pohorilyak R.Yu. (Uzhhorod)

EDITORIAL COLLEGIUM

Chairman of the Editorial Collegium Lekhan V.M.

Boldyzhar O.O.
Voronenko Yu.V.
Hoida N.G.
Golovanova I.A.
Golubchikov M.V.

Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.
Kovaliova O.M.
Kotuzha A.S.
Lysak V.P.

Liubnets O.V.
Melnyk P.S.
Nahorna A.M.
Rogach I.M.
Saidakova N.O.

Fera O.V.
Chepelevska L.A.
Cheremukhina O.M.
Chohey I.V.
Shatylo V.Y.

EDITORIAL BOARD

Chairman of the Editorial Board Zaporozhan V.M. (Odesa)

Avramenko O.I. (Kyiv)
Boyar I. (Poland)
Gorbenko O.V. (Great Britain)
Dudina O.O. (Kyiv)
Dudnyk S.V. (Kyiv)

Zhylka N.Ya. (Kyiv)
Klymenko V.I. (Zaporizhzhya)
Kovalenko O.S. (Kyiv)
Kudrenko M.V. (Kyiv)
Lashkul Z.V. (Zaporizhzhya)

Lobas V.M. (Krasniy Lyman)
Maiorov O.Yu. (Kharkiv)
Matiukha L.F. (Kyiv)
Medvedovska N.V. (Kyiv)
Myronyuk I.S. (Uzhhorod)

Moiseenko R.O. (Kyiv)
Ovoc A. (Poland)
Ohniev V.A. (Kharkiv)
Ruden V.V. (Lviv)
Sytenko O.R. (Kyiv)

Stanchak J. (Slovakia)
Stepanenko A.V. (Kyiv)
Tolstanov O.K. (Kyiv)
Yarosh N.P. (Kyiv)
Yashchenko Yu.B. (Kyiv)

The journal is included in the list of scientific professional publications of Ukraine, where the results of the theses for scientific degrees of doctor and candidate of Sciences can be published (Decree of the Ministry of education and science of Ukraine from 12.05.2015, № 528).
The publication is indexed by Google Scholar and "Ukrainika scientific".

It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine".
Protocol № 12 of 06.12.2018.

Address of the Publisher: lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, 02099, Ukraine
Tel./fax: +380 44 576-41-19; 576-41-09

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

Signed for publication on December 7, 2018. The total circulation is 100 copies. Order № 5998.

Editor:

PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine"
Address: lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, 02099, Ukraine

Publisher:

"SEA NP "Kolomitsyn V.Yu."
Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC "Medinform"

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

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

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

ЗМІСТ

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

<i>Мелега К.П., Кляп М.І., Чорей С.Ф.</i> Оцінка індексу здорового способу життя студентів, майбутніх фахівців з фізичної терапії, як показника сформованості їх здоров'язберережувальної компетентності	7
<i>Огнєв В.А., Трезуб П.О.</i> Захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області	13
<i>Лаишкул З.В., Балашов Д.Г.</i> Вікові та гендерні особливості захворюваності на венеричні хвороби в Україні та Запорізькій області серед підлітків за 2012–2017 рр.	18
Організація медичної допомоги	
<i>Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Слабкий Г.О., Мельник І.П., Ясінський В.П.</i> Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні сучасної системи військової охорони здоров'я	26
<i>Якимець В.М., Хиженяк М.І., Слабкий Г.О., Устінова Л.А., Печиборщ В.П., Близнак М.Д.</i> Принципи медичного захисту при застосуванні бактеріологічної зброї	36
<i>Чопчик В.Д., Орлова Н.М.</i> Значення приватних медичних закладів у забезпеченні населення м. Києва стоматологічною допомогою	44
<i>Гребняк М.П., Ковальчук Л.Й., Кірсанова О.В.</i> Концептуальна модель управління громадським здоров'ям	51
<i>Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Дуфинець В.А.</i> Щодо підготовки магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я»	55
<i>Слабкий Г.О., Погоріляк Р.Ю.</i> До питання виконання завідувачами відділень закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги функцій з організації та управління охороною здоров'я	63

<i>Костенко Є.Я., Гасюк Н.В., Клітинська О.В.</i> Методологічні підходи до вдосконалення рівня практичних навичок, як невід'ємна складова освіти лікарів-стоматологів	73
<i>Гржибовський Я.Л.</i> Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України)	77
<i>Медведовська Н.В., Касьяненко І.І.</i> Оцінка знань про шляхи зараження парентеральним вірусним гепатитом в підлітковому середовищі вчителів та викладачів, які працюють з підлітками	84
<i>Парій В.Д., Короткий О.В.</i> Удосконалена, пацієнт-орієнтована організаційно-функціональна модель діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря	88
Питання демографічного розвитку	
<i>Чепелевська Л.А.</i> Надсмертність чоловіків в Україні: регіональні особливості	93
<i>Дудник С.В.</i> Сучасний стан та тенденції смертності дітей поза стаціонаром	98
<i>Чепелевська Л.А., Рудницький О.П.</i> Проблеми надсмертності чоловіків працездатного віку в Україні та світі (огляд літератури)	105
Наука – практиці охорони здоров'я	
<i>Hasyuk N.V., Klitynska O.V., Antonyshin I.V., Mochalov Y.O.</i> Ways of formation and extending of clinical and analytical thought of students-dentists under the activities of student scientific society	112
<i>Дикий Б.В.</i> Оцінка впливу дихальної гімнастики Хатха-Йоги на зміну функціонального стану організму людини за даними програмно-апаратного комплексу «Омега-М»	116

*Бисага Н.Ю., Корчинська О.О.,
Жултакова С., Андрашчикова Ш.,
Шлоссерова А., Галдунова Г., Рібарова Л.*
**Сучасні можливості профілактики
пreekлампсії у вагітних 123**

Фліс П.С., Циж О.О., Тормахов М.М.
**Механіко-математичне моделювання процесу
лікування пацієнтів з відкритим прикусом 129**

Історія медицини

Васильєв К.К., Васильєв Ю.К.
**Соціальний гігієніст
Соломон Соломонович Каган (1894–1965) 135**

**Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю «Система громадського
здоров'я: теорія, методологія, технологія,
соціальна практика та управління»
(29–30 листопада 2018 року) 142**

CONTENT

Health of the population: tendencies and forecasts

- Meleha K.P., Klyap M.I., Chorey S.F.*
The assessment of healthy lifestyle index of students, future specialists on physical therapy as an indicator of formation their health conserving competence 7
- Ohniev V.A., Trehub P.O.*
Incidence and prevalence of pancreatic diseases among the adult population of Kharkiv region 13
- Lashkul Z.V., Balashov D.G.*
Age and gender peculiarities of morbidity with venereal diseases in Ukraine and Zaporizhzhya area among teenagers 2012–2017 18

Organization of health care

- Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G., Kudrenko M.V., Slabkiy G.O., Melnyk I.P., Yasynskiy V.P.*
Place and role of Military Medical Doctrine of Ukraine in the formation of a modern system of military health care 26
- Yakymets V.M., Khizhnyak M.I., Slabkiy G.O., Ustinova L.A., Peciborsh V.P., Bliznyuk M.D.*
Principles of medical protection application of bacteriological arms 36
- Chopchik V.D., Orlova N.M.*
The importance of private medical clinics in providing dental service to the population of Kiev 44
- Grebnyak N.P., Kovalchuk L.Y., Kirsanova O.V.*
Conceptual model of public health management 51
- Mironyuk I.S., Slabkiy G.O., Dufynets V.A.*
To the issue of masters' training in specialty "public health" 55
- Slabkiy G.O., Pohorilyak R.Yu.*
To the issue of performing the functions of health care organization and management by the heads of departments of specialized medical care institutions 63
- Kostenko Ye.Ya., Hasiuk N.V., Klitynska O.V.*
Methodological approaches to improving the level of practical skills as an integral part of the education of dentists 73

- Hrzhbovskiy J.L.*
Global and structural determinants of the impact on public health (according to a survey of health care organizers of Ukraine) 77
- Medvedovska N.V., Kasianenko I.I.*
Assessment of knowledge of the ways of infectioning with parenteral hepatitis in the teenage teachers' environment and the teachers who work with teens 84
- Pariy V.D., Korotkiy O.V.*
Improved, patient-oriented organizational and functional model of general practitioners-family doctor 88

Issues of demographic development

- Chepelevska L.A.*
Super-mortality of men in Ukraine: regional peculiarities 93
- Dudnyk S.V.*
Modern state and tendencies of child mortality outside the hospital 98
- Chepelevska L.A., Rudnitsky O.P.*
Problems of super-mortality of men of working age in Ukraine and in the world (literature review) 105

Science for health care practice

- Hasyuk N.V., Klitynska O.V., Antonyshin I.V., Mochalov Y.O.*
Ways of formation and extending of clinical and analytical thought of students-dentists under the activities of student scientific society 112
- Dikiy B.V.*
Assessment of respiratory gymnastics KHATHA-Yoga impact on the changes of the human body functional condition according to the software-hardware complex "Omega-M" 116
- Bysaha N.Y., Korchinska O.O., Zultakova S., Andrascikova S., Schlosserova A., Galdunova H., Rybarova L.*
Modern possibilities of preventing preeclampsia in pregnant women 123
- Flis P.S., Tsyzh O.O., Tormahov M.M.*
Mechanic-mathematical simulation during treatment patients with open-bite 129

History of medicine

Vasyliiev K.K., Vasyliiev Ju.K.

Social hygienist

Solomon Solomonovich Kagan (1894–1965) 135

**Materials of scientific-and-practical conference
with international participation “The system
of public health: theory, methodology, technology,
social practices and governance”**

(November 29–30, 2018) (In Ukr.)

142

УДК 316.728:615.8:378.1.003.12

К.П. Мелега, М.І. Кляп, С.Ф. Чорей

Оцінка індексу здорового способу життя студентів, майбутніх фахівців з фізичної терапії, як показника сформованості їх здоров'язберережувальної компетентності

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра основ здоров'я, м. Ужгород, Україна

Метою роботи є визначення рівня сформованості здорового способу життя і культури здоров'я у студентів, майбутніх фізичних терапевтів, як показника їх здоров'язберережувальної компетентності.

Методи дослідження: анкетне опитування на основі розробленого опитувальника для кількісної оцінки індексу здорового способу життя (ІЗЖ), антропометричні вимірювання.

Результати. Бальна оцінка ІЗЖ проводиться за 8 шкалами, які відображають основні складові здорового способу життя: 1) харчування; 2) сон; 3) фізична активність; 4) дозвілля; 5) режим дня; 6) контроль стресу; 7) соціальна активність; 8) відсутність шкідливих звичок. Максимальна кількість балів за 8 шкалами – 80 балів. Визначений показник ІЗЖ вірогідно не відрізняється у юнаків та дівчат і становить 50,3 балу та 49,4 балу ($p > 0,05$), відповідно, та оцінюється як середній. Найнижчі показники виявлено за шкалами «Режим дня» та «Контроль стресу», особливо у дівчат.

Висновки: більшість студентів, які навчаються за фахом фізична терапія, дотримуються ЗСЖ та демонструють задовільний рівень здоров'язберережувальної компетентності, однак частина потребує проведення відповідних поведінкових заходів для модифікації способу життя.

Ключові слова: здоров'я, здоровий спосіб життя, культура здоров'я, студенти.

Вступ

На сьогоднішній день особливої актуальності набувають питання формування, збереження та зміцнення індивідуального здоров'я студентської молоді, оскільки від стану здоров'я молодого покоління країни залежить здоров'я нації. Здоров'я – одна з обов'язкових умов повноцінного виконання студентом своїх навчальних, а в майбутньому і професійних функцій. Тому турбота про здоров'я студентів – пріоритетне завдання вузівської освіти, п'є вуз повинен виступати ініціатором і організатором цілеспрямованої та ефективної роботи з формування, збереження та примноження здоров'я студентського контингенту [1]. Факторами ризику для здоров'я є: шкідливі умови праці і навчання, погані матеріально-побутові умови, несприятливі кліматичні та природні умови, забруднене навколишнє середовище, шкідливі звички, гіподинамія, нерациональне харчування, відсутність потреби у дотриманні здорового способу життя (ЗСЖ). Неадекватні психоемоційні реакції також є фактором ризику і можуть в значній мірі знижувати рівень здоров'я [3].

Одним із основних шляхів досягнення максимально можливого здоров'я молоді є формування ЗСЖ. Саме ЗСЖ – якісна передумова майбутньої самореалізації молодих людей, успішного навчання, продуктивної діяльності, творчої та суспільно-політичної активності. Крім того, ЗСЖ є потужним засобом саморозвитку, самовиховання, самовдосконалення, збереження і зміцнення здоров'я. Результатом сформованості здорового способу життя є культура здоров'я як система

світоглядних настанов, переконань, життєвих цінностей, основою яких є знання про здоров'я, що зумовлює свідоме, відповідальне, ціннісне ставлення як до власного здоров'я, так і здоров'я оточуючих та довкілля, формує стереотип мислення, поведінки та діяльності, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людини [2]. Таким чином, спосіб життя можна розглядати як показник рівня сформованості культури здоров'я особистості, як ступінь усвідомленості людиною важливості дотримання певних правил і норм здоров'язбереження. Для майбутніх фізичних терапевтів здоров'язберігаюча компетентність є невід'ємною складовою їх професійної майстерності.

Складові ЗСЖ стосуються усіх сфер здоров'я індивіда: психічної, фізичної, соціальної та духовної. Тому важливо не обмежуватися використанням лише засобів зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, але виховувати особистісні якості індивіда, які є визначальними для свідомого і вольового прийняття рішень, дотримання принципів ЗСЖ, коли турбота про здоров'я перетворюється у звичку [2, 4]. У зв'язку з цим актуальним питанням є кількісна оцінка окремих практико-діяльнісних компонентів ЗСЖ студентської молоді, що забезпечують нормальне функціонування організму, захист його від несприятливих факторів життєдіяльності й зовнішнього середовища, і, як підсумок, високий рівень здоров'я. До них належать: харчування, режим праці і відпочинку, рухова активність, загартовування організму, психогігієна, особистісні взаємини та соціальна активність, відмова від шкідливих звичок, мотивація до здоров'я й ЗСЖ тощо. З цією метою

нами був розроблений власний опитувальник для оцінки індексу здорового способу життя, оскільки аналогічного серед наявних на сьогоднішній день знайти не вдалося.

Мета роботи – визначення рівня сформованості здорового способу життя і культури здоров'я студентів, майбутніх фізичних терапевтів, як показника їх здоров'язберезувальної компетентності.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на базі факультету здоров'я та фізичного виховання (ФЗФВ) ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Проведено анонімне опитування 86 студентів старших курсів факультету денної форми навчання, які здобувають спеціальність фізичного терапевта, ерготерапевта, для визначення індексу здорового способу життя (ІЗСЖ) та сформованості культури здоров'я. Серед них було 46 (53,5%) юнаків і 40 (46,5%) дівчат. Середній вік студентів – 21,3±0,24 роки.

Використовували спеціально розроблений опитувальник для кількісної оцінки індексу здорового способу життя та самооцінки здоров'я. Анкета містить 10 блоків запитань, які торкаються різних аспектів здоров'я та способу життя конкретної особи. Всього в анкеті 47 запитань, із яких 40 використовуються для підрахунку балів за 8 шкалами, що сумуються у один загальний показник – індекс здорового способу життя (ІЗСЖ). Останні 2 блоки запитань торкаються самооцінки стану здоров'я і способу життя, і в балах не оцінюються. Бальна оцінка проводиться за 8 шкалами, які відображають основні складові здорового способу життя: 1) харчування; 2) сон; 3) фізична активність; 4) дозвілля; 5) режим дня; 6) контроль стресу; 7) соціальна активність; 8) відсутність шкідливих звичок. Кожна шкала містить 5 запитань, відповіді на які респондент обирає самостійно з урахуванням частоти появи показника. При обробці результатів кожне запитання шкали оцінюється від 0 до 2 балів, бали додаються. Таким чином, максимальна кількість балів за кожною шкалою – 10 балів, максимальна кількість балів, що відображає індекс здорового способу життя (ІЗСЖ), загалом за 8 шкалами – 80 балів. Оцінка показника індексу здорового способу життя (ІЗСЖ): 1) високий – 80–65 балів, свідчить про здоровий спосіб життя; 2) середній – 64–40 балів, свідчить про наближений до здорового спосіб життя; 3) низький – менше 40 балів, свідчить про те, що спосіб життя не можна вважати здоровим. Таким чином, чим більшу кількість балів набирає респондент як за окремою шкалою, так і загалом, тим більше його спосіб життя можна вважати здоровим. Також проводили антропометричні вимірювання (ріст, маса тіла) та визначення індексу маси тіла (ІМТ) для оцінки харчового статусу. Обробка результатів проводилась методами математичної статистики за допомогою пакету програм Microsoft Excel 2013.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналізуючи результати анкетного опитування слід врахувати, що підготовка фахівців з фізичної терапії,

ерготерапії дозволяє у найбільшій мірі реалізувати освітню та діяльну складову здоров'язберігаючої компетентності, необхідної в т.ч. для професійної діяльності, оскільки у процесі навчання відбувається цілісне та поетапне формування валеологічних знань, умінь і навичок, розвиток інтегрального мислення, проходить цілеспрямована професійно-прикладна фізична підготовка, закріплюється досвід здоров'язберезувальної діяльності [2]. Відповідно до навчального плану підготовки студенти з 1 по 4 курс освоюють дисципліни, які можуть забезпечити достатній досвід пізнавальної діяльності і забезпечити високий рівень професійної підготовки до застосування здоров'язміцнювальних технологій, а саме: на першому курсі – «Види оздоровчо-рекреаційної рухової активності»; на другому курсі – «Загальна теорія здоров'я», «Теорії і технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності», «Методика навчання основ здоров'я», «Діагностика і моніторинг стану здоров'я»; на третьому курсі – «Основи раціонального та оздоровчого харчування», «Дієтологія», «Основи здорового способу життя»; на четвертому курсі – «Психологія здоров'я», «Фітотерапія», «Біоритмологія», «Нетрадиційні методи оздоровлення». Значно поширені серед студентів факультету позааудиторні форми оздоровчих занять фізичними вправами. Отже, існує висока імовірність, що внаслідок специфіки навчального процесу студенти даної спеціальності володіють ґрунтовними знаннями щодо різних аспектів здоров'я, ІЗСЖ та можуть демонструвати високий рівень сформованості культури здоров'я.

Загалом, більшість опитаних студентів ФЗФВ оцінювали свій стан здоров'я як відмінний або добрий (60,8% юнаків і 55% дівчат), причому за останній період він не змінився або покращився у 80% юнаків та 72,5% дівчат. Проте 6,5% юнаків і 7,5% дівчат відмітили поганий стан здоров'я, і на погіршення його за останній час вказали близько 15% юнаків та 20% дівчат, що свідчить про необхідність пройти поглиблене лікарське обстеження, та звернути увагу на спосіб життя і виявити можливі фактори ризику. Загалом, 60% юнаків оцінюють свій спосіб життя як здоровий, решта 40% – схильні вести здоровий спосіб життя. Серед дівчат лише 37,5% вважають свій спосіб життя здоровим, 57,5% – схильні вести здоровий спосіб життя, однак, 5% студенток не ведуть здоровий спосіб життя. За даними анкетування виявилось, що більшість опитаних студентів старших курсів володіють знаннями про здоровий спосіб життя і надають важливого значення його дотриманню.

На основі аналізу результатів опитування встановлено, що значна частка студентів старших курсів поєднують навчання і роботу: серед юнаків – 12 (26,1%) працюючих, серед дівчат – 14 (35,0%) працюючих студенток. Сімейний стан студентів: одруженими є 4 (8,7%) юнаків та заміжні 8 (20%) дівчат. Отже, серед старшокурсниць-студенток більша частка тих, які виконують додатково до навчальних навантажень сімейні та виробничі обов'язки.

Антропометричні вимірювання зросту і маси тіла обстежених студентів показали, що у більшості з них виявляється нормальна маса тіла за ІМТ (у середньому у

юнаків – $22,7 \pm 0,46$ кг/м², у дівчат – $21,6 \pm 0,31$ кг/м²). Лише серед юнаків виявлено 3 осіб з надлишковою масою тіла (ІМТ в межах 25–29,9 кг/м²). Не було виявлено жодної студентки з дефіцитом маси тіла або з надлишковою масою тіла. Таким чином, у переважній більшості обстежених студентів за показником ІМТ встановлена нормальна маса тіла, яка відповідає зросту, і свідчить про хороший харчовий статус. У анкетах багато студентів вказували на те, що додатково відвідують спортивні секції кілька разів у тиждень (аеробіка, силовий фітнес, футбол, баскетбол, гандбол): серед юнаків таких – 33 (71,7%), серед дівчат – 30 (75%). Таким чином, близько $\frac{3}{4}$ студентів старших курсів ведуть активний спосіб життя, з високим рівнем фізичної активності.

Загальний показник – індекс здорового способу життя (ІЗСЖ) визначали як суму балів за 8 шкалами анкети, у яких міститься 40 запитань. Максимальний бал за кожною шкалою – 10, максимальна сума балів – 80. Отримані результати анкетування наведено у таблиці.

Таблиця
Показники способу життя юнаків та дівчат старших курсів факультету здоров'я та фізичного виховання (бали)

Шкала анкети	M±m		p
	Юнаки (n=46)	Дівчата (n=40)	
Харчування	6,6±0,27	6,9±0,25	>0,05
Сон	6,7±0,36	6,3±0,34	>0,05
Фізична активність	6,2±0,30	6,4±0,29	>0,05
Дозвілля	5,8±0,28	6,2±0,34	>0,05
Режим дня	5,2±0,40	4,5±0,37	>0,05
Контроль стресу	5,4±0,30	4,9±0,32	>0,05
Соціальна активність	5,7±0,32	6,2±0,26	>0,05
Відсутність шкідливих звичок	8,5±0,35	8,5±0,34	>0,05
Індекс здорового способу життя	50,3±1,41	49,4±1,30	>0,05

Примітка: p – вірогідність відмінностей між показниками у юнаків та дівчат.

На основі аналізу отриманих результатів було встановлено, що загальний показник ІЗСЖ у юнаків і дівчат вірогідно не відрізняється і становить 50,3 балів та 49,4 балів (p>0,05), відповідно, та оцінюється як середній. Таким чином, можна вважати, що більшість студентів старших курсів ФЗФВ ведуть наближений до здорового спосіб життя.

Не відмічено вірогідних відмінностей між показниками окремих складових способу життя за усіма шкалами серед юнаків та дівчат (див. табл. 1). Відносно високі бали отримали студенти за шкалами «Харчування» (юнаки – $6,6 \pm 0,27$ балів, дівчата – $6,9 \pm 0,25$ балів (p>0,05)), «Сон» (юнаки – $6,7 \pm 0,36$ балів, дівчата – $6,3 \pm 0,34$ балів (p>0,05)) та «Фізична активність» (юнаки – $6,2 \pm 0,3$ балів, дівчата – $6,4 \pm 0,29$ балів (p>0,05)) (див. табл., рис.). Щодо

харчування, то переважна більшість студентів вказували, що харчуються регулярно, включаючи сніданок, і вживають кисломолочні продукти. Для дівчат характерна наявність значної кількості овочів та фруктів у раціоні, хоча це в меншій мірі стосується юнаків. Однак, близько $\frac{1}{2}$ студентів обох статей кілька разів у тиждень споживають жирну їжу типу «фаст-фуду», полюбують солодощі, що слід коригувати. Близько 50% студентів мають достатній сон 7–8 годин на добу, без його порушень, однак значна частина вказує на тривалість сну менше 6 год або більше 9 год. Слід відмітити, що багато студентів-юнаків досить часто вказували на недостатність сну, відчуття стомленості зранку, що є небезпечним фактором ризику для здоров'я і потребує застосування заходів для регулювання сну. Відомо, що порушення сну веде за собою ряд ускладнень нервової, імунної та серцево-судинної системи. Тому зволікання з вирішенням цієї проблеми призведе тільки до погіршення здоров'я в цілому. Рівень фізичної активності студентів є досить високим, більшість виконує помірні аеробні навантаження до 30 хв щодня, силові навантаження, різні побутові домашні справи, але звертає на себе увагу, що і юнаки, і дівчата відмічають тривалий час, проведений у сидячому положенні упродовж дня, що є фактором ризику для здоров'я.

Як показано на рисунку, найвищий показник – $8,5 \pm 0,35$ балів, як серед юнаків, так і серед дівчат, реєструвався за шкалою «Відсутність шкідливих звичок», що свідчить про відносно низький рівень поширеності їх серед респондентів, і є дуже позитивною ознакою. Лише незначна частка опитаних відзначали куріння (5% дівчат та 11% юнаків) та вживання солодких газованих напоїв (11% юнаків і 12,5% дівчат). Проте частіше відмічено вживання алкоголю (23,3% юнаків та 26,9% дівчат) і надмірне вживання кави, чаю (30% юнаків та дівчат), що вказує на необхідність посилення роз'яснювальної роботи щодо їх шкідливого впливу на здоров'я.

Найнижчими у студентів були показники, що характеризували шкали «Режим дня» та «Контроль стресу», особливо серед дівчат (див. табл., рис.). Це свідчить про те, що наявні суттєві порушення раціонального режиму дня. Більшість дівчат відмічали, що часто робочий день у них перевищує 8 год та їм доводиться скорочувати сон через роботу і навчання (багато студентів старших курсів поєднують роботу і навчання). Менше $\frac{1}{2}$ студентів виконують ранкову зарядку та використовують загартовуючі процедури. Рівень стресу також був достатньо високим та погано контролювався респондентами, опитані відмічали часто напруження при виконанні своїх виробничих та навчальних обов'язків, але при цьому ніяких додаткових засобів для зменшення психоемоційного навантаження майже не використовували. Серед факторів ризику слід відмітити, що дозвілля багато студентів полюбає проводити у «віртуальному світі» Інтернету; високий відсоток студентів (40% юнаків та 60% дівчат), які проводять багато часу щодня у соціальних мережах, що може негативно відобразитись як на фізичному, так і на психічному здоров'ї.

Таким чином, ІЗСЖ у опитаних студентів старших курсів ФЗФВ виявляється на середньому рівні, що загалом

є хорошим показником, і відображає свідоме ставлення студентів до вибору способу життя, який вони ведуть. Значна частка дисциплін валеологічної спрямованості у навчальному плані, очевидно, сприяє виробленню здоров'язберігаючої поведінки у більшості студентів.

Це підтверджує дослідження, проведене в Celal Bayar University (Туреччина), за даними якого більш здорова поведінка, високий рівень ФА та висока самооцінка здоров'я характерна саме для студентів, які навчаються у вищих фізкультурного напрямку [5].

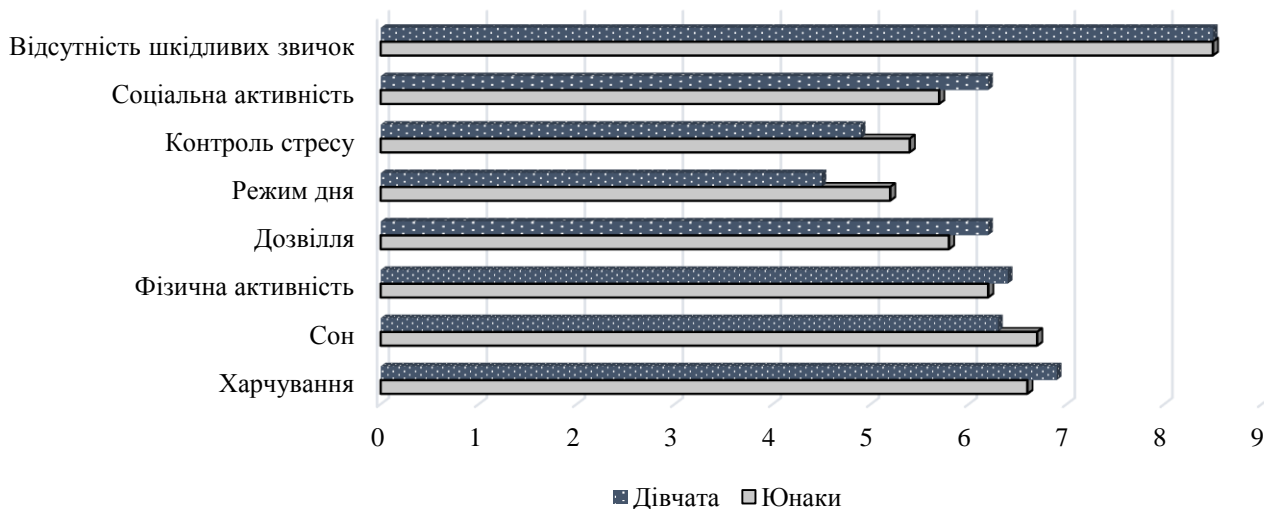


Рис. Окремі складові способу життя студентів ФЗФВ

Серед негативних моментів в ході аналізу виявилися: низький рівень споживання фруктів та овочів юнаками; споживання фаст-фуду, солодощів значною часткою студентів; нестача сну та погіршення самопочуття через його недостатність у юнаків; понаднормовий робочий день і поганий контроль стресу у дівчат; низький рівень використання загартовуючих засобів, ранкової зарядки у всіх студентів; щоденне тривале проведення часу у положенні сидячи та у соціальних мережах, що потребує розробки заходів для корекції виявлених порушень способу життя. Зокрема, слід відновити фізіологічну тривалість сну, оскільки порушення сну приводить до порушень нервової, імунної та серцево-судинної системи, зниження розумової працездатності та погіршення стану здоров'я загалом. Вирішити проблему можна за допомогою аутотренінгу, медитації, розслаблюючої музики, дихальних вправ, ароматерапії, прогулянок на свіжому повітрі перед сном тощо. Також серйозну проблему складає понаднормовий робочий день, що веде до перевтоми та погіршення самопочуття. Необхідно дотримуватись балансу праці та відпочинку, який відображає правило «трьох вісімок»: 8 годин – сну, 8 годин – праці, 8 годин – відпочинку. Дуже важливо, не зловживати «просиджуванням» у соціальних мережах, оскільки це загрожує гіподинамією, а також погіршенням психоемоційного стану, загартовувати організм за допомогою сонця, повітря, води, і позбутись шкідливих звичок.

Висновки

На основі проведеного анкетування студентів щодо способу життя і стану здоров'я встановлено задовільний рівень сформованості окремих складових культури здоров'я у студентів старших курсів факультету здоров'я та фізичного виховання. Індекс здорового способу життя (ІЗСЖ) у юнаків становить 50,3 балів та 49,4 балів у дівчат і оцінюється як середній, тобто спосіб життя студентів можна вважати наближеним до здорового. Не відмічено вірогідних відмінностей між показниками окремих складових способу життя серед юнаків та дівчат. Найвищі показники виявлені за шкалою «Відсутність шкідливих звичок», як у юнаків, так і у дівчат. Найбільш низькі показники виявлено за шкалами «Режим дня» та «Контроль стресу», особливо у дівчат, що пов'язано з порушенням режиму сну, перевищенням робочого часу упродовж дня та нехтуванням використанням психорегулюючих засобів студентами. Враховуючи, що культура здоров'я передбачає опанування на особистісному рівні концепції здоров'я, на основі якої формується індивідуальна програма здорового способу життя, запропоновано певні поведінкові заходи та рекомендації щодо модифікації способу життя.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні опитування студентів різних факультетів ДВНЗ «УжНУ» щодо способу їх життя і самооцінки здоров'я з метою визначення індексу здорового способу життя, виявлення факторів ризику для здоров'я та розробки ефективних заходів корекції способу життя та здоров'язбереження.

Література

1. Косолапов А. Б. Проблемы изучения, сохранения и развития здоровья студентов: монография / А.Б. Косолапов. – Владивосток, 2003. – 200 с.
2. Міхеєнко О. І. Культура здоров'я особистості та її складові / О. І. Міхеєнко, В.І. Котелевський // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2015. – Вип. 129 (3). – С. 225–229.
3. Основи здорового способу життя / М.І. Кручаниця, В.В. Кручаниця, К.П. Мелега та ін. – Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2016. – 264 с.
4. Раевский Р. Т. Здоровье, здоровый и оздоровительный образ жизни студентов / Р.Т. Раевский, С.М. Канишевский; Под общ. ред. Р. Т. Раевского. – О.: Наука и техника, 2008. – 556 с.
5. Health-promoting lifestyle behaviour for cancer prevention: a survey of Turkish university students / S. Ay, E. Yanikkerem, S. I. Çalim, M. Yazici // Asian Pac. J. Cancer Prev. – 2012. – Vol. 13. – № 5. – 2269–2277.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2018 р.

Оценка индекса здорового образа жизни студентов, будущих специалистов по физической терапии, как показателя сформированности их здоровьесберегающей компетентности

К.П. Мелега, М.И. Кляп, С.Ф. Чорей
ДВНЗ «Ужгородский национальный университет»,
факультет здоровья и физического воспитания,
кафедра основ здоровья

Целью работы является определение уровня сформированности здорового образа жизни и культуры здоровья у студентов, будущих физических терапевтов, как показателя их здоровьесберегающей компетентности.

Методы исследования: анкетный опрос на основе разработанного опросника для количественной оценки индекса здорового образа жизни (ИЗОЖ), антропометрические измерения.

Результаты: бальная оценка ИЗОЖ проводится по 8 шкалам, которые отображают основные составляющие здорового образа жизни: 1) питание; 2) сон; 3) физическая активность; 4) досуг; 5) режим дня; 6) контроль стресса; 7) социальная активность; 8) отсутствие вредных привычек. Максимальное количество баллов по 8 шкалам – 80 баллов. Определенный показатель ИЗОЖ достоверно не отличается у юношей и девушек и составляет 50,3 баллов и 49,4 баллов ($p > 0,05$), соответственно, и оценивается как средний. Наиболее низкие показатели выявлены по шкалам «Режим дня» и «Контроль стресса», особенно у девушек.

Выводы: большинство студентов, обучающихся по специальности физическая терапия, придерживаются ЗОЖ, демонстрируют удовлетворительный уровень здоровьесберегающей компетентности, но часть нуждается в проведении соответствующих поведенческих мероприятий для модификации образа жизни.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, культура здоровья, студенты.

The assessment of healthy lifestyle index of students, future specialists on physical therapy as an indicator of formation their health conserving competence

K.P. Meleha, M.I. Klyap, S.F. Chorey
SHEE “Uzhhorod National University”, Faculty of health
and physical education, Department of health basics

The aim of the study is a determination of level's formation of healthy lifestyle and health culture of students, future physiotherapists as indicator of their health conserving competence.

The methods of investigation are as follows: survey on the basis of a developed inquirer for quantitative evaluation of healthy lifestyle index and health self-appraisal, anthropometric measurements. The point assessment of healthy lifestyle index is being conducted according to 8 scales: 1) nutrition; 2) sleep; 3) physical activity; 4) leisure; 5) daily routine; 6) stress control; 7) social activity; 8) lack of harmful habits. The maximum number of points according to 8 scales makes up 80 points.

Results. The defined healthy lifestyle index is unlikely to differ in young boys and girls and amount of 50,3 points and 49,4 points ($p > 0,05$) respectively and is being evaluated as average. The lowest indicators have been revealed according to scales “Day mode” and “Stress control” particularly, in girls.

Conclusions: most students studying by profession physical therapy follow healthy lifestyle and demonstrate a satisfactory level of health conserving competence, however some part of them requires holding of appropriate behavioral measures to modify the lifestyle.

Key words: health, healthy lifestyle, health culture, students.

Відомості про авторів

Мелега Ксенія Петрівна – кандидат медичних наук, доцент, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання, завідувач кафедри основ здоров'я; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна, 29, кафедра основ здоров'я.

Кляп Маріанна Іванівна – студент-магістр факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна, 29, кафедра основ здоров'я.

Чорей Світлана Федорівна – студент-магістр факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна, 29, кафедра основ здоров'я.

УДК 616.37-036.22-053.8(477.54)

В.А. Огнєв, П.О. Трезуб

Захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета дослідження – вивчити і проаналізувати захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження при виконанні роботи були дані галузевої обліково-звітної статистичної медичної документації за період з 2013 по 2017 роки в Харківській області з використанням статистичного та бібліосемантичного методів.

Результати. Показник захворюваності хворобами підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області за період 2013–2017 рр. незначно знизився на 13,66 % з 216,21 на 100 тис. дорослого населення в 2013 р. до 186,67 на 100 тис. дорослого населення в 2017 році. Показник поширеності хвороб підшлункової залози за даний п'ятирічний період зріс на 2,93% з 1967,80 в 2013 р. до 2025,43 на 100 тис. дорослого населення в 2017 році.

Висновки. Зростання показників захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області за період 2013–2017 рр. свідчить про необхідність оптимізації діючої моделі надання медичної допомоги та реабілітації даного контингенту населення.

Ключові слова: захворюваність, поширеність, хвороби підшлункової залози.

Вступ

Вивчення захворюваності та поширеності хвороб має велике значення для якісного надання медичної допомоги населенню та є однією з складових стратегічного планування медичної галузі [2]. Отримані дані використовуються для розробки профілактичних заходів, що направлені на зниження показників захворюваності та поширеності хвороб, що в свою чергу має призвести до покращення якості життя хворих, зниження показників смертності, інвалідності, тимчасової непрацездатності населення.

Визначення сучасних та перспективних потреб в видах медичної допомоги, що надається на різних рівнях пацієнтам є важливим завданням організаційного менеджменту в умовах, коли проводиться реформування організації надання медичної допомоги населенню [1].

Відповідно до програми та завдань дисертаційного дослідження виникла необхідність провести аналіз захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози серед населення. Оскільки хронічний панкреатит є одним з провідних захворювань підшлункової залози та являється важливою не тільки медичною, але і актуальною медико-соціальною та економічною проблемою, [3, 4] нами було вивчено та проаналізовано дані за класом «Хвороби підшлункової залози» в Харківській області у 2013–2017 роках.

Мета дослідження – вивчити і проаналізувати захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження при виконанні роботи були дані галузевої обліково-звітної статистичної медичної документації за період з 2013 по 2017 роки в Харківській області з використанням статистичного та бібліосемантичного методів.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз захворюваності в Харківській області хворобами підшлункової залози за 2017 р. показав, що даний показник в області в цілому знаходився на високому рівні та склав 186,67 на 100 тис. населення, відповідно в місті Харкові – 216,35^{0/0000} та в районах області – 153,39^{0/0000}, при цьому, найвища захворюваність була виявлена в таких районах області як: Борівський (400,42^{0/0000}), Сахновщинський (371,89^{0/0000}) та Золочівський (315,28^{0/0000}).

Динаміка захворюваності в Харківській області за період з 2013 року по 2017 рік мала тенденцію до зниження з 216,21 на 100 тис. населення у 2013 році до 186,67 на 100 тис. населення у 2017 році, темп убутку що склав 13,7 відсотків. При цьому, в 2014 році вона була 226,19 на 100 тис. населення, що є максимальним значенням за даний період.

В м. Харкові показник захворюваності хворобами підшлункової залози за 5-річний період постійно варіював в межах від 205,01^{0/0000} до 238,85^{0/0000} з максимальним значенням в 2013 році та мінімальним в 2016 р. (табл. 1).

Найбільша захворюваність хворобами підшлункової залози в районах Харківської області була зареєстрована в 2015 році та склала 227,63 на 100 тис.

населення. Сахновщинський, Золочівський райони та м. Люботин мали стабільно високу захворюваність хворобами підшлункової залози за п'ятирічний період і відповідно склали: 581,12; 416,23 та 451,90 на 100 тис. населення. В Печенізькому районі вона зросла більше, ніж в 4 рази з 9,61 в 2013 році до 40,03 на 100 тис. населення в 2017 році. Найбільші темпи приросту захворюваності за ці 5 років спостерігаються в Зачепилівському (на 145,41%), Борівському (на 94,49%), Валківському (на 48,14%), Харківському (на 36,20%), а також інших районах Харківської області.

Таблиця 1

Захворюваність населення Харківської області хворобами підшлункової залози у 2013–2017 рр., на 100 тис. осіб

Регіон	2013	2014	2015	2016	2017
Райони області	190,78	218,99	227,63	203,01	153,39
м. Харків	238,85	232,61	217,47	205,01	216,35
Харківська область	216,21	226,19	222,27	204,07	186,67

При проведенні аналізу захворюваності хворобами підшлункової залози залежно від статі у 2013–2017 рр. серед населення Харківської області були отримані дані, що в переважній більшості випадків за рідкісним виключенням показник захворюваності у жінок вище, ніж

у чоловіків (табл. 2). Що знаходить своє відображення в проведених раніше інших дослідженнях та даним доступної літератури.

В 2017 р. захворюваність хворобами підшлункової залози серед жінок в Харківській області склала 222,51, відповідно в м. Харкові – 272,14, в районах області – 166,89 на 100 тис. жіночого населення. Найвищий рівень захворюваності за 2013–2017 рр. серед жіночого населення в Харківській області склав в 2014 р. (265,66 на 100 тис. жіночого населення).

В м. Харкові максимальний показник захворюваності хворобами підшлункової залози серед жіночого населення склав в 2013 р. 294,26, а мінімальний – в 2016 р. – 254,99 на 100 тис. жіночого населення.

В районах області показник захворюваності хворобами підшлункової залози серед жіночого населення мав найбільший рівень в 2015 р. – 251,26 на 100 тис. жіночого населення.

Високі показники захворюваності хвороб підшлункової залози серед жіночого населення за звітний період спостерігалися в Сахновщинському районі, м. Люботині та Шевченківському районі відповідно 645,90; 512,05 та 490,87 на 100 тис. жіночого населення. Найбільше збільшення за ці 5 років показника відбулося в Зачепилівському районі, де він зріс майже в 2 рази з 70,44 в 2013 р. до 133,67 на 100 тис. жіночого населення в 2017 році. Збільшення показника також спостерігається в Борівському районі (на 74,25%), Балаклійському районі (на 30,20%), Харківському районі (на 28,29%) та інших районах.

Таблиця 2

Захворюваність населення Харківської області хворобами підшлункової залози у 2013–2017 рр., на 100 тис. осіб в залежності від статі

Регіон	2013		2014		2015		2016		2017	
	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.
Райони області	154,54	221,88	190,26	243,70	200,20	251,26	178,64	224,04	137,74	166,89
м. Харків	174,02	294,26	171,16	285,29	156,42	270,00	147,06	254,99	151,80	272,14
Харківська область	164,91	260,16	180,22	265,66	177,10	261,15	161,93	240,42	145,17	222,51

Серед чоловічого населення захворюваність хворобами підшлункової залози в 2017 рік була найбільш високою в м. Харкові 151,80 випадки на 100 тис. чоловічого населення порівняно з відповідними показниками в Харківській області та в районах області (145,17^{0/0000} і 137,74^{0/0000}). Максимально висока захворюваність хворобами підшлункової залози в Харківській області серед чоловічого населення за 5-ти річний період відзначена в 2014 році та склала 180,22 на 100 тис. чоловічого населення. В м. Харкові максимальний рівень цього показника виявлено в 2013 році (174,02^{0/0000}), а мінімальний – в 2016 році (147,06^{0/0000}). В районах області найбільше значення цей показник мав в 2015 році, який склав 200,20 на 100 тис. чоловічого населення. Серед чоловічого населення максимально високими показники захворюваності хвороб підшлункової залози в районах області були в Борівському, Сахновщинському районах та м. Люботині, та склали відповідно 594,38; 507,23 та 380,74 на 100 тис. чоловічого населення. Найбільше збільшення

захворюваності за ці 5 років спостерігалось в Зачепилівському районі, де він зріс більше ніж в 4 рази з 26,72 в 2013 році до 110,21 на 100 тис. чоловічого населення в 2017 році. Збільшення також спостерігається в Валківському районі (на 174,15%), Борівському районі (на 116,86%), Харківському районі (на 47,76%), м. Люботині (на 30,46%), Краснокутському районі (на 21,48%) та інших районах.

При проведенні дослідження на наступному етапі була вивчена поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення. Вивчаючи поширеність хвороб підшлункової залози в Харківській області в 2017 р., були отримані такі дані: в Харківській області поширеність склала 2025,43, в м. Харкові вона була вище, ніж в Харківській області та склала – 2072,75, в районах області відповідно – 1972,38 на 100 тис. населення. Найвища поширеність виявлена в Борівському (4728,54^{0/0000}), Шевченківському (3647,96^{0/0000}) та Лозівському (3232,53^{0/0000}) районах.

Динаміка поширеності хвороб підшлункової залози в цілому в області за 2013-2017 роки мала тенденцію до зростання (+2,93%) з 1967,80 на 100 тис. населення у 2013 році до 2025,43 на 100 тис. населення у 2017 році. При цьому, максимальне значення показника було відмічено в 2016 році (2070,38 на 100 тис. населення).

В м. Харкові максимальні значення показника поширеності хвороб підшлункової залози виявлені в 2016 році – 2100,67 на 100 тис. населення, та за звітний період він майже не змінився, а саме: в 2013 році склав 2093,94, в 2017 році – 2072,75 на 100 тис. населення.

Показник поширеності хвороб підшлункової залози в районах області в цілому з 2013 року по 2017 рік дещо виріс з 1822,99 до 1972,38 на 100 тис. населення, що склало 8,19%. Найбільший рівень даного показника був в 2016 р., де він склав 2036,35 на 100 тис. населення (табл. 3).

Поширеність хвороб підшлункової залози за даний період в Борівському, Шевченківському та Лозівському районах мала високі показники та склала відповідно 3478,33; 3324,43 та 2911,60 на 100 тис. населення. Найбільше за ці 5 років показник зріс майже в 3 рази в Борівському районі з 1658,47 до 4728,54 на 100 тис. населення. Зростання темпу приросту спостерігалось в м. Люботині (на 118,16%), Лозівському районі (на 37,53%), Балаклійському районі (на 34,02%), Великобурлуцькому районі (на 32,94%), Сахновщинському районі (на 26,85%), Шевченківському районі (на 24,83%) та в інших районах Харківської області.

Таблиця 3

Поширеність хвороб підшлункової залози в Харківській області у 2013–2017 рр., на 100 тис. осіб

Регіон	2013	2014	2015	2016	2017
Райони області	1822,99	1882,65	2015,52	2036,35	1972,38
м. Харків	2093,94	2092,19	2061,23	2100,67	2072,75
Харківська область	1967,80	1995,88	2039,65	2070,38	2025,43

В Харківській області показник поширеності хвороб підшлункової залози серед чоловічого населення був на рівні 1716,87, в місті Харкові – 1829,33, в районах – 1590,70 на 100 тис. чоловічого населення. Динаміка поширеності за період 2013–2017 рр. дещо збільшилася з 1601,48 у 2013 році до 1716,87 у 2017 році на 100 тис. чоловічого населення, при цьому максимальний рівень

Аналізуючи поширеність хвороб підшлункової залози залежно від статі серед населення області було встановлено, що показник поширеності у жінок вищий, ніж серед чоловіків (табл. 4).

За 2017 рік поширеність хвороб підшлункової залози серед жінок в Харківській області була на рівні 2291,99, при цьому в м. Харкові вона нижча – 2283,15, в районах відповідно 2301,88 на 100 тис. жіночого населення.

При оцінці поширеності хвороб підшлункової залози в динаміці за 2013–2017 роки в Харківській області серед жіночого населення встановлено, що показник поширеності мав тенденцію до зростання з 2281,54 у 2013 р. до 2291,99 у 2017 р. на 100 тис. жіночого населення (+0,46%), при цьому, максимальний рівень відзначений в 2015 р. (2307,83 на 100 тис. жіночого населення).

В м. Харкові максимальне значення показника поширеності хвороб підшлункової залози серед жіночого населення було зареєстровано в 2013 році (2385,97^{0/0000}), а мінімальне – в 2016 році (2128,77^{0/0000}).

В районах області поширеність хвороб підшлункової залози серед жінок за досліджуваний період збільшилась з 2159,64 до 2301,88 на 100 тис. жіночого населення, що склало 6,59%. Найбільше значення даного показника виявлено в 2016 році – 2465,43 на 100 тис. жіночого населення. Важливо відмітити, що такі райони як Борівський, Лозівський та Шевченківський мали високі показники поширеності хвороб підшлункової залози серед жіночого населення за звітний період – 3918,82; 3583,60 та 3578,62 на 100 тис. жіночого населення відповідно. Найбільше збільшення за ці 5 років показника спостерігалось в Шевченківському районі, де він зріс майже в 3,5 рази з 1308,31 в 2013 р. до 4523,92 на 100 тис. жіночого населення в 2017 році. Збільшення також спостерігається в Борівському районі (на 177,28%), м. Люботині (на 103,79%), Нововодолазькому (на 49,46%), Великобурлуцькому районі (на 45,89%), Балаклійському районі (на 37,94%), Лозівському районі (на 35,32%), Сахновщинському районі (на 34,14%) та інших районах.

Таблиця 4

Поширеність хвороб підшлункової залози в Харківській області у 2013–2017 рр., на 100 тис. осіб в залежності від статі

Регіон	2013		2014		2015		2016		2017	
	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.
Райони області	1430,75	2159,64	1518,39	2196,00	1559,45	2408,37	1624,07	2465,43	1590,70	2301,88
м. Харків	1752,31	2385,97	1846,80	2302,55	1879,14	2214,42	1992,29	2128,77	1829,33	2283,15
Харківська область	1601,48	2281,54	1693,53	2255,50	1728,15	2307,83	1818,90	2287,30	1716,87	2291,99

відзначався в 2016 році, коли він склав 1818,90 на 100 тис. чоловічого населення.

В м. Харкові показник поширеності хвороб підшлункової залози серед чоловічого населення за цей період виріс на 4,4 відсотка з 1752,31 в 2013 році до 1829,33 на 100 тис. чоловічого населення в 2017 році. В 2016 р. він був максимальним – 1992,29, в 2013 р. мінімальний – 1752,31 на 100 тис. чоловічого населення.

В районах Харківської області показник поширеності хвороб підшлункової залози серед чоловічого населення з 2013 року по 2017 рік збільшився на 11,2% з 1430,75 до 1590,70 на 100 тис. чоловічого населення. Найбільше значення даного показника було зареєстровано в 2016 році (1624,07 на 100 тис. чоловічого населення). При аналізі динаміки показника поширеності хвороб підшлункової залози серед чоловічого населення з 2013 року по 2017 рік було виявлено, що їх показники в Борівському, Харківському та Шевченківському районах були лідерами, та склали відповідно 2978,52; 2461,92 та 2235,82 на 100 тис. чоловічого населення. Найбільше збільшення за ці 5 років показника спостерігається в Борівському районі, де він зріс майже в 3 рази з 1408,80 в 2013 році до 4190,19 на 100 тис. чоловічого населення в 2017 році. Зростання також спостерігається в місті Люботині (на 150,17%), Вовчанському районі (на 55,65%), Коломацькому районі (на 52,83%), Лозівському районі (на 42,09%), Близнюківському районі (на 34,05%), Шевченківському районі (на 32,28%) та інших районах.

Висновки

1. Аналіз захворюваності в Харківській області хворобами підшлункової залози за 2017 рік показав, що захворюваність в області знаходилася на високому рівні та склала 186,67 на 100 тис. населення, відповідно в місті Харкові – 216,35^{0/0000} та в районах області – 153,39^{0/0000}, при цьому, найвища захворюваність була виявлена в Борівському (400,42^{0/0000}), Сахновщинському (371,89^{0/0000}) та Золочівському (315,28^{0/0000}) районах.

2. Визначено, що показник захворюваності хворобами підшлункової залози у 2013–2017 рр. серед жінок вище, ніж серед чоловіків. При цьому захворюваність в 2017 році серед жінок Харківської області склала 222,51, в місті Харкові – 272,14, в районах Харківської області – 166,89 на 100 тис. жіночого населення. Серед чоловіків Харківської області цей показник склав 145,17, в місті Харкові – 151,80, а в районах – 137,74 на 100 тис. чоловічого населення.

3. Динаміка захворюваності в Харківській області за період з 2013 року по 2017 рік мала тенденцію до зниження з 216,21 випадка на 100 тис. населення у 2013 р. до 186,67 випадка на 100 тис. населення у 2017 р., що склало 13,7%. При цьому, в 2014 р. вона була максимальною і складала 226,19 на 100 тис. населення.

4. Поширеність хвороб підшлункової залози в Харківській області в 2017 році склала 2025,43 на 100 тис. дорослого населення, при цьому, найбільший рівень її відмічається в м. Харкові 2072,75^{0/0000}, а в районах області дещо нижче – 1972,38 на 100 тис. населення, в той же час, в окремих районах області зареєстровані високі показники поширеності (Борівський – 4728,54^{0/0000}, Шевченківський – 3647,96^{0/0000} та Лозівський – 3232,53^{0/0000}).

Перспективи подальшого розвитку в даному напрямку полягають в тому, що на основі отриманих даних щодо показників захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози серед населення в подальшому можуть бути застосовані при проведенні оптимізації моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Література

1. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі / Е. О. Гапонова // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. – 2014. – № 1144. – С. 94–96.
2. Знаменська М. А. Аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення України / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. – Т. V, № 3 (17). – С. 24–29.
3. Маев И. В. Хронический панкреатит: Учебное пособие / Маев И. В., Казюлин А. Н., Дичева Д. Т., Кучерявый Ю. А. – М. : ВУНМЦ МЗ РФ, 2007. – 80 с.
4. Циммерман Я. С. Хронический панкреатит: современное состояние проблемы. Часть 1. Дефиниция, распространенность, вопросы этиологии и патогенеза / Я. С. Циммерман // Клини. мед. – 2007. – № 1. – С. 16–20.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2018 р.

**Заболеваемость и распространенность
болезней поджелудочной железы
среди взрослого населения Харьковской области***В.А. Огнев, П.О. Трегуб*

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования – изучить и проанализировать заболеваемость и распространенность болезней поджелудочной железы среди взрослого населения Харьковской области.

Материалы и методы. Материалами исследования при выполнении работы были данные отраслевой учетно-отчетной статистической медицинской документации за период с 2013 по 2017 года в Харьковской области с использованием статистического и библиосемантического методов.

Результаты. Показатель заболеваемости болезнями поджелудочной железы среди взрослого населения Харьковской области за период 2013–2017 гг. незначительно снизился на 13,66% с 216,21 на 100 тыс. взрослого населения в 2013 году до 186,67 на 100 тыс. взрослого населения в 2017 году. Показатель распространенности болезней поджелудочной железы за данный пятилетний период вырос на 2,93% с 1967,80 в 2013 г. до 2025,43 на 100 тыс. взрослого населения в 2017 г.

Выводы. Рост показателей заболеваемости и распространенности болезней поджелудочной железы среди взрослого населения Харьковской области за период 2013–2017 гг. свидетельствует о необходимости оптимизации действующей модели оказания медицинской помощи и реабилитации данного контингента населения.

Ключевые слова: заболеваемость, распространенность, болезни поджелудочной железы.

**Incidence and prevalence of pancreatic diseases
among the adult population of Kharkiv region***V.A. Ohniev, P.O. Trehub*

Kharkiv National Medical University

Purpose – to study and analyze the incidence and prevalence of pancreatic diseases among the adult population of the Kharkiv region.

Materials and methods. The materials of the study were the data of the sectoral accounting and reporting statistical medical records during 2013–2017 in the Kharkiv region. Statistical and bibliographic methods were used.

Results. The incidence rate of diseases of the pancreas among the adult population of the Kharkiv region during 2013–2017 decreased slightly on 13.66% from 216.21 per 100,000 adults in 2013 to 186.67 per 100,000 adults in 2017. The prevalence of pancreatic diseases during this five-year period increased on 2.93% from 1967.80 in 2013 to 2025.43 per 100,000 adults in 2017.

Conclusions. The increase in the incidence and prevalence of pancreatic diseases among the adult population of the Kharkiv region during 2013–2017 indicates the need to optimize the current medical care and rehabilitation model of this population.

Key words: incidence, prevalence, pancreatic diseases.

Відомості про авторів

Огнев Віктор Андрійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, проспект Науки, 4, м. Харків, 61000, Україна.

Трегуб Павло Олегович – аспірант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, проспект Науки, 4, м. Харків, 61000, Україна.

УДК 614.1:616.97-053.7(477)(477.64-25)

З.В. Лашкул, Д.Г. Балашов

Вікові та гендерні особливості захворюваності на венеричні хвороби в Україні та Запорізькій області серед підлітків за 2012–2017 рр.

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

Мета – вивчити вікові та гендерні особливості захворюваності на венеричні захворювання в Україні та Запорізькій області за 2012–2017 рр. серед підлітків.

Матеріали та методи. Використано дані державної і галузевої статистики в Україні та Запорізькій області 2012–2017 рр. А також методи епідеміологічного аналізу, статистичний і графічного зображення.

Результати. За досліджуваній період, як в Україні, так і в Запорізькій обл. намітилася тенденція щодо зменшення захворюваності класичними венеричними захворюваннями, в той же час встановлено вікові та гендерні розбіжності між показниками захворюваності на сифіліс та гонорею по Україні та Запорізькій області серед підлітків жіночої та чоловічої статі.

Висновки. Отримані результати потребують внесення змін до регіональних та державних програм профілактики венеричних захворювань, орієнтуючись на вікові та гендерні особливості їх реєстрації.

Ключові слова: сифіліс, гонорея, захворюваність, вікові та гендерні особливості

Вступ

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), – актуальна проблема охорони здоров'я України. За даними Міністерства охорони здоров'я, в Україні щороку реєструють близько 400 тис. нових випадків сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, сечостатевого мікоплазмозу, генітального кандидозу та трихомонозу.

Це пов'язано зі збільшенням кількості прихованих форм згаданих інфекцій і з тим, що окремі групи населення не отримують належної дерматовенерологічної допомоги [2, 7, 14, 19].

Не сприймаючи встановлені суспільні норми поведінки, представники уразливих груп населення здебільшого негативно ставляться до лікування ПСПШ у медичних закладах і досить часто ухиляються від нього. З об'єктивних причин ефективність диспансерної роботи серед такого контингенту вкрай низька. Згідно зі світовим досвідом, у такій ситуації ефективними є швидкі методи діагностики й одноразові схеми лікування в умовах амбулаторії. Можливе проведення синдромної діагностики, превентивного лікування, впровадження кейс-менеджменту.

Наказ МОЗ України № 286 від 07.06.2004 р. «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України» регламентує методики та стандарти діагностики, лікування і профілактики ПСПШ, проте в ньому не висвітлено особливості надання дерматологічної та профілактичної допомоги групам населення, уразливим до інфікування венеричними хворобами в залежності від вікових та гендерних особливостей. Забезпечення доступу до лікування, та організація просвітницької роботи серед різних категорій населення, є основним завданням

організацій, які реалізують комплексні програми профілактики ПСПШ. [5, 10, 13, 27, 28].

Мета роботи – оцінити динаміку та особливості показників захворюваності класичними венеричними захворюваннями (сифіліс, гонорея) в Україні та Запорізькій області серед різних вікових та гендерних груп населення.

Матеріали та методи

В роботі використано дані державної та галузевої статистики за 2012–2017 рр., а також методи епідеміологічного аналізу, статистичний і графічного зображення.

Результати дослідження та їх обговорення

Основним завданням впровадження програм по профілактиці ПСПШ є поліпшення ранньої їх діагностики та охоплення хворих належним лікуванням.

Статистичні показники дають можливість проаналізувати рівень регіональної захворюваності в порівнянні з показниками по Україні.

Встановлено, що показники захворюваності на сифіліс за досліджуваній період (2012–2017 рр.) по Україні зменшились з 11,70 в 2012 році до 6,50 на 100 тис. населення в 2017 році. По Запорізькій області захворюваність на сифіліс за цей період залишається стабільною, але вищою за показники по Україні в 2017 році на 39% (табл. 1).

Динаміка захворюваності на сифіліс по Україні склала -44,4%, по Запорізькій області всього -8,0%. Найвищі показники захворюваності на сифіліс по області зареєстровані в 2012 та 2016 роках (рис. 1).

Показники захворюваності на гонорею по Запорізькій області значно нижчі ніж показники по Україні. Так в 2017 р. показник захворюваності на гонорею в області становить 4,1, а по Україні 11,3, тобто менше ніж в 2,7 разу, що може говорити про не виявлення контактів, та не об'єктивності статистичних даних (табл. 2).

При показнику захворюваності на гонорею по Україні в 2012 році 19,50 на 100 тис. населення, по Запорізькій області він становив всього 8,30. А в 2017 році при показнику по Україні 11,30, по області він становив лише 4,10, що ставить під сумнів достовірність статистичних даних (рис. 2).

Таблиця 1
Динаміка захворюваності на сифіліс в Україні та Запорізькій області
(на 100 тис. населення, 2012–2017 рр.)

Регіон	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/- %
Україна	11,70	10,10	8,60	7,50	7,60	6,50	-44,4
Запорізька область	9,80	7,80	10,30	9,20	12,00	9,02	-8,0

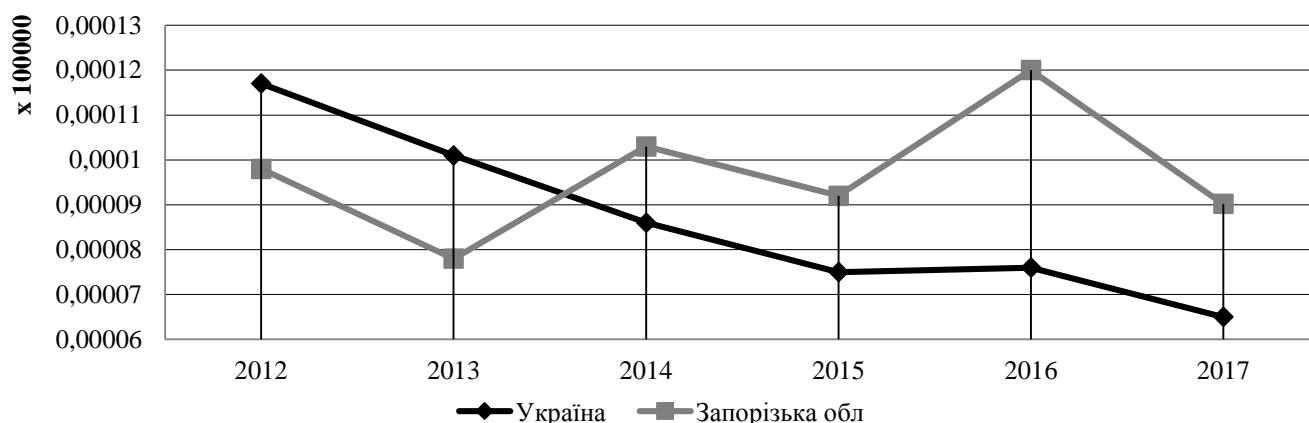


Рис. 1. Динаміка захворюваності на сифіліс в Україні та Запорізькій області (за 2012–2017 роки на 100 тис. населення)

Таблиця 2
Динаміка захворюваності на гонорею в Україні та Запорізькій області
(на 100 тис. населення, 2012–2017 рр.)

Регіон	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/- %
Україна	19,50	18,00	14,40	13,40	12,50	11,30	-42,1
Запорізька область	8,30	8,90	6,80	5,90	5,90	4,10	-50,6

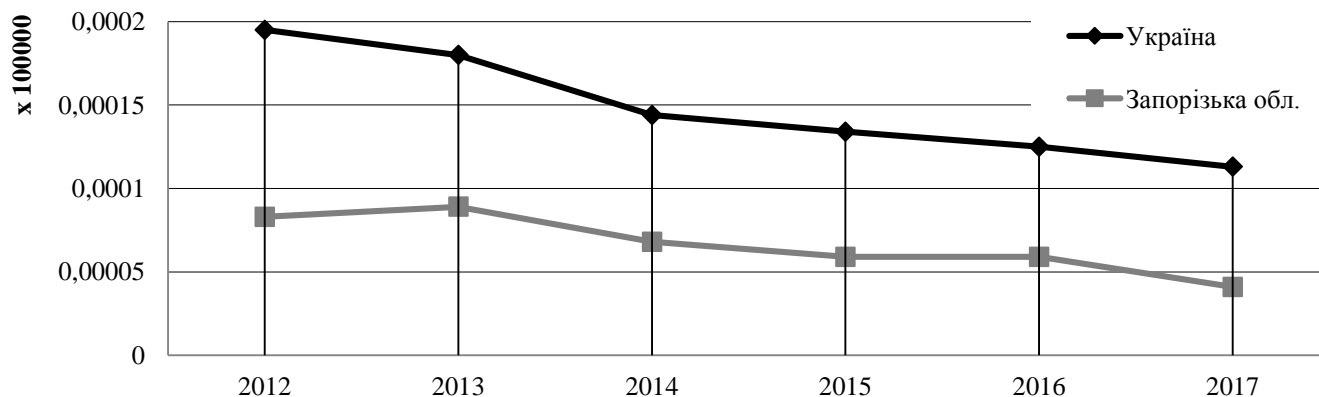


Рис. 2. Динаміка захворюваності на гонорею в Україні та Запорізькій області (за 2012–2017 роки на 100 тис. населення)

Зниження рівня захворюваності на гонорею безумовно пов'язане з порушенням реєстрації пацієнтів, які лікуються самостійно, або звертаються до приватних лікарів. Поширенню практики самолікування сприяють реклама високоефективних засобів лікування цих інфекцій, вільний продаж антибактеріальних лікарських засобів і доступність схем лікування. Реєстрація гонореї різко відрізняється в розрізі регіонів України, що може

бути наслідком низького показника в'ялення контактів, який приводить до розриву епідеміологічного ланцюжка, унеможливує максимальне охоплення джерел зараження та статеву-побутових контактів.

В ході дослідження одержані цікаві дані щодо співвідношення хворих сифіліс/гонорея, яке в досліджуваній період має значні відмінності між показниками по Україні і області (табл. 3).

Таблиця 3
Динаміка захворюваності на сифіліс та гонорею в Запорізькій області
(на 100 тис. нас. за 2012–2017 рр.)

Нозологічна форма	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/- %
Сифіліс	9,80	7,80	10,30	9,20	12,00	9,02	-8,0
Гонорея	8,30	8,90	6,80	5,90	5,90	4,10	-50,6

Так, по області показники співвідношення сифіліс/гонорея за весь період дослідження становив 2:1. Це співвідношення різко піднялось в 2014 році і було найвищим в 2016 і 2017 рр. Відповідно 2,1:1,0 та 2,2:1,0, що підтверджує зниження захворюваності на гонорею, за рахунок порушень реєстрації пацієнтів як закладами охорони здоров'я так і лікарями приватних практик.

Одною з пріоритетних задач нашого дослідження, було проведення аналізу захворюваності на венеричні хвороби серед підлітків 15–17 років.

Показники захворюваності на сифіліс серед підлітків, як по Україні так і по Запорізькій області мають сталу тенденцію до зниження. Динаміка по Україні становить -383,1, по Запорізькій області -340,2 (табл. 4).

Таблиця 4
Динаміка захворюваності на сифіліс в Україні та Запорізькій області
у віці від 15-17 років загалом обидві статі (на 100 тис. нас. за 2012–2017 рр.)

Регіон	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/- %
Україна	6,9	6,1	4,8	2,8	2,7	2,9	-383,1
Запорізька область	9,8	0,0	6,6	4,7	4,9	2,5	-340,2

В той же час, аналізуючи дані захворюваності на сифіліс в області і Україні встановлено, що при загальній тенденції на її зменшення, по Запорізькій області захворюваність підлітків в 2012 році була вищою на 42%,

2014 році на 37%, в 2016 році на 81%. В 2017 році вперше за період дослідження показник захворюваності на сифіліс у віці 15–17 років в Запорізькій області був менший за показник по Україні на 16% (рис. 3).

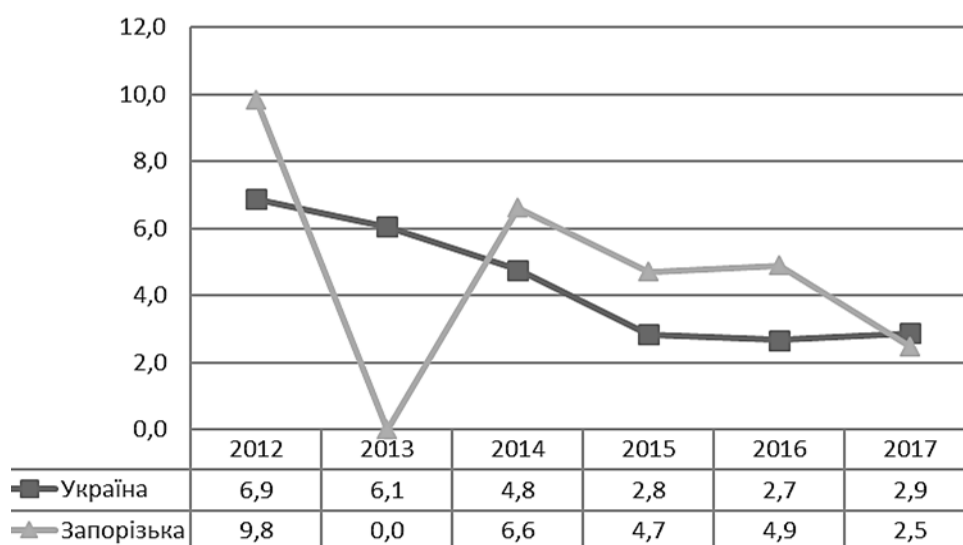


Рис. 3. Динаміка захворюваності на сифіліс в Україні та Запорізькій області у віці від 15–17 років загалом обидві статі (на 100 тис. нас. за 2012–2017 рр.)

Аналіз захворюваності на сифіліс серед підлітків жіночої та чоловічої статі показав, що по Запорізькій області реєструвались показники захворюваності сифілісом серед дівчат за період 2012–2016 рр. практично в 2 рази вищі, ніж по Україні. Так, в 2012 році по Україні показник захворюваності становив 11,1 на 100 тис. відповідного населення, по Запорізькій області 20,2, що на 81% вище ніж по Україні. В 2016 році по Україні 4,0 на 100 тис. відповідного населення, по області 10,1, що на 52% вище середнього показника по Україні. Тільки в 2017 році по області показник захворюваності на сифіліс серед дівчат зменшився в 2 рази і становить 5,1 на 100 тис. відповідного населення (по Україні – 4,0) (табл. 5).

Якщо по Україні показник захворюваності на сифіліс серед дівчат підлітків має послідовну динаміку зниження, то по Запорізькій області показники

коливаються від достатньо високих показників до її відсутності, що ставить під сумнів їх достовірність. Так в 2012 році захворюваність на сифіліс становила 20,2 на 100 тис. відповідного населення, а у 2013 році не зареєстровано жодного випадку. Темп зменшення показника захворюваності по Запорізькій області за період дослідження вищий ніж по Україні. По області він становить -589,8%, по Україні -488,9% (рис. 4).

Одержані цікаві дані щодо захворюваності на сифіліс по Запорізькій області в порівнянні з показниками по Україні серед підлітків чоловічої статі. Так, по Україні захворюваність на сифіліс серед підлітків чоловічої статі коливалась від 2,8 на 100 тис. відповідного населення (2012 рік) до 1,8 в 2017 році, то за цей період по області не зареєстровано ні одного випадку сифілісу (табл. 6).

Таблиця 5

Динаміка захворюваності на сифіліс в Україні та Запорізькій області у віці 15–17 років жіночої статі (на 100 тис. відповідного нас. за 2012–2017 рр.)

Регіон	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/- %
Україна	11,1	9,3	7,7	4,6	4,0	4,0	-488,9
Запорізька область	20,2	0,0	13,7	9,7	10,1	5,1	-589,8

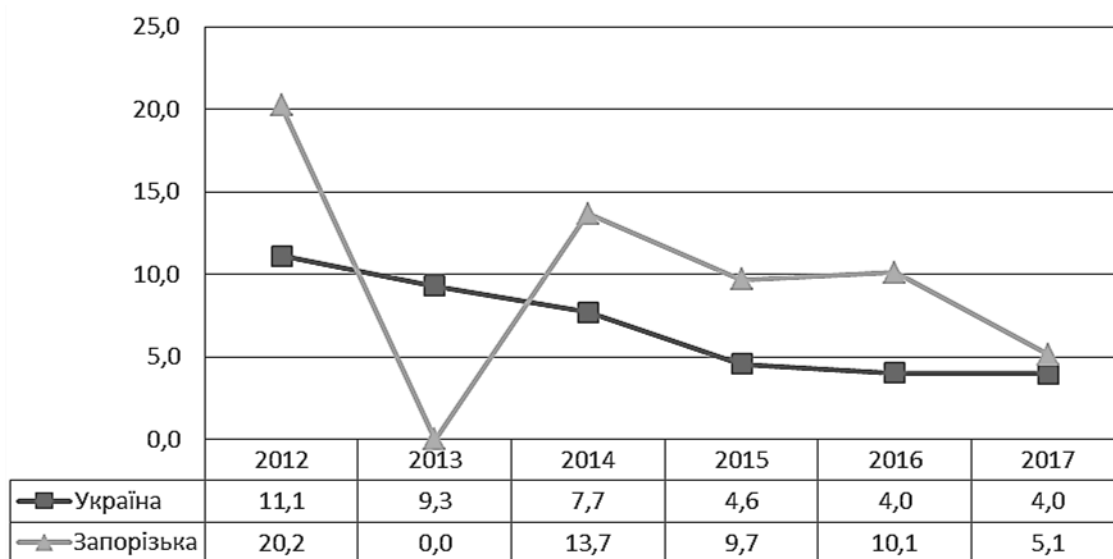


Рис. 4. Особливості захворюваності на сифіліс в Україні та Запорізькій області у віці 15–17 років жіночої статі (на 100 тис. нас. за 2012–2017 рр.)

Таблиця 6

Динаміка захворюваності на сифіліс в Україні та Запорізькій області у віці 15–17 років чоловічої статі (на 100 тис. нас. за 2012–2017 рр.)

Регіон	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/- %
Україна	2,8	3,0	2,0	1,2	1,4	1,8	-277,2
Запорізька область	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

Показники захворюваності на гонорею серед підлітків чоловічої статі відповідає загальній тенденції по Запорізькій обл., які в 2012, 2014 та 2016 роках значно

нижчі, ніж показники по Україні. Так в 2016 році показник захворюваності на гонорею по Україні 4,9, по області не зареєстровано жодного випадку (табл. 7).

Таблиця 7

Динаміка захворюваності на гонококову інфекцію в Україні та Запорізькій області у віці 15–17 років чоловічої статі (на 100 тис. нас. за 2012–2017 рр.)

Регіон	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/- %
Україна	10,3	10,0	6,9	6,4	4,9	4,5	-539,7
Запорізька область	3,8	16,2	4,3	13,7	0,0	4,8	+475,2

Підтвердженням цьому є значні коливання показника, так в 2015 році він становив 13,7 на 100 тис. підлітків чоловічої статі відповідного віку, в 2016 році жодного випадку (рис. 5). Значні відмінності в показниках захворюваності на гонококову інфекцію серед дівчат підлітків по Україні та Запорізькій області. Так, по області

в 2012, 2014, та 2017 рр. не зареєстровано жодного випадку. Тоді як по Україні він коливався від 8,7 до 4,8 на 100 тис. відповідного населення. Тренд становить -471,3% (табл. 8).

При плавному зниженні цього показника по Україні, він спалахоподібно підвищується по Запорізькій області в 2013, 2015 та 2016 роках (рис. 6).

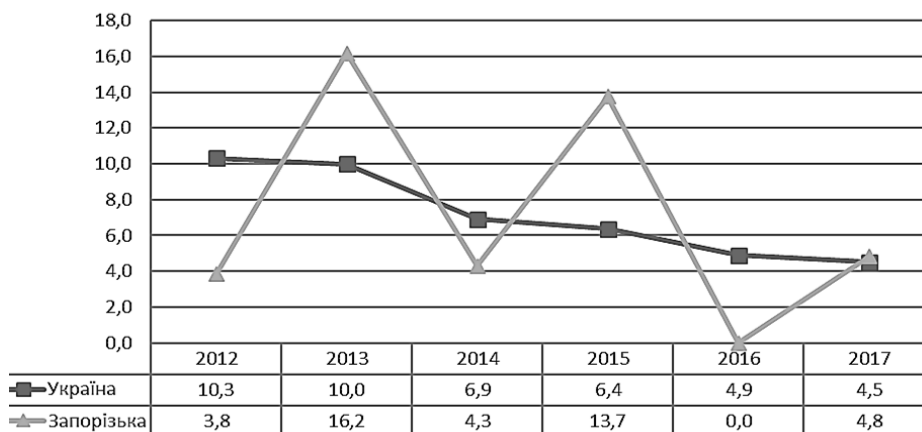


Рис. 5. Особливості захворюваності на гонококову інфекцію в Україні та Запорізькій обл. у віці від 15–17 років чоловічої статі (на 100 тис. відповідного нас. за 2012–2017 рр.)

Таблиця 8

Динаміка захворюваності на гонококову інфекцію в Україні та Запорізькій області у віці від 15–17 років жіночої статі (на 100 тис. відп. нас. за 2012–2017 рр.)

Регіон	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/- %
Україна	8,7	11,2	8,4	8,3	6,2	3,8	-471,3
Запорізька область	0,0	4,2	0,0	4,9	5,1	0,0	0

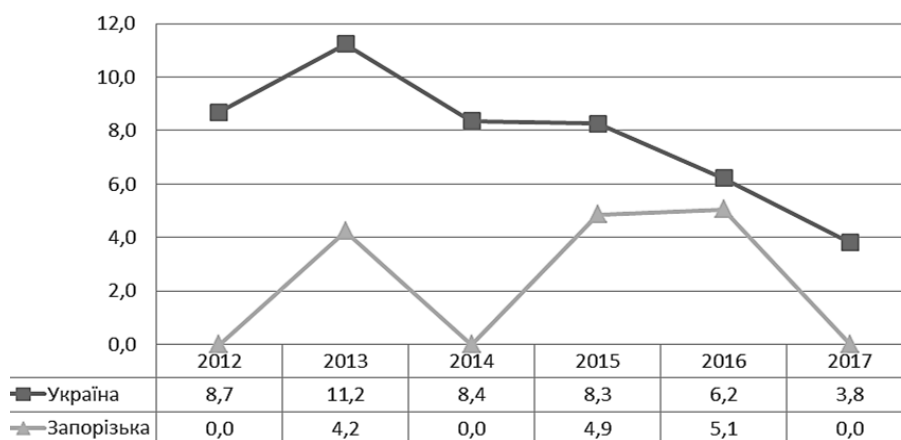


Рис. 6. Особливості захворюваності на гонококову інфекцію в Україні та Запорізькій області у віці від 15–17 серед осіб жіночої статі (на 100 тис. відповідного нас. за 2012–2017 рр.)

Підтвердженням не відповідності офіційних статистичних даних щодо захворюваності на гонорею по Запорізькій області є співвідношення захворюваності на сифіліс та гонококову інфекцію, яке не відповідає світовим та національним тенденціям. Так, співвідношення сифіліс/гонорея серед підлітків в 2012 р. по Запорізькій області становило 4:1, в 2014 р. 3:1, в 2017 р. 1:1. Тоді як в різні попередні роки в Україні він становив 1:12, 1:15 і вище (рис. 7).

Ці твердження перш за все стосуються захворюваності на венеричні хвороби підлітків жіночої статі. Так співвідношення сифіліс/гонорея в 2012 р. становить 20:0, у 2014 р. 13,0:0, в 2017 р. 5,0:0 (табл. 9).

Тоді, як співвідношення сифіліс/гонорея у підлітків чоловічої статі абсолютно протилежні. При відсутності випадків сифілісу у цієї вікової групи, рівень захворюваності на гонорею значно вищий ніж у підлітків жіночої статі (табл. 10).

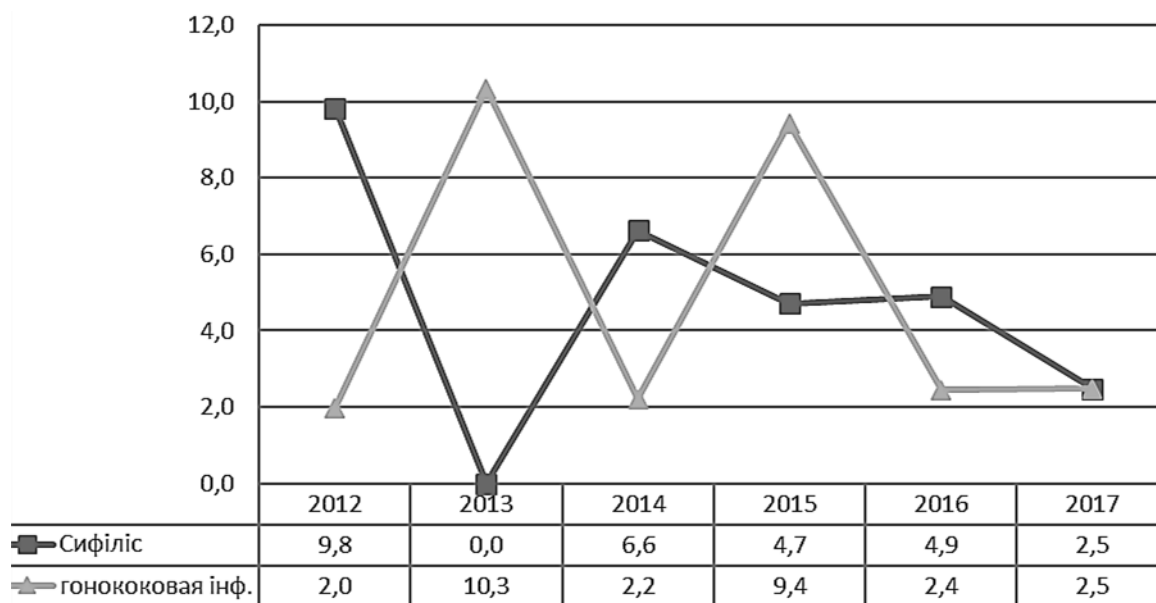


Рис. 7. Співвідношення показників захворюваності на сифіліс та гонококову інфекцію серед підлітків 15–17 років по Запорізькій області за 2012–2017 роки на 100 тис. відповідного населення

Таблиця 9
Співвідношення захворюваності на сифіліс/гонорею серед осіб жіночої статі в віці 15–17 років (на 100 тис. відповідного віку)

Нозологічна форма	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/- %
Сифіліс	20,2	0,0	13,7	9,7	10,1	5,1	-589,9
Гонорея	0,0	4,2	0,0	4,9	5,1	0,0	0

Таблиця 10
Співвідношення захворюваності на сифіліс/гонорею серед осіб чоловічої статі в віці 15–17 років (на 100 тис. відповідного віку)

Нозологічна форма	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/- %
Сифіліс	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Гонорея	3,8	16,2	4,3	13,7	0,0	4,8	+79,1

Висновки

1. Узагальнений аналіз епідеміологічних даних захворюваності класичними венеричними хворобами в Україні та Запорізькій області за період з 2012 по 2017 рр. показав, що стан захворюваності на сифіліс та гонорею стабілізувався і має тенденцію до зменшення, хоча продовжується реєструватися на високому епідеміологічному рівні.

2. Встановлено що показники захворюваності на сифіліс серед підлітків, як по Україні так і по Запорізькій області мають сталу тенденцію до зниження. Динаміка по Україні становить – 383,1, по Запорізькій області – 340,2.

3. Встановлено, що по Україні захворюваність на сифіліс серед підлітків чоловічої статі коливалась від 2,8 на 100 тис. відповідного населення (2012 рік) до 1,8 в 2017 році, по Запорізькій області за цей період не зареєстровано ні одного випадку сифілісу.

4. Значні відмінності в показниках захворюваності на гонококову інфекцію серед дівчат підлітків по Україні та Запорізькій області. Так, по області в 2012, 2014 та 2017 роках не зареєстровано жодного випадку. Тоді як по Україні він коливався від 8,7 до 4,8 на 100 тис. відповідного населення. Тренд становить -471,3 %.

5. Підтвердженням не відповідності офіційних статистичних даних щодо захворюваності на венеричні захворювання по Запорізькій області є співвідношення захворюваності на сифіліс та гонококову інфекцію, яке не відповідає світовим та національним тенденціям. Так, співвідношення сифіліс/гонорея серед підлітків в 2012 р. по Запорізькій області становило 4:1, в 2014 р. 3:1, в 2017 р. 1:1. Тоді як в різні попередні роки в Україні він становив 1:12, 1:15 і вище. Ці твердження перш за все стосуються

захворюваності на венеричні хвороби підлітків жіночої статі. Так співвідношення сифіліс/гонорея в 2012 р. становить 20:0, у 2014 р. 13:0, в 2017 р. 5:0.

6. Отримані результати потребують внесення змін до регіональних та державних програм профілактики венеричних захворювань, орієнтуючись на вікові та гендерні особливості їх реєстрації.

Перспектива досліджень полягає в тому, що з метою удосконалення програм профілактики венеричних захворювань на регіональному рівні, одержані результати потребують подальшого аналізу в розрізі місця проживання та навчання підлітків, наявність факторів ризику, об'єктивності статистичних даних і т.д.

Література

1. *Кравченко В. Г.* Аналітичний огляд рівня захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, у період 1945–2017 рр. та можливі перспективні заходи щодо зниження їхньої поширеності в Україні / В.Г. Кравченко, В. І. Степаненко // Український журнал дерматології венерології косметології. – 2018. – № 3 (70). – С. 15–21.
2. *Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).* – К.: ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», 2017.
3. *Клініко-епідеміологічні особливості сифілісу на сучасному етапі* / Г. М. Бондаренко, С. В. Унучко, Т. В. Губенко, В. П. Матющенко // Дерматологія та венерологія. – 2014. – № 2 (64). – С. 65–70.
4. *Короленко В. В.* Аналіз епідеміологічної ситуації щодо сифілісу в країнах Європейського Союзу та Сполучених Штатах Америки як передумова створення системи державного управління соціально небезпечними інфекціями / В.В. Короленко // Український журнал дерматології венерології косметології. – 2016. – № 2. – С. 98–104.
5. *Матеріали III з'їзду Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів 22-23 листопада 2017 р., м. Львів* // Український журнал дерматології венерології косметології. – Львів, 2017. – № 4 (67). – С. 6–13.
6. *Нізова Н. М.* Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні / Н. М. Нізова // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 12–13.
7. *Степаненко В. І.* Современная дерматовенерология претерпевает существенные изменения / В. І. Степаненко // Медична газета Здоров'я України. – 2015. – № 19 (368). – С. 40–41.
8. *Ціборовський О. М.* Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління (огляд літератури) / О. М. Ціборовський // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2 (34). – С. 13–18.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.11.2018 р.

Возрастные и гендерные особенности заболеваемости венерическими болезнями в Украине и Запорожской области среди подростков за 2012–2017 гг.

З.В. Лаишул, Д.Г. Балашов

ГУ «Запорожская медицинская академия
последипломного образования МЗ Украины»,
г. Запорожье, Украина

Цель – изучить возрастные и гендерные особенности заболеваемости венерическими заболеваниями в Украине и Запорожской области за 2012–2017 гг. среди подростков.

Материалы и методы. Используются данные государственной и отраслевой статистики Украины и Запорожской области за 2012–2017 гг. А также методы эпидемиологического анализа, статистического и графического изображения.

Результаты. За исследуемый период, как в Украине, так и в Запорожской обл. наметилась тенденция к уменьшению заболеваемости классическими венерическими заболеваниями, в то же время установлено возрастные и гендерные различия между показателями заболеваемости сифилисом и гонореей в Украине и Запорожской области среди подростков женского и мужского пола.

Выводы. Полученные результаты требуют внесения изменений в региональных и государственных программ профилактики венерических заболеваний, ориентируясь на возрастные и гендерные особенности их регистрации.

Ключевые слова: сифилис, гонорея, заболеваемость, возрастные и гендерные особенности.

Age and gender peculiarities of morbidity with venereal diseases in Ukraine and Zaporizhzhya area among teenagers 2012–2017

Z.V. Lashkul, D.G. Balashov

SI “Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine”

Purpose – to study the age and gender characteristics of the incidence of sexually transmitted diseases at Ukraine and Zaporozhye region for 2012–2017 among teenagers.

Materials and methods. Used data of state and industry statistics Ukraine and Zaporizhzhya region 2012–2017. As well as methods of epidemiological analysis, statistical and graphic images.

Results. During the research period, both in Ukraine and in the Zaporozhye region, there has been a tendency to a decrease in the incidence of classic sexually transmitted diseases, at the same time established age and gender differences between the incidence of syphilis and gonorrhea in Ukraine and Zaporozhye region among male and female teenagers.

Conclusions. Received the results require changes in regional and state programs for the prevention of sexually transmitted diseases, focusing on the age and gender characteristics of their registration.

Keywords: syphilis, gonorrhea, morbidity, age and gender features.

Відомості про авторів

Лашкул Зінаїда Василівна – зав. кафедри соціальної медицина, організації і управління охороною здоров'я, ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», д.мед.н., доцент, Заслужений лікар України; 69069 м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20.

Балашов Дмитро Германович – заступник головного лікаря з поліклінічної та організаційно-методичної роботи ДЗ «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер», аспірант кафедри; 69069 м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20.

УДК 614.2:355.415.6(477)

В.О. Жаховський¹, В.Г. Лівінський¹, М.В. Кудренко², Г.О. Слабкий³, І.П. Мельник⁴, В.П. Ясінський⁵

Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні сучасної системи військової охорони здоров'я

¹Українська військово-медична академія, м. Київ

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

³ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

⁴Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця

⁵Львівський державний університет внутрішніх справ МВС України, м. Львів

Мета роботи – дослідження місця Воєнно-медичної доктрини України в системі нормативно-правових актів військової охорони здоров'я та керівних документів військової медицини, її ролі у формуванні в державі сучасної системи охорони здоров'я військовослужбовців.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я військовослужбовців. Предмет дослідження – Воєнно-медична доктрина України. Методи дослідження: бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Результати. Опрацювання перспективних шляхів реформування вітчизняної охорони здоров'я, вирішення питання побудови сучасної системи медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань супроводжується пошуком нових організаційних форм раціонального й ефективного використання військових і цивільних медичних ресурсів, їх науковим обґрунтуванням та розробкою нової нормативної бази їх діяльності.

Висновки. Воєнно-медична доктрина України та Державна цільова програма розбудови військової охорони здоров'я України, що має бути розроблена з урахуванням положень Доктрини, дозволять створити необхідну структуру та комплект сил і засобів військово-медичних служб, покращити їх матеріально-технічне оснащення та слугуватимуть основою формування медичної складової високої боєготовності та боєдатності військ, а в особливий період дозволять створити єдиний медичний простір в інтересах медичного забезпечення всіх Сил оборони.

Ключові слова: охорона здоров'я, медична служба, медичне забезпечення, Воєнно-медична доктрина України, єдиний медичний простір.

Вступ

Порядок організації та діяльності вітчизняної системи охорони здоров'я визначений Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [1]. Цим законом встановлені правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюються суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. Водночас у зазначеному законі відсутній розділ щодо охорони здоров'я військовослужбовців ЗС України та інших військових формувань.

Стаття 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» містить загальні положення щодо права військовослужбовців на охорону здоров'я та медичну допомогу, проте не розкриває механізму та порядку його забезпечення [2]. Підвищені вимоги до стану здоров'я військовослужбовців, обумовлені особливостями проходження військової служби, що містять серйозні ризики і загрози для нього, потребують уваги держави до

нормативно-правового врегулювання механізму його забезпечення. Водночас питання охорони здоров'я військовослужбовців до останнього часу регулювалися виключно відомчими нормативно-правовими актами ЗС України та інших військових формувань.

Відсутність єдиного державного нормативного акту щодо побудови системи охорони здоров'я військовослужбовців, зокрема й на особливий період, призвела до того, що під час численних безсистемних організаційних заходів, які проводилися за роки незалежності, була скорочена частина військово-медичних закладів та порушена організаційна структура військово-медичних підрозділів, що в свою чергу призвело до зниження, а нерідко й до втрати ними спроможностей щодо виконання завдань за призначенням. До погіршення стану медичного забезпечення військ призвели також зменшення фінансування медичної служби, несвоєчасне поновлення медичного обладнання і техніки та відтік кваліфікованого медичного персоналу.

Антитерористична операція (АТО) на Сході України, яка супроводжувалася великою кількістю людських жертв, особливо в 2014–2015 роках, стала реальним випробуванням для військової медицини та виявила ряд серйозних проблем у стані медичного забезпечення військ.

Перший серйозний аналіз цих проблем на державному рівні було проведено робочою групою

Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, яка в серпні 2014 року вивчала стан медичного забезпечення в зоні АТО, а одним із висновків, зроблених нею, була рекомендація щодо термінового розроблення Воєнно-медичної доктрини України [3].

Приблизно у цей же час, незалежно від діяльності робочої групи Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, фахівцями Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України та Української військово-медичної академії за участю керівників медичних служб військових формувань України було опрацьовано проект Воєнно-медичної доктрини України, який був розглянутий і схвалений в Національному інституті стратегічних досліджень України, на засіданні Президії Національної академії медичних наук України та направлений для розгляду в Адміністрацію Президента України.

Як результат, рішенням Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року "Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки" (підпункт "ї" пункту 1), введеним в дію Указом Президента України, поставлене завдання Кабінету Міністрів України щодо розроблення та затвердження Воєнно-медичної доктрини України [4].

За дорученням Прем'єр-міністра України подальше опрацювання нормативно-правового акту проводилося в Міністерстві оборони України.

Розроблений проект Воєнно-медичної доктрини України неодноразово розглядався та був схвалений в рамках круглого столу "Роль і місце військової медицини в єдиному медичному просторі України щодо реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я" в Національній академії державного управління при Президентові України (12.12.2014), на науково-практичній конференції "Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції" в Українській військово-медичній академії, що проводилася Військово-медичним департаментом Міністерства оборони України за участі Голови і членів комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, представників Адміністрації Президента України, Міністерства охорони здоров'я України та волонтерських організацій (18.12.2014) [5], на слуханнях у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я (24.12.2014) та на парламентських слуханнях у Верховній Раді України (20.05.2015) [6].

Крім того, опрацьований проект Воєнно-медичної доктрини України отримав позитивну експертну оцінку іноземного радника з військово-медичних питань Офісу зв'язку НАТО в Україні.

Необхідність опрацювання та затвердження в державі воєнно-медичної доктрини широко обговорювалася науковцями, волонтерами, журналістами та просто зацікавленими громадянами. Авторами цієї статті також було опубліковано ряд матеріалів, в яких розглядалися проблеми медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення під час антитерористичної операції та "гібридної війни", а також

причини, що призвели до їх виникнення [7, 8]. Одним із основних шляхів їх вирішення авторами пропонувалося розроблення Воєнно-медичної доктрини України та затвердження її указом Президента України. Також досліджувалися історичні аспекти розроблення документа, пропонувалися методологічні підходи до структури і змісту нормативно-правового акта та порядку його реалізації. Розроблення Воєнно-медичної доктрини України також передбачено Стратегічним оборонним бюлетенем України, що затверджений указом Президента України [9].

31 жовтня 2018 року, після численних розглядів, обговорень та погоджень, Воєнно-медична доктрина України, яку військові медики та медична спільнота України очікували більше чотирьох років, була затверджена Урядом [10].

Мета роботи полягає в дослідженні місця Воєнно-медичної доктрини України в системі нормативно-правових актів військової охорони здоров'я та керівних документів військової медицини, а також її ролі у формуванні в державі сучасної системи охорони здоров'я військовослужбовців.

Об'єкт дослідження: система охорони здоров'я військовослужбовців.

Предмет дослідження: Воєнно-медична доктрина України.

Методи досліджень: бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Матеріали досліджень: нормативно-правові акти з питань національної безпеки держави та охорони здоров'я в Україні, публікації у відкритих наукових джерелах.

Результати дослідження та їх обговорення

Затверджена Кабінетом Міністрів України Воєнно-медична доктрина України стала першим нормативним актом держави, який заклав основи побудови сучасної системи охорони здоров'я військовослужбовців всіх складових Сил оборони, визначив стратегію та основні напрями розвитку медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань, зокрема під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій, а також дав поштовх для подальшого її розвитку.

Це політичний загальнодержавний документ, який крім всіх складових Сил оборони охоплює інші центральні органи виконавчої влади, промислові потужності, освітній та науковий потенціал держави для побудови системи охорони здоров'я військовослужбовців.

Воєнно-медична доктрина України враховує положення Конституції України, вітчизняного законодавства з питань охорони здоров'я, національної безпеки і оборони держави, а також Воєнної доктрини України. Водночас вона є основою для напрацювання нормативно-правових актів нижчого рівня, зокрема й відомчих, з питань охорони здоров'я військовослужбовців ЗС України та інших військових формувань і медичного забезпечення військ під час їх застосування, а також програмних документів щодо розвитку військової охорони

здоров'я. Місце Воєнно-медичної доктрини України в системі законодавчих і нормативно-правових актів держави з питань військової охорони здоров'я показано на рисунку.

Звертаючись безпосередньо до змісту документа необхідно зазначити, що Воєнно-медична доктрина України – це сукупність поглядів, науково обґрунтованих принципів, єдиних організаційних вимог щодо організації медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань [10].

Воєнно-медична доктрина України визначає мету, принципи, організаційні засади системи охорони здоров'я військовослужбовців, повноваження та відповідальність за її реалізацію, фінансове та ресурсне забезпечення, наукове супроводження військової охорони здоров'я, вирішення проблем військової медицини, а головне –

відповідальність держави та органів виконавчої влади за розвиток системи охорони здоров'я військовослужбовців і забезпечення її спроможностей у воєнний час, що на думку авторів ставить її на один рівень з доктринальними документами з питань безпеки і оборони держави.

Метою Воєнно-медичної доктрини України є збереження життя і здоров'я військовослужбовців через досягнення максимальної ефективності їх медичного забезпечення шляхом об'єднання спроможностей та зусиль медичних служб ЗС України, інших військових формувань і системи охорони здоров'я цивільного населення, а також завчасної підготовки системи охорони здоров'я держави до надання медичної допомоги військовослужбовцям під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій [10].



Рис. Структура нормативно-правової бази медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань

Реалізуючи положення Конституції України, яка стверджує що життя кожної людини є найвищою цінністю, Воєнно-медична доктрина України запроваджує такі принципи в системі медичного забезпечення військ, які раніше пропонувалися авторами, а саме [8, 10]:

єдині організаційні засади діяльності медичних служб незалежно від відомчого підпорядкування;

єдине розуміння причин зниження (втрати) боєздатності військовослужбовців та шляхів її підвищення (збереження);

єдині погляди на профілактику, діагностику, надання медичної та психологічної допомоги, евакуацію,

лікування, медичну та психологічну реабілітацію поранених (уражених, хворих), профілактику бойового стресу (превентивну реабілітацію);

організація медичного забезпечення та надання медичної допомоги відповідно до стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів та військово-медичних стандартів;

формування необхідного резерву, ешелонування та постійна готовність сил і засобів медичних служб, а також системи охорони здоров'я цивільного населення для медичного забезпечення військ;

профілактична спрямованість діяльності медичних служб та єдині підходи під час проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;

територіальний принцип медичного забезпечення та інтеграція системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України.

Вищенаведені принципи є загальними та обов'язковими для медичних служб всіх складових Сил оборони. Їх застосування та виконання забезпечує єдині підходи до медичного забезпечення військ та надання медичної допомоги пораненим (хворим) військово-службовцям та служить основою для формування єдиного медичного простору в особливий період.

У Воєнно-медичній доктрині України вперше визначено, що медичне забезпечення військовослужбовців під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій має проводитися в обсягах, що максимально відповідають основним вимогам мирного часу [10]. Така вимога застосовується в доктринальних документах з питань медичного забезпечення збройних сил держав-членів НАТО та інших передових держав світу. Зазначене положення виставляє високі вимоги перед медичними службами щодо надання пораненим (ураженим) медичної допомоги, починаючи від поля бою, з дотриманням стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) і клінічних протоколів на засадах доказової медицини, а також сучасних досягнень медичної науки.

Слід також зазначити, що у Воєнно-медичній доктрині України знайшли свій подальший розвиток положення щодо інтеграції систем військової та цивільної охорони здоров'я на засадах єдиного медичного простору, які були започатковані у Воєнній доктрині України [11] та Стратегічному оборонному бюлетені України [9]. Як результат, у Воєнно-медичній доктрині України вперше серед інших нормативно-правових актів держави наведено визначення єдиного медичного простору.

Єдиний медичний простір – система організації надання медичної допомоги, яка об'єднує всі медичні ресурси держави спільним управлінням і визначеними механізмами фінансування та забезпечує доступність, якість і ефективність усіх видів медичної допомоги всім громадянам України, у тому числі і військовослужбовцям [10]. Питання формування єдиного медичного простору набуває особливої актуальності в особливий період, тобто під час захисту Батьківщини, коли сил і засобів медичної служби виявляється недостатньо для надання медичної допомоги стрімко зростаючій кількості поранених, травмованих та уражених.

Інтеграція системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України передбачає функціональне поєднання сил і засобів медичних служб та системи охорони здоров'я цивільного населення з метою максимальної реалізації їхніх спроможностей щодо ефективного медичного забезпечення військ із збереженням організаційної самостійності [10]. Водночас загальні положення, принципи і вимоги щодо організації медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань розробляються та застосовуються на підставі єдиного законодавства з питань охорони здоров'я, стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) і

клінічних протоколів, військово-медичних стандартів, з урахуванням вимог Організації Об'єднаних Націй та положень Женевських конвенцій про захист жертв війни, а також Принципів і політики медичного забезпечення НАТО.

Воєнно-медична доктрина України стала першим нормативно-правовим актом держави, яким визначаються вимоги та завдання щодо ресурсного забезпечення медичних служб ЗС України та інших військових формувань, зокрема забезпечення спеціальним і санітарним транспортом, медичною апаратурою та технікою, а також медичним персоналом.

Доктрина визначає, що для потреб медичних служб та цивільної охорони здоров'я держава забезпечує виробництво і постачання за замовленнями ЗС України та інших військових формувань необхідного переліку і кількості вітчизняного медичного обладнання, майна та техніки, лікарських і профілактичних засобів, створення та утримання стратегічного запасу відповідно до затвердженої номенклатури. Медичні служби комплектуються сучасними медичними виробами подвійного використання з можливістю застосування в стаціонарних і польових умовах, переважно на модульній основі, що забезпечує їх автономність та мобільність, а їх оснащення (переоснащення) здійснюється програмно-цільовим методом [10].

Воєнно-медична доктрина України сприятиме вирішенню проблеми підготовки цивільних лікарів в питаннях медичного забезпечення військ і цивільного населення під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій, зокрема щодо надання медичної допомоги при бойовій патології, шляхом включення відповідних розділів до програм підготовки медичних і фармацевтичних працівників у закладах вищої медичної освіти, а також визначає шляхи наукового розв'язання проблем військової медицини.

Реалізація положень Воєнно-медичної доктрини України забезпечується Кабінетом Міністрів України та органами державної влади відповідно до повноважень, визначених Конституцією України і законами України, а також командуванням ЗС України та іншими військовими формуваннями.

Аналогічні доктринальні документи, як основа військово-медичних стандартів, прийняті та застосовуються у збройних силах багатьох держав світу. Водночас у різних країнах вони відрізняються між собою, що обумовлено відмінностями в їх економічному розвитку, стані збройних сил та розвитку системи охорони здоров'я. Проте під час виконання спільних місій з підтримання миру і безпеки та в інших випадках спільного виконання завдань медичні служби збройних сил держав-членів НАТО використовують єдині документи щодо медичного забезпечення військ, до яких належать Принципи і політика медичного забезпечення НАТО (МС 326/4), Спільна доктрина НАТО щодо медичного забезпечення (АJP-4.10(B)), Доктрина з планування медичного забезпечення військ (сил) НАТО (AJmedP-1) та Спільна об'єднана доктрина з медичної евакуації (STANAG 2546) тощо. Співставлення цих документів щодо їх рівня, змісту та застосування наведено в таблиці.

Рівень документів	Україна	Спільні документи НАТО	Власні документи держав-членів НАТО
Політичний, загальнодержавний щодо побудови охорони здоров'я військовослужбовців	Воєнно-медична доктрина України	-	Національні доктринальні (законодавчі документи) щодо охорони здоров'я військовослужбовців (за потреби)
Міждержавні (спільні документи щодо медичного забезпечення військ)	Принципи і політика медичного забезпечення Сил оборони	Принципи і політика медичного забезпечення військ НАТО (МС 326/4)	
	Доктрина медичного забезпечення Сил оборони	Спільна доктрина НАТО з медичного забезпечення (AJP-4.10(B))	
	-	Стандарти з різних елементів медичного забезпечення військ	
Власні доктринальні документи з медичного забезпечення національних збройних сил (військових формувань України)	Доктрина медичного забезпечення ЗС України		Національні доктрини медичного забезпечення збройних сил (Спільна медична доктрина Великобританії (JDP 4-03))
Керівні документи з медичного забезпечення національних збройних сил (військових формувань України в різних умовах)	Настанова з медичного забезпечення ЗС країни на особливий період, Керівництво з медичного забезпечення ЗС країни у мирний час		Керівні документи з медичного забезпечення національних збройних сил в різних умовах
Керівні документи з окремих питань медичного забезпечення національних збройних сил (військових формувань України в різних умовах)	Настанови (керівництва) з різних елементів медичного забезпечення ЗС країни (Керівництво з медичної евакуації в ЗС України)	Стандарти (STANAGs) щодо окремих питань медичного забезпечення НАТО (Доктрина з планування медичного забезпечення військ (сил) НАТО (AJmedP-1), Спільна об'єднана доктрина з медичної евакуації (STANAG 2546))	Керівні документи (стандарти) з окремих питань медичного забезпечення національних збройних сил

Стратегічним оборонним бюлетенем України визначене завдання щодо впровадження до 2020 року міжнародних стандартів, принципів та політики медичного забезпечення військ НАТО шляхом врахування їхніх вимог у національних нормативно-правових актах з питань охорони здоров'я військовослужбовців, формування необхідної структури та кількості сил і засобів медичних служб в усіх складових Сил оборони та організації медичного забезпечення військ [9].

На виконання зазначеного завдання в Міністерстві оборони України опрацьовано проект Принципів і політики медичного забезпечення Сил оборони (далі – Принципи і політика), який нині перебуває на розгляді в Координаційному центрі з питань організації діяльності медичних служб Сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я, що створений при Кабінеті Міністрів України [12].

Принципи і політика – це сукупність принципів, положень та єдиних організаційних вимог, які на відміну

від Воєнно-медичної доктрини України визначають саме порядок медичного забезпечення військ (сил) і мають на меті досягнення максимальної ефективності діяльності медичних служб всіх складових Сил оборони в мирний час та під час виконання завдань з оборони держави. Вони відображають систему поглядів, керівні принципи, положення та вимоги щодо організації медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань і не деталізують окремі його складові та клінічні аспекти військової медицини. Порядок медичного забезпечення складових Сил оборони, організаційні та клінічні аспекти надання медичної допомоги і лікування військово-службовців визначаються керівними документами нижчого рівня та військово-медичними стандартами.

Також відповідно до завдань, визначених Стратегічним оборонним бюлетенем України, у Міністерстві оборони України розробляється у відповідності із Спільною доктриною НАТО з медичного

забезпечення (АJP 4.10 (В) Доктрина медичного забезпечення Сил оборони. Цей документ має стати основоположним для організаційної побудови медичних служб ЗС України та інших військових формувань, а також організації медичного забезпечення військ під час їх застосування. Його проектом передбачається, що військові формування України (складові Сил оборони) матимуть власні медичні служби, які функціонально поєднані для виконання завдань за призначенням в рамках єдиного медичного простору між собою та з системою охорони здоров'я цивільного населення.

Керівні документи з питань медичного забезпечення нижчого рівня, зокрема відомчі керівні документи, які визначають порядок медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань, розробляються відповідно до законодавства з питань охорони здоров'я та Воєнно-медичної доктрини України з урахуванням вимог Організації Об'єднаних Націй, положень Женевських конвенцій про захист жертв війни, доктринальних документів НАТО щодо медичного забезпечення, а також військово-медичних стандартів.

У ЗС України запровадження стандартизації за всіма напрямками діяльності військ, зокрема й щодо їх медичного забезпечення, визначене наказом Генерального штабу Збройних Сил України [13], яким затверджено Систему оперативних стандартів Збройних Сил України (Систему документів з питань управління, застосування, підготовки та забезпечення) (далі – Система оперативних стандартів). Відповідно до Системи оперативних стандартів за напрямом медичного забезпечення передбачено опрацювання, введення в дію та використання таких керівних документів: Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України, Керівництво з медичного забезпечення ЗС України у мирний час, Настанова з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період, а також ряд інших керівних документів за окремими, більш вузькими, напрямками діяльності.

Доктрину медичного забезпечення Збройних Сил України вперше було введено в дію наказом Генерального штабу Збройних Сил України у 2014 році [14]. У 2017 році, з урахуванням вимог Воєнної доктрини України, Концепції розвитку сектору безпеки і оборони України, Стратегічного оборонного бюлетеня України, Державної програми розвитку Збройних Сил України на період до 2020 року та Програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2020 року, вона була доопрацьована та затверджена новим наказом Генерального штабу Збройних Сил України [15].

Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України відображає систему поглядів, керівні принципи, положення та вимоги щодо організації медичного забезпечення ЗС України. В Доктрині визначено, що медичне забезпечення є окремим видом забезпечення ЗС України, який являє собою систему заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню хвороб, надання медичної допомоги військовослужбовцям, лікування і відновлення їх працездатності та боєздатності після поранень, захворювань і травм.

Положення зазначеної Доктрини поширюються на медичне забезпечення ЗС України у мирний і воєнний час та в будь-яких умовах їх діяльності. Вона призначена для керівного складу та органів управління медичної служби, керівництва ЗС України і командирів усіх рівнів, виходячи з їхніх обов'язків щодо збереження життя та здоров'я військовослужбовців та є основою для розроблення керівних документів з окремих питань медичного забезпечення ЗС України.

Керівництво з медичного забезпечення Збройних Сил України на мирний час затверджене та введено в дію наказом Генерального штабу Збройних Сил України [16]. Його положення роз'яснюють та розкривають вимоги Військових статутів Збройних Сил України та інших нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я особового складу з метою єдиного їх розуміння, визначають порядок та особливості медичного забезпечення військ в умовах їх повсякденної діяльності, а також зміст і організацію роботи закладів охорони здоров'я та медичних підрозділів військових частин ЗС України, функціональні обов'язки посадових осіб медичної служби тощо.

На цей час, з урахуванням досвіду медичного забезпечення військ в АТО на Сході України та операції Об'єднаних сил, вимог керівних документів НАТО щодо медичного забезпечення, а також відповідно до сучасних поглядів на форми і способи застосування військ (сил) в операціях (бойових діях), у Головному військово-медичному управлінні опрацьовано та затверджено наказом Генерального штабу Збройних Сил України Настанову з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період [17]. Зазначена Настанова визначає порядок організації медичного забезпечення в залежності від варіантів та умов застосування військ, завдання медичної служби, порядок планування та проведення лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних і проти-епідемічних заходів, медичного постачання (медичної логістики) та медичного захисту військ.

Таким чином, прийняття Урядом Воєнно-медичної доктрини України дало поштовх для опрацювання низки нормативних актів нижчого рівня, зокрема міжвідомчих та відомчих керівних документів з питань медичного забезпечення військ, а також стало підставою для формування в особливий період єдиного медичного простору в інтересах Сил оборони.

Водночас затверджена Урядом Воєнно-медична доктрина України не вирішує автоматично та водночас усіх проблем військової охорони здоров'я. Вона має стати підставою для розроблення Державної цільової програми розбудови військової охорони здоров'я України (далі – Державна цільова програма), яка має об'єднати зусилля науки, освіти, охорони здоров'я, економіки і промисловості України для вирішення існуючих проблем та побудови сучасної ефективної системи військової охорони здоров'я.

Державна цільова програма, на необхідності опрацювання якої наголошувалося авторами в попередніх публікаціях, має включати перелік конкретних заходів, відповідальних виконавців, терміни виконання та джерела фінансування, а основними її розділами мають стати [8, 18]:

1. Законодавче та нормативно-правове врегулювання організації надання медичної допомоги військовослужбовцям і цивільному населенню у мирний та воєнний час (розробка законів та інших нормативно-правових актів, що врегульовують спільне використання можливостей військової медицини та системи цивільної охорони здоров'я, формування єдиного державного замовлення на забезпечення медичним майном, ліками, персоналом тощо).

2. Побудова системи медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань на воєнний час згідно з стандартами НАТО з відповідною організаційною структурою їхніх медичних служб, чіткою системою управління та необхідним комплектом сил і засобів.

3. Опрацювання із залученням відповідних центральних органів виконавчої влади, науково-дослідних установ і промисловості України медико-технічних вимог до медичних виробів подвійного використання (придатних для роботи в стаціонарних та польових умовах), сучасного комплектно-табельного оснащення, санітарних броньованих транспортних засобів переднього краю і засобів медичної та аеромедичної евакуації, їх конструкторська розробка, замовлення і виготовлення для ЗС України та інших військових формувань.

Окремої уваги потребує питання визначення номенклатури лікарських засобів, що призначені для застосування виключно в бойових умовах (радіопротектори, антидоти, вакцини тощо), їх виробництво вітчизняною промисловістю та забезпечення ними військ.

4. Розроблення сучасних рухомих лікувально-діагностичних комплексів, медико-технічного і санітарно-технічного оснащення на модульній основі та забезпечення ними військово-медичних підрозділів та військових мобільних госпіталів.

5. Визначення обсягів та порядку підготовки медичного персоналу різних освітніх рівнів для медичних служб ЗС України, інших військових формувань, системи цивільної охорони здоров'я та інші напрями реалізації Воєнно-медичної доктрини України.

Необхідність опрацювання Державної цільової програми з огляду на триваючу операцію об'єднаних сил, подальшу трансформацію ЗС України з метою набуття стандартів і спроможностей збройних сил держав-членів НАТО, стає все більш актуальною. За умов опрацювання, прийняття та поетапного виконання такої програми Воєнно-медична доктрина України, як основа медичної складової національної безпеки держави, дозволить запровадити єдині підходи до організації надання

медичної допомоги військовослужбовцям, їх лікування та реабілітації, стане основою для впорядкування відомчих керівних документів ЗС України та інших військових формувань з питань медичного забезпечення військ, сприятиме поліпшенню матеріально-технічного оснащення військово-медичних служб, створить передумови для подальшого розвитку системи військової охорони здоров'я та формування єдиного медичного простору держави у воєнний час.

Таким чином, затвердження Урядом Воєнно-медичної доктрини України у структурі та змісті, запропонованих авторами на початку розроблення нормативно-правового акту та відображених в їхніх попередніх публікаціях, засвідчило правильність вибраних підходів до вирішення загальнодержавної проблеми побудови сучасної системи військової охорони здоров'я [18].

Висновки

1. Воєнно-медична доктрина України визначила засади побудови сучасної системи охорони здоров'я військовослужбовців всіх складових Сил оборони, сформувала стратегію та основні напрями розвитку медичного забезпечення військ під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій, а також дала поштовх для подальшого її розвитку.

2. Воєнно-медична доктрина України є комплексним документом, який враховує положення законодавства з питань охорони здоров'я, національної безпеки і оборони держави, Воєнної доктрини України, та є підставою для розробки нормативно-правових актів нижчого рівня з питань охорони здоров'я військовослужбовців і медичного забезпечення військ під час їх застосування.

3. Воєнно-медична доктрина України слугуватиме основою формування медичної складової високої боєготовності та боєздатності військ, дасть можливість створити необхідну структуру та комплект сил і засобів військово-медичних служб, покращити їх матеріально-технічне оснащення, створити єдиний медичний простір та підвищити роль військової медицини в суспільстві.

4. Реалізація положень Воєнно-медичної доктрини України дозволить створити ефективну систему медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань, забезпечити військовослужбовців своєчасною та якісною медичною допомогою і, як результат, гарантувати їм збереження життя та зміцнення здоров'я.

Література

1. Закон України від 19.11.1992 року № 2801-ХІІ “Основи законодавства України про охорону здоров’я”. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст. 19.
2. Закон України від 20.12.1991 року № 2012-ХІІ “Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей”. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1992, № 15, ст. 190.
3. Рішення Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров’я від 4.09.2014 року № 04-26/4-38 “Про вжиття невідкладних заходів для поліпшення стану організації медичного забезпечення населення та учасників антитерористичної операції”. Діловодство ВМД МО України (справа 3, том 4, стор. 297-298).
4. Указ Президента України від 14 листопада 2014 року № 880/2014 “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року “Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки”.
5. Матеріали науково-практичної конференції в Українській військово-медичній академії 18.12.2014 року “Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції”.
6. Постанова Верховної Ради України від 25 листопада 2015 року № 827-VIII “Про Рекомендації парламентських слухань на тему: “Про військово-медичну доктрину України”.
7. Жаховський В.О. Воєнно-медична доктрина України як інструмент формування єдиного медичного простору / В.О. Жаховський, В.Г. Лівінський // Україна. Здоров’я нації. – 2015. – Вип. № 3 (Спецвипуск) – С. 36-39.
8. 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 (науково-теоретичний та науково-практичний журнал МОУ) – 2015. – № 1. – С. 9-14.
9. Указ Президента України від 6 червня 2016 року № 240/2016 “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року “Про стратегічний оборонний бюлетень України”.
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 року № 910 “Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України”.
11. Указ Президента України від 24 вересня 2015 року № 555/2015 “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 2 вересня 2015 року “Про нову редакцію Воєнної доктрини України”.
12. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 травня 2017 року № 412 “Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров’я”.
13. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 22.10.2012 року № 220 “Про затвердження Системи оперативних стандартів Збройних Сил України (Системи документів з питань управління, застосування, підготовки та забезпечення).
14. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 4.09.2014 року № 221 “Про затвердження Доктрини медичного забезпечення Збройних Сил України”.
15. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 20.12.2017 року № 445 “Про затвердження Доктрини медичного забезпечення Збройних Сил України”.
16. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 26.12.2013 року № 317 “Про затвердження Керівництва з медичного забезпечення Збройних сил України у мирний час”.
17. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 11.02.2019 року № 60 “Про затвердження Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період”.
18. Жаховський В.О., Лівінський В.Г. Єдиний медичний простір та військова медицина : монографія / Київ : «Видавництво Людмила», 2018. – 336 с. ISBN 978-617-7638-00-0.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.11.2018 р.

Место и роль Военно-медицинской доктрины Украины в формировании современной системы военного здравоохранения

*В.А. Жаховский¹, В.Г. Ливинский¹, Н.В. Кудренко²,
Г.А. Слабкий³, И.П. Мельник⁴, В.П. Ясинский⁵*

¹Украинская военно-медицинская академия, г. Киев

²ГУ “Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины”, г. Киев

³ГВУЗ “Ужгородский национальный университет”, г. Ужгород

⁴Военно-медицинский клинический центр Центрального региона, г. Винница

⁵Львовский государственный университет внутренних дел МВД Украины, г. Львов

Цель – исследование места Военно-медицинской доктрины Украины среди нормативно-правовых актов военного здравоохранения и руководящих документов военно-медицинской службы, ее роли в формировании в государстве современной системы охраны здоровья военнослужащих.

Материалы и методы. Объект исследования – система охраны здоровья военнослужащих. Предмет исследования – Военно-медицинская доктрина Украины. Методы исследования: библиографический, аналитический, системного подхода.

Результаты. Разработка перспективных путей реформирования отечественного здравоохранения, решение вопроса построения современной системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил Украины и других военных формирований сопровождается поиском новых организационных форм рационального и эффективного использования военных и гражданских медицинских ресурсов, их научным обоснованием и разработкой новой нормативной базы их деятельности.

Выводы. Военно-медицинская доктрина Украины и Государственная целевая программа развития военного здравоохранения Украины, которая должна быть разработана с учетом положений Доктрины, позволят создать необходимую структуру, комплект сил и средств военно-медицинских служб, улучшить их материально-техническую оснащенность, послужат основой формирования медицинской составляющей высокой боеготовности и боеспособности войск, а в особый период позволят создать единое медицинское пространство в интересах медицинского обеспечения всех Сил обороны.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинская служба, медицинское обеспечение, Военно-медицинская доктрина Украины, единое медицинское пространство.

Place and role of Military Medical Doctrine of Ukraine in the formation of a modern system of military health care

*V.O. Zhakhovsky¹, V.G. Livinsky¹, M.V. Kudrenko²,
G.O. Slabkiy³, I.P. Melnyk⁴, V.P. Yasinskiy⁵*

¹Ukrainian military medical academy, Kyiv, Ukraine

²PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

³SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

⁴Military Clinical Medical Center Central region, Vinnitsa, Ukraine

⁵Lviv State University of Internal Affairs of the MIA of Ukraine, Lviv, Ukraine

Purpose – the study of the place of the Military Medical Doctrine of Ukraine in the system of normative legal acts of military health care and the guidelines for military medicine, its role in the formation of a modern system of health care for servicemen in the state.

Materials and methods. The object of the research is the system of health care of servicemen. Subject of research – Military medical doctrine of Ukraine. Research methods: bibliographic, analytical, systematic approach.

Results. The development of promising ways of reforming domestic healthcare, the solution of the issue of building a modern system of medical support of the Armed Forces of Ukraine and other military formations is accompanied by the search for new organizational forms of rational and effective use of military and civilian medical resources, their scientific substantiation and the development of a new normative basis for their activities.

Conclusions. The Military Medical Doctrine of Ukraine and the State Target Program for the Development of Military Health in Ukraine, which should be developed in the light of its provisions, will allow to create the necessary structure and a set of forces and means of military medical services, improve their material and technical equipment and serve as the basis for formation a medical component of high combat readiness and combat readiness of troops, and in a special period will allow the creation of a single medical space in the interests of the medical care of all the Defense Forces.

Key words: health care, medical service, medical support, Military medical doctrine of Ukraine, the only medical space.

Відомості про авторів

Жаховський Віктор Олександрович – к.н.держ.упр., доц., провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. Московська 45/1, м. Київ, 01015, Україна.

Лівінський Володимир Григорович – к.мед.н., науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. Московська 45/1, м. Київ, 01015, Україна.

Кудренко Микола Васильович – заступник директора з організаційно-методичної та адміністративної роботи ДУ “Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров’я України”; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров’я факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ “Ужгородський національний університет”; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Мельник Ігор Петрович – к.мед.н., заступник начальника Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону з медичної частини, полковник медичної служби; вул. Свердлова, 185, м. Вінниця, 21000, Україна.

Ясінський В’ячеслав Петрович – старший викладач факультету психології Львівського державного університету внутрішніх справ МВС України; вул. Городоцька, 26, м. Львів, 79007, Україна.

Принципи медичного захисту при застосуванні бактеріологічної зброї

¹ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»

²Українська військово-медична академія

³ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

⁴ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»

Мета роботи – проаналізувати проблеми, що постають перед системою охорони здоров'я держави та системою медичного забезпечення військ при застосуванні бактеріологічної зброї як у мирний час так в особливий період та визначити принципи медичного захисту.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети у роботі використані загальнонаукові методи аналізу, синтезу, узагальнення, інтерпретації наукових даних, а також системний і структурно-функціональний підходи.

Результати. Встановлено, що особливості розвитку епідемічного процесу при застосуванні бактеріологічної зброї проти особового складу військ та мирного населення визначають складові алгоритму дій в процесі виявлення, індикації та ліквідації наслідків надзвичайної ситуації. Реалізація системи заходів медичного захисту при застосуванні біологічних засобів повинна передбачати створення резерву необхідних медикаментів, обладнання та підготовка спеціального персоналу, спроможного працювати і виконувати функції в складних умовах при переводі закладу охорони здоров'я на посилений протиепідемічний режим.

Висновки. Використання принципів медичного захисту при застосуванні бактеріологічної зброї повинно стати обов'язковою складовою заходів при ліквідації наслідків надзвичайної ситуації внаслідок застосування патогенних агентів.

Ключові слова: бактеріологічна (біологічна) зброя, уражаючі чинники, токсини, віруси, патогенні агенти, медичний захист.

Вступ

Бактеріологічна (біологічна) зброя – це боеприпаси до складу яких входять бактеріальні засоби. Бактеріальні засоби – це рідкі або сухі суміші мікроорганізмів (токсинів) з добавкою різних речовин, що забезпечують підвищення їх стабільності при розпилюванні і знаходженні їх у повітрі, а також підсилюючи їх вражаючу дію. Медичний захист при застосуванні бактеріологічної зброї – це комплекс медико-організаційних заходів, які здійснюються з метою максимального ослаблення впливу біологічного агента, збереження здоров'я та дієздатності уражених.

Безперечним фактом є те, що в процесі розгляду надзвичайно актуального питання застосування засобів бактеріологічної зброї та захисту від неї слід приділити увагу основним положенням Конвенції про заборону розробки, виробництва та накопичення бактеріологічної (біологічної) токсичної зброї та про їх знищення (Конвенція).

Конвенція стала першим міжнародним договором про роззброєння, що забороняє виробництво цілого класу озброєнь. Її підписання стало результатом багаторічних зусиль міжнародної спільноти щодо створення правової бази, яка доповнює собою Женевський протокол (1925).

Конвенція була відкрита для підписання державами-учасницями 10 квітня 1972 року і вступила в силу 26 березня 1975 року, коли 22 держави передали на

зберігання свої документи про ратифікацію Генеральному секретарю ООН.

На сьогодні Конвенцію підписали 163 держави, у т.ч. і Україна, крім того, неофіційно дотримується її положень Тайвань. Саме ці держави зобов'язалися не розробляти, не виробляти і не накопичувати біологічну зброю (БЗ). Однак відсутність механізму перевірок стану справ з використання бактеріологічної зброї в цих державах обмежила ефективність виконання положень Конвенції [1].

Сфера, охоплена Конвенцією, визначається в її перших статтях:

1. Мікробіологічні або інші біологічні агенти або токсини, яке б то не було їхнє походження або метод виробництва, таких видів і в таких кількостях, які не призначені для профілактичних, захисних або інших мирних цілей;

2. Зброя, обладнання або засоби доставки, призначені для використання таких агентів або токсинів у ворожих цілях або у збройних конфліктах [1, 2].

Згідно вимогами статей Основних положень Конвенції держави-учасниці зобов'язуються:

1. Ні за яких обставин не здобувати і не накопичувати біологічну зброю.

2. Знищити або перемкнути на мирні цілі все, що пов'язано з біологічною зброєю.

3. Не передавати, не допомагати жодним чином, не заохочувати і не примушувати кого б то не було до придбання і накопиченню БЗ.

4. Вносити необхідні зміни в своє законодавство.

5. Консультуватися один з одним з метою вирішення всіх питань, що стосуються виконання положень Конвенції.

6. Співпрацювати в проведенні будь-яких розслідувань, що стосуються скарг інших учасників КБТЗ, поданих до Ради Безпеки ООН.

7. Надавати допомогу державам, які можуть наразитися на небезпеку в результаті порушення Конвенції.

10. Виконувати все вище перелічене з метою мирного використання наукових розробок у галузі бактеріології.

Звертає на себе увагу застереження деяких країн, які висловили своє незадоволення положенням про те, що допускається накопичення біологічних агентів і токсинів для профілактичних та інших мирних цілей.

Найбільш вагомий внесок у створення ефективної системи протидії біологічній зброї було зроблено у 90-і роки минулого століття, коли почався процес створення механізму перевірок стану цієї важливої складової безпеки держав-учасниць Конвенції.

Якщо проаналізувати цю надважливу роботу в хронологічному порядку то можна констатувати, що суттєвим поштовхом до цього важливого кроку, були прийняті рішення другої Оглядової Конференції в 1986 р., де держави-учасниці домовилися щорічно доповідати про заходи щодо зміцнення довіри до ООН [1, 5].

Наступним важливим кроком у створенні дійової міжнародної системи біологічної безпеки були рішення Оглядової Конференції 1991 року, якими було створено групу урядових експертів (VEREX).

Протягом 1995-2001 років здійснювались заходи щодо обговорення та узгодження позицій, спрямованих на створення Протоколу, Конвенції про організацію перевірок стану її виконання в державах-учасниках Конвенції, який би на найбільш оптимальному та ефективному рівні задовольняв потреби її вимог.

Згідно з вимогами означених Конвенцій та відповідного Протоколу держави-учасниці зобов'язуються не розробляти, не виробляти, не накопичувати, не отримувати і не зберігати:

1. Біологічні агенти або токсини таких видів та у такій кількості, що не передбачені для профілактичних, захисних чи інших мирних цілей.

2. Зброю, обладнання або засоби доставки, призначені для використання таких агентів або токсинів у ворожих цілях чи у збройних конфліктах[1].

Вони зобов'язуються також не передавати і не допомагати будь-якій державі чи міжнародній організації у виробництві або набутті зазначених агентів, токсинів, зброї, обладнання чи засобів їх доставки.

Подальший розвиток основних положень Конвенції віднайшов своє реальне відображення в матеріалах міжнародних конференцій, де вироблялись механізми її впровадження в практичну міжнародну діяльність. В процесі вироблення рішень порушувались та узгоджувались наступні питання:

- Державні механізми щодо забезпечення безпеки та нагляду за патогенними мікроорганізмами і токсинами у 2003 році.

- Зміцнення міжнародного потенціалу для реагування, розслідування та пом'якшення наслідків випадків передбачуваного застосування біологічної або токсичної зброї або підозрілих спалахів інфекційних захворювань у 2004 році.

- Протягом цього ж року на міжнародному рівні було розглянуте актуальне питання розширення повноважень міжнародних установ з метою виявлення та реагування на випадки спалахів інфекційних захворювань (включно хвороби, що вражають рослини і тварин).

- Удосконалені Кодекси поведінки для вчених у 2005 році, якими створено алгоритм дій та повноваження означеної категорії в процесі вивчення стану справ в державах-учасниках Конвенції.

В результаті проведеної напруженої роботи була прийнята заключна Декларація, в якій були чітко визначені подальші шляхи зміцнення основних положень Конвенції у 2006 році [4, 5].

Поряд з цим, констатуючи факти заперечення виконання цих вимог, необхідно загострити увагу людства на тому, що цілий ряд заборон та діючих міжнародних угод деякі країни в сучасному світі не виконують і безпідставно, безперешкодно і безкарно продовжують виготовляти, накопичувати і навіть застосовувати заборонені види зброї масового ураження. Про це свідчать події, що відбулись зовсім недавно в Сирійській Арабській Республіці та у Великій Британії, що і спонукало авторів провести дане дослідження. Означені події повинні насторожити і керівництво нашої держави.

Мета роботи – проаналізувати проблеми, що постають перед системою охорони здоров'я держави та системою медичного забезпечення військ при застосуванні бактеріологічної зброї як у мирний час так в особливий період та визначити принципи медичного захисту.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети у роботі використані загальнонаукові методи аналізу, синтезу, узагальнення, інтерпретації наукових даних, а також системний і структурно-функціональний підходи.

Результати дослідження та їх обговорення

Біологічна зброя може бути застосована для нанесення удару як по глибоких тилах так і безпосередньо на полі бою. Тому для визначення алгоритму дій при ліквідації наслідків надзвичайної події (НП) пов'язаної з використанням бактеріологічної (біологічної) зброї необхідно враховувати наступні її властивості [9, 10]:

- при бойовому застосуванні біологічних засобів шляхи їх проникнення можуть суттєво відрізнитись від властивих їм в природних умовах;

- висока її ефективність, яка обумовлена тим, що патогенні мікроорганізми викликають ураження в дуже малих дозах, здатні розмножуватись в організмі, а їх токсини є найбільш токсичними отрутами із числа відомих органічних сполук;

- тривалість її вражаючої дії, обумовлена можливістю тривалого збереження життєздатності мікроорганізмів або інфікованих переносників на території зараження, а також можливістю виникнення епідемій в процесі яких будуть уражатись люди, які не були в зоні первинного пливу. Так, розповсюдження аерозолів на великій території навколишнього середовища, може призвести до інфікування не тільки об'єкту нападу, але і великої кількості домашніх і диких тварин, птахів, і інших переносників інфекції. Це може призвести до виникнення великих за обсягом спалахів зоонозних інфекцій;

- вибірковість дії, яка залежить від діапазону вражаючої дії агента. Так наприклад, вірус грипу здатний викликати захворювання у людей, а вірус ящура може уражати людей і окремі види тварин. Різномісний характер ураження обумовлюється різним рівнем патогенності. Одні вражаючі дії агента викликають захворювання, що виводять зі строю на кілька днів (вірус венесуельського енцефаліту коней), другі – позбавляють працездатності на місяці (збудник бруцельозу), треті – призводять до смерті всіх або більшості з тих, хто захворів.

Вражаючі агенти по силі впливу можуть бути розділені на летальні і такі, що тимчасово виводять зі строю. До перших відносяться збудники інфекційних хвороб та інтоксикацій, що закінчуються, як правило, летально (збудники чуми, мелоїдозу, бутулотоксин та інші). До других відносяться вірус венесуельського енцефаломієліту коней, рикетсії Ку-лихоманки, стафілококовий ентеротоксин та інші, наслідком ураження якими є тільки тимчасовий вихід зі строю [1, 2, 4].

Це складність індикації, що суттєво ускладнює захист і розглядається як основна особливість бактеріологічної зброї. Визначення факту застосування біологічної зброї і ідентифікації вражаючого агента, особливо коли мова іде про збудника вірусної чи риккетсіозної природи, вимагають значного часу, кваліфікованого персоналу і досить складного лабораторного оснащення;

- відсутність специфічного захисту від біологічних засобів;

- ретроактивна (зворотна) дія. Вважається, що епідемії, викликані застосуванням бактеріологічних засобів, у зв'язку з неможливістю контролювати їх хід, можуть розповсюджуватись у військах і серед населення держави, що застосувала дану зброю або на території де вона була застосована.

У період інциденту та при ліквідації наслідків застосування біологічного агента заходи медичного захисту проводяться з метою підвищення рівня захисту та мінімізації зараження патогенними мікроорганізмами. В цей період проводиться:

- виявлення факту наявності біологічної загрози;

- оповіщення про застосування біологічних засобів;

- застосування медичних засобів захисту (профілактичних та лікувальних вакцин та засобів хіміопротекції);

- застосування засобів індивідуального та колективного захисту;

- надання допомоги ураженим у вогнищі та на етапах евакуації;

- проведення заходів спеціальної обробки, деконтамінації місцевості;

- збір, обробка, узагальнення інформації про наслідки застосування біологічних засобів;

- проведення заходів з ліквідації наслідків застосування біологічних засобів;

- аналіз ефективності функціонування системи захисту та внесення необхідних змін.

Аналіз особливостей розвитку епідемічного процесу внаслідок застосування бактеріологічних (біологічних) засобів визначають складові алгоритму дій в процесі виявлення, індикації та ліквідації наслідків надзвичайної ситуації (НС) пов'язаної з використанням бактеріологічної зброї проти особового складу військ та мирного населення.

По-перше, виявлення спалаху інфекційних захворювань. Зазвичай епідеміологічна інформація не відразу становиться доступною на початку спалаху, коли її збирають та узагальнюють працівники охорони здоров'я. Так, дослідження спалаху передбачає визначення: “Хто?” (демографія враження військових колективів, популяції); “Коли?” (виникли перші симптоми захворювань); “Де?” (рух постраждалих упродовж днів-тижнів до початку перших симптомів) [3]

Необхідно враховувати, що в даних умовах, для спалаху інфекційної захворюваності властиве: швидке зростання показників захворюваності та розвитку епідемічного процесу з рекордною кількістю хворих і померлих протягом короткого відрізка часу; високий темп зростання захворюваності (60–90%); високий рівень захворюваності, яка проявляється у постраждалих специфічною симптоматикою (наприклад, ураженням легень за відсутності звичайної форми інфекції при сибірській виразці); враження збудником особливо-небезпечного захворювання при нетиповій для нього локалізації; збільшення смертності тварин усіх видів; одночасні спалахи різних видів епідемій в одному місці на одній території. Окрім того, сигнали тривоги бактеріального враження (БВ) та системи їх ідентифікації є прямим доказом нападу, наприклад, забруднені або нездетоновані боеприпаси.

Існують наступні типи визначень випадків захворювань чи спалахів захворюваності: можливий випадок – ширші менш специфічні критерії; ймовірний випадок – більш деталізовані дані, можуть бути неспецифічні лабораторні тести; підтверджений збудник лабораторно [3].

З метою ранньої діагностики нижче наведено швидкі тести специфічної індикації, які можуть бути доступні в зоні ураження: імуноферментний аналіз (ІФА); виявлення за допомогою полімеразної ланцюгової реакції; виявлення антитіл. Виділення етіологічного агента для деяких із них може відбуватися протягом 1–2 днів.

Першою ознакою бактеріологічного нападу є велика кількість пацієнтів, що мають однаковий набір ознак і симптомів, особливо для захворювань, що можуть викликати спалах: незвичайне неендемічне захворювання;

видимий аерозольний шлях зараження; домінують симптоми з боку дихальної системи; кілька захворювань в одного пацієнта; велика кількість жертв в одному й тому ж осередку (районі, місці); велика кількість жертв з однаковою стадією симптомів; виникнення множинних одночасних спалахів захворювань; високий рівень захворюваності/смертності особового складу з'єднань і військових частин, підрозділів військ та населення, що мешкає на визначеній території (місцевості).

Крім того, ознаками застосування БЗ є: у пацієнтів з імунodefіцитом та пацієнтів із супутніми захворюваннями, в когорті постраждалих будуть мати, перші симптоми захворювання чим в інших, та матимуть більш серйозний перебіг хвороби та їх ускладнення; дані, що свідчать про масовий точковий спалах захворюваності; наявність мертвих тварин різних видів; відсутність ярко вираженого переносника захворювання; мультирезистентні патогени.

Якщо проаналізувати засоби, що можуть бути застосовані у вигляді засобів БЗ, клінічну картину та процес специфічного лікування то тут необхідно звернути увагу на наступне. У якості біологічних агентів можуть бути використані чотири токсини: ботулізму, рицин, стафілококовий ентеротоксин В (SEB) і Т-2 мікотоксин (табл. 1).

Бактерії або рикетсії найчастіше розглядаються як потенційні БЗ агенти: *Bacillus anthracis* (сибірська виразка), *Brucella sp.* (бруцельоз), *Vibrio cholerae* (холера), *Burkholderia mallei* (сап), *Yersinia pestis* (чума), *Francisella tularensis* (туляремія) і *Coxiella burnetii* (Q-лихоманка) (табл. 2).

Деякі віруси є БЗ агентами, зокрема вірус віспи, геморагічних лихоманок і альфа вірус, який викликає венесуельський кінський енцефаліт (табл. 3).

Таблиця 1

Бактеріологічна зброя: симптоми і клінічні аспекти біологічних токсинів та їх лікування

Токсин	Симптом	Медичні заходи
Ботулізму	Параліч черепно-мозкових нервів	Антитоксин/підтримуюча терапія
Рицин	Дихальна недостатність, Лихоманка, кашель, поверхневе (неглибоке) дихання	Неспецифічні/підтримуюча терапія
SEB (стафілококовий ентеротоксин В)	Нудота, блювота, діарея Лихоманка, озноб, головний біль	Неспецифічні/підтримуюча терапія
Т-2 мікотоксин	Шкірний біль, почервоніння, пухирі Назальний свербіж, носова кровотеча, нежить	Неспецифічні/підтримуюча терапія

Таблиця 2

Бактеріологічна зброя: симптоми і клінічні аспекти дії бактерійних агентів та їх лікування

Патологія	Симптоми	Препарати
Сибірська виразка	Лихоманка, нездужання, кашель, задишка, ціаноз	Ципрофлоксацин
Чума	Лихоманка, озноб, головний біль, кашель, задишка, ціаноз	Стрептоміцин
Бруцельоз	Лихоманка, головний біль, міалгії, пітливість, озноб	Доксициклін
Холера	Масивна водяниста діарея	Інфузійна терапія і антибіотики (тетрациклін, доксициклін або ципрофлоксацин)
Туляремія	Місцеві виразки, лімфаденопатія, лихоманка, озноб, головний біль, нездужання.	Стрептоміцин
Q-лихоманка	Лихоманка, кашель, плевритний біль у грудях	Тетрациклін

Таблиця 3

Бактеріологічна зброя: симптоми і клінічні аспекти вірусних агентів та їх лікування

Патологія	Симптоми	Медичні заходи
Венесуельський кінський енцефаліт	Лихоманка і енцефаліт	Неспецифічні/підтримуюча терапія
Віспа	Нездужання, лихоманка, озноб, блювота, головний біль, супроводжується гнійничковими везикулами	Противірусна терапія під наглядом/підтримуюча терапія
Вірусна геморагічна лихоманка	Гіперемія обличчя, петехії, кровотечі, лихоманка, міалгії, блювота і діарея	Неспецифічні/підтримуюча терапія

Течія захворювань може бути легкою, середньої тяжкості, тяжкою, а лікування може варіювати від звичного до кризового стандарту догляду, від інтенсивної терапії до паліативної допомоги.

По-друге, – індикація агенту біологічного засобу.

Система заходів щодо визначення випадку або спалаху захворювань та діагнозу може охоплювати 4 типи інформації: клінічна інформація з лабораторними даними або без них; персональні характеристики випадків; географічне розповсюдження; визначений період часу для спалаху.

Клінічними даними можуть бути наступні симптомо-комплекси, які є проявами сибірської виразки, натуральної віспи, чуми, туляремії, ботулізму та ін.: загальні – гарячка більше 40°C, тахіпное, тахікардія; шкіра та слизові оболонки – струп, виразки, петехії, везикули, пустули; лімфатичні вузли – лімфаденопатія (регіональна або загальна); дихальна система – ущільнення легеневої тканини, бронхоспазм, виділення мокротиння, кров у мокроті; шлунково-кишкова система – блювота кров'ю, діарея; центральна нервова система – зміни психічного стану, параліч, судоми.

Клінічними проявами можуть бути захворювання: грипоподібне; шлунково-кишкове; дерматовенерологічне (висипка і гарячка); неврологічне.

Означене можливе при багатьох потенційних захворюваннях, а при відсутності хворобо-специфічних даних потребуватиме диференційної діагностики.

Лабораторними даними можуть бути результати:

- неспецифічних методів рентген- і лабораторного тестування (пульсикометрія; газовий аналіз артеріальної крові; загальний аналіз крові з формулою; фактори згортання крові (протромбіновий індекс і частковий активований тромбобластинний час; біохімічний аналіз крові; рентгенографія органів грудної клітини);

- специфічних методів (світлова мікроскопія; електронна мікроскопія; бактеріальні культури (і чутливість до антибіотиків); титр антитіл сироватки у гострому періоді та в період реконвалесценції).

Найбільш інформативними методами лабораторного тестування та діагностики є бактеріальні або вірусні культури, але: результати досліджень отримують через 24–48 годин, а дослідження на вірусні культури проводиться ще довше, що не завжди буде корисним в екстрених випадках; високі рівні безпеки для індикації деяких патогенних агентів призводить до того, що більшість лікарняних лабораторій не виконують досліджень на вірусні культури, водночас для визначення антибіотикочутливості необхідним є культивування. Дослідження антиген-антитіло (ферментний імуносорбентний аналіз; імунофлюоросцентний аналіз можуть бути виконані точно і в короткий термін.

По-третє, щодо особливостей застосування медичних засобів захисту при дії біологічних засобів. З метою медичного захисту при застосуванні бактеріологічної зброї проводиться введення вакцин та засобів хіміопротекції. Найбільш поширено проведення імунізації при застосуванні збудників сибірської виразки, віспи і чуми [6, 7]. Однак протичумна

вакцина не показала ефективності проти легеневої чуми, при цьому, як правило, доступними і в наявності є обмежена кількість вакцин, а всі інші або відсутні, або у процесі їх формування і виготовлення. Антибіотико-протекція (хіміопротекція) [3] проводиться до або після контакту з біологічним агентом (сибірська виразка, чи лихоманка Q і туляремія). Хіміопротекція при сибірській виразці може бути застосована тільки після контакту зі збудником.

Окрім того, як складова системи медичного захисту при застосуванні бактеріологічної зброї, є заходи по ліквідації наслідків надзвичайної ситуації (НС) пов'язаної з використанням патогенних агентів проти особового складу військ та мирного населення, починаючи з медичного сортування та закінчуючи проблемами безпеки закладів охорони здоров'я.

Медичне сортування – це розподіл постраждалих хворих на категорії за ознаками потреби в однорідних лікувальних-профілактичних та евакуаційних заходах відповідно до медичних показань, обсягів надання медичної допомоги на кожному етапі медичної евакуації та порядку евакуації. Медичне сортування проводиться з урахуванням необхідності застосування конкретних лікувальних заходів: зменшення наслідків уражень, які загрожують життю постраждалих, попередження розвитку ускладнень, зменшення їх тяжкості, підготовки та проведення евакуації. Медичне сортування проводиться за єдиними принципами щодо діагностики, лікування та прогнозу результатів лікування. Загальні вимоги до проведення медичного сортування викладені у відповідних наказах МОЗ України від 18.05.2012 р. № 366, а наказом МОЗ України від 15.01.2014 р. № 34 затверджені Уніфіковані клінічні протоколи екстреної медичної допомоги, які розроблені на основі адаптивної клінічної настанови, заснованої на доказах та «Медичне сортування», як джерела доказової інформації про найкращу медичну практику [11, 12].

Окрім того, під час підготовки та здійснення заходів медичної евакуації до закладів охорони здоров'я на догоспітальному та госпітальному етапах в процесі ліквідації наслідків застосування БЗ необхідно враховувати важливий фактор – деконтамінацію, методичні рекомендації щодо її проведення затверджені відповідним наказом МОЗ України від 27.05.2011 р. № 322 [10, 13].

Необхідно враховувати, що при надходженні уражених в заклади охорони здоров'я для надання їм медичної допомоги виникають ряд проблемних питань, а саме: необхідність створення ізольованих кімнат з фільтром повітря (може знадобитись відповідна трансформація цілої палати, блоку); обмежена кількість спеціально підготовленого медичного персоналу для роботи з контагіозними пацієнтами; необхідність інфекційного контролю за спеціальними маніпуляціями, процедурами та рухом пацієнтів (постраждалих) в лікарні; швидко виникає дефіцит життєво-необхідних медикаментів, витратних медичних матеріалів, виробів медичного призначення і медичного оснащення та апаратури [3].

Висновки

Дане дослідження дозволяє визначити алгоритм та тактику дій на випадок застосування біологічних засобів.

При підготовці медичної служби Збройних Сил України та формувань цивільного захисту населення при спалахах масових захворювань найскладнішою проблемою, вирішення якої визначає подальший алгоритм дій та подальшу тактику, є якнайшвидше визначення збудників та постановка діагнозів захворювань, для чого потрібно мати підготовлений медичний персонал та необхідний арсенал медичного обладнання та реактивів.

Для своєчасного визначення діагнозу захворювання перш за все необхідно мати повну достовірну епідеміологічну інформацію, результати клінічної оцінки,

лабораторного тестування та інших діагностичних досліджень.

Не менш важливою складовою готовності медичної служби до виконання завдань з ліквідації застосування БЗ та спалахів інфекційних захворювань є завчасне створення необхідних запасів медикаментів та бактерійних препаратів для профілактики та лікування захворювань, що можуть бути викликані в результаті застосування найбільш вірогідних видів бактеріологічної зброї [3].

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні та удосконаленні медичного сортування та заходів по деконтамінації військовослужбовців та населення, в процесі ліквідації медико-санітарних наслідків застосування БЗ, відповідно до світових стандартів.

Література

1. *Галака С.П.* Конвенція про заборону розробки, виробництва, накопичення запасів бактеріологічної (біологічної) та токсичної зброї та про їх знищення 1972//Українська дипломатична енциклопедія: У 2-х т. / Редкол.: Л.В. Губерський (голова) та ін. – К: Знання України, 2004 Т.1- 760с. ISBN 966-316-039-X.
2. *Розділ 9.9.* Книги: «Україна: стратегічні пріоритети. Аналітичні оцінки». Монографія, 2006 рік http://old.niss.gov.ua/book/Vlasyuk_mon/09-9.pdf.
3. *Матеріали* «Концепції допомоги в разі подій із великою кількістю постраждалих» Семінар на тему «Масові нещасні випадки» – Біологічна катастрофа: діагностика та лікування уражень патогенами/токсинами. Київ, Україна 17-19 жовтня 2018.
4. *Рябочкін В., Назаренко Г.* Медицина катастроф, ІНІЛТд, 1996.
5. *US Army Medical Research Institute of Infectious Diseases (USAMRIID).* Medical Management of Biological Casualties Handbook. 6th ed. Fort Detrick, MD:USAMRIID; 2005.
6. *Jenkins J.L., Mc Carthy M.L., Sauer L.M., Green G.B., Stuart S., Thomas T.L., Hsu E.B.* Mass-casualty triage: Time for an evidence-based approach. Prehospital Disaster Medicine, 2008.
7. *Brooke E. Lerner, Richard B. Schwartz, Phillip L. Coule., et al:* Mass Casualty Triage: An Evaluation of the Data and Development of a Proposed National Guideline. Disaster medicine and public health preparedness – 2 (Supplement 1), 2008.
8. *World Medical Association Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters.* Adopted by the 46th WMA General Assembly Stockholm, Sweden, September 1994 and Revised by the WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006.
9. *Malik ZU, Pervez M, Safdar A, Masood T, Tariq M:* Triage and management of mass casualties in a train accident. JColl Physicians Surg Pak 2004.
10. *Domres B, Koch M, Manger A, Becker H:* Ethics and triage. Prehospital Disaster Medicine, 16(1):2001.
11. *Наказ МОЗ України від 18.05.2012 р. № 366* «Про затвердження загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації» затверджений в Мінюсті України 05.06.2012 р. № 884/21196.
12. *Наказ МОЗ України від 15.01.2014 р. № 34* «Про затвердження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».
13. *Наказ МОЗ України від 27.05.2011 р. 322* «Про затвердження методичних рекомендацій з проведення деконтамінації постраждалих внаслідок дії хімічних, радіаційних чинників та біологічних агентів».

Дата надходження рукопису до редакції: 05.11.2018 р.

Принципы медицинского защиты при применении бактериологического оружия

*В.Н. Якимец, Н.И. Хижняк, Г.А. Слабкий,
Л.А. Устинова, В.П. Печиборщ, Н.Д. Близнюк*
Центр инновационных медицинских технологий
НАН Украины

Украинская военно-медицинская академия
Ужгородский национальный университет
Украинский научно-практический центр экстренной
медицинской помощи и медицины катастроф МЗ Украины

Цель работы – проанализировать проблемы, стоящие перед системой здравоохранения государства и системой медицинского обеспечения войск при применении бактериологического оружия как в мирное время, так и в особый период, определить принципы медицинской защиты.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели в работе использованы общенаучные методы анализа, синтеза, обобщения, интерпретации научных данных, а также системный и структурно-функциональный подходы.

Результаты. Установлено, что особенности развития эпидемического процесса при применении бактериологического оружия против личного состава войск и мирного населения определяют составляющие алгоритма действий в процессе выявления, индикации и ликвидации последствий чрезвычайной ситуации. Реализация системы мероприятий медицинской защиты при применении биологических средств должна предусматривать создание резерва необходимых медикаментов, оборудования и подготовку специального персонала, способного работать и выполнять функции в сложных условиях при переводе учреждения здравоохранения на усиленный противоэпидемический режим.

Выводы. Применение принципов медицинской защиты при применении бактериологического оружия должно стать обязательной составляющей мероприятий при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации в результате применения патогенных агентов.

Ключевые слова: бактериологическое (биологическое) оружие, поражающие факторы, токсины, вирусы, патогенные агенты, медицинская защита.

Principles of medical protection application of bacteriological arms

*V.M. Yakymets, M.I. Khizhnyak, G.O. Slabkiy,
L.A. Ustinova, V.P. Peciborsh, M.D. Bliznyuk*
Center of Innovational Medical Technologies
of NAS of Ukraine

Ukrainian Military Medical Academy
Uzhhorod National University
Ukrainian Scientific and Practical Center of Emergency
Medical Assistance and Disaster Medicine of MH of Ukraine

Purpose – to analyze the problems faced by the state health system and the system of medical support of troops in the use of bacteriological weapons both in peacetime and in a special period and to define the principles of medical protection.

Materials and methods. In order to achieve this goal, the general scientific methods of analysis, synthesis, interpretation of scientific data, as well as systemic and structural-functional approaches are used.

Results. It is established that the peculiarities of the development of the epidemic process in the use of bacteriological weapons against the personnel of the troops and the civilian population determine the components of the algorithm of action in the process of identifying, indicating and eliminating the consequences of an emergency. The implementation of the system of medical care measures in the use of biological means should include provision of the necessary medicines, equipment and training of specialist personnel capable of working and performing functions in difficult conditions when transferring health care to an enhanced anti-epidemic regime.

Conclusions. The application of the principles of medical protection in the use of bacteriological weapons should become an integral part of measures to eliminate the consequences of an emergency due to the use of pathogens.

Key words: bacteriological (biological) weapons, affecting factors, toxins, viruses, pathogens, medical protection.

Відомості про авторів

Хижняк Микола Іванович – д.мед.н., професор, заслужений діяч науки і техніки України, професор кафедри військово-профілактичної медицини Української військово-медичної академії, вул. Московська 45/1, буд. 33, м. Київ, 01015, Україна.

Якимець Володимир Миколайович – д.мед.н., професор, заслужений лікар України, заступник директора Центру інноваційних медичних технологій НАН України, вул. Вознесенський Узвіз 22, м. Київ, 01015, Україна.

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

Устінова Людмила Анатоліївна – д.мед.н., професор? начальник кафедри військової токсикології, радіології та медичного захисту Української військово-медичної академії, вул. Московська 45/1, буд. 33, м. Київ, 01015, Україна.

Печиборщ В'ячеслав Петрович – д.мед.н., доцент, завідувач наукового відділу ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», заслужений працівник охорони здоров'я України, вул. Московська 45/1, буд. 33, м. Київ, 01015, Україна.

Близнак Микола Дмитрович – заслужений лікар України, заступник директора ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», вул. Московська 45/1, буд. 33, м. Київ, 01015, Україна.

Значення приватних медичних закладів у забезпеченні населення м. Києва стоматологічною допомогою

Стоматологічний медичний центр Національного медичного університету імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета роботи – визначити роль і місце приватного сектора у наданні стоматологічної допомоги населенню м. Києва.

Матеріали і методи. Медико-статистичний метод використано для оцінки діяльності приватних стоматологічних закладів столиці за матеріалами форм статистичної звітності (фф. №17, №20), зведених по м. Києву за 2008–2017 рр.

Результати. Встановлено, що впродовж 2008–2017 рр. вагомо зросли обсяги усіх видів стоматологічної допомоги, наданої жителям столиці у приватних стоматологічних закладах. У 2017 р. на приватні заклади припадало 29,87% від усіх відвідувань зроблених дорослим населенням до стоматологів, 61,70% виготовлених зубних протезів, 31,90% випадків лікування карієсу зубів, 30,10% стоматологічних операцій.

Висновки. Переважна більшість населення продовжує одержувати стоматологічну допомогу у комунальному/державному секторі охорони здоров'я, а для 10,1% жителів вона є взагалі недоступною. Тому пошук нових форм організації стоматологічної допомоги, зокрема із використанням механізмів державно-приватного партнерства, здатних забезпечити доступ до якісних стоматологічних послуг для всіх верств населення, набуває особливої актуальності.

Ключові слова: стоматологічна допомога населенню м. Києва; приватні стоматологічні заклади.

Вступ

Суттєве скорочення мережі стоматологічних кабінетів у медичних закладах державної та комунальної форм власності та їх застаріле оснащення призвело до зниження доступності та якості стоматологічної допомоги для населення України та її столиці у суспільному секторі охорони здоров'я [1–3]. У нових економічних умовах країни стрімко розвивається приватний сектор стоматологічної допомоги [1, 4]. На сьогодні для вирішення актуальної проблеми збереження стоматологічного здоров'я населення та забезпечення його якісною та доступною стоматологічною допомогою необхідно шукати принципово нові організаційні підходи, у тому числі із використанням механізмів державно-приватного партнерства [5, 6]. Наукове обґрунтування нових стратегій розвитку стоматологічної допомоги потребує ретельного аналізу сучасного стану та тенденцій у діяльності стоматологічних закладів різних форм власності.

Мета роботи – визначити роль і місце приватного сектора у наданні стоматологічної допомоги населенню м. Києва.

Матеріали та методи

Аналіз обсягів та динаміки профілактичних, терапевтичних, хірургічних, ортопедичних та ортодонтичних послуг, наданих населенню у приватних стоматологічних поліклініках та кабінетах, здійснений за допомогою медико-статистичного методу на підставі матеріалів форм статистичної звітності (ф. №20), зведених

по м. Києву та по Україні. Характеристика мережі приватних стоматологічних закладів одержана за даними звітної форми №47, а кадрових ресурсів – за ф. №17 та ф. №20. Порівняльний аналіз проведено у динамічному (за 2008–2017 рр.) та територіальному аспектах (м. Київ порівняно із Україною). Для оцінки обсягів та інтенсивності змін, які відбулись у діяльності приватних стоматологічних закладів за 10 років, визначались показники абсолютного приросту (АПр) та темпу приросту (ТПр).

Результати дослідження та їх обговорення

У м. Києві станом на 31.12.2017 р. стоматологічну допомогу жителям столиці надавали 192 приватні стоматологічні поліклініки та 102 приватні стоматологічні кабінети. За 10 років чисельність приватних стоматологічних поліклінік зросла у м. Києві у 2,2 рази (на 103 заклади), а приватних стоматологічних кабінетів – на 32,47% (на 25 одиниць). Аналогічна тенденція до розширення мережі приватних стоматологічних закладів була притаманною і для України в цілому.

У штатному розкладі приватних стоматологічних закладів у м. Києві станом на 31.12.2017 р. було передбачено 1173,75 посади лікарів-стоматологів, з яких зайнято було 1119,75 посад (укомплектованість 95,4%), на яких працювало 1037 фізичні особи (коефіцієнт сумісництва 1,08). У приватних стоматологічних закладах м. Києва було передбачено також 68,50 штатних посад зубних техніків, з яких зайнято 67,00 посад (укомплектованість 97,81%), на яких працювало 68 фізичних осіб (коефіцієнт сумісництва 0,99).

За 10 років кількість штатних посад та фізичних осіб лікарів-стоматологів у приватних стоматологічних закладах м. Києва зросла у 2,2 разу (на 653,50 посади та 573 лікарів фізичних осіб). У той же час кількість штатних посад та фізичних осіб зубних техніків за цей час скоротилась майже на третину. Укомплектованість посад у приватних закладах впродовж останніх десяти років залишалась достатньо стабільною – лікарів-стоматологів на рівні 95–96%, а зубних техніків – на рівні 96–97%.

Динамічні зміни кадрових ресурсів у приватних стоматологічних закладах м. Києва відповідали загальній тенденції в Україні до зростання кількості посад лікарів-стоматологів та скорочення посад зубних техніків. Остання тенденція обумовлена запровадженням нових технологій виготовлення зубних протезів і відсутності в деяких випадках потреби в лабораторних етапах протезування.

Аналіз діяльності приватних стоматологічних закладів м. Києва засвідчив, що кількість відвідувань лікарів-стоматологів даних закладів у 2017 р. до склала 682359 відвідувань (табл. 1), 90,69% з яких припадало на дорослих, а 9,31% – на дітей.

Аналіз динаміки абсолютної кількості відвідувань до лікарів-стоматологів у приватних закладах м. Києва та в Україні в цілому виявив однонаправлену тенденцію до зростання кількості відвідувань як серед всього населення, так і серед окремих його груп (дорослого та дитячого населення) (табл. 1).

У м. Києві абсолютна кількість відвідувань до лікарів-стоматологів приватного сектору за 10 років зросла серед дорослих на 74,77%, а серед дітей – у 4 рази, в Україні, відповідно, на 22,74% та на 19,46%.

Середня кількість відвідувань у розрахунку на одного жителя у м. Києві також характеризувалась динамікою до росту і перевищувала значення аналогічного показника в Україні впродовж усього періоду спостереження.

Зростання ролі приватних закладів у наданні стоматологічної допомоги засвідчує і той факт, що у 2008 р. приватний сектор забезпечував кожне десяте (10,41%) відвідування киян до лікарів-стоматологів, а у 2017 р. – вже кожне п'яте (22,29%). В Україні частка відвідувань до приватних стоматологів зросла за 10 років з 10,01% до 16,19%.

Таблиця 1

Характеристика відвідувань та терапевтичної стоматологічної допомоги у приватних закладах м. Києва та України у 2008, 2012 та 2017 роках

Територія / роки	2008 р.	2012 р.	2017 р.	АПр	ТПр (%)
Відвідування всього населення (абсолютна кількість/у розрахунку на 1 жителя)					
м. Київ	369 584/0,14	441 286/0,16	682 359/0,24	312 775*	84,63*
Україна	5 591 281/0,12	6 593 525/0,15	6 851 118/0,16	1 259 837*	22,53*
Відвідування дорослого населення (абсолютна кількість/у розрахунку на 1 дорослого)					
м. Київ	354 077/0,16	411 131/0,18	618 806/0,26	264 729*	74,77*
Україна	5 235 538/0,14	6 238 573/0,17	6 426 150/0,18	1 190 612*	22,74*
Відвідування дитячого населення (абсолютна кількість/у розрахунку на 1 дитину)					
м. Київ	15 507/0,04	30 155/0,07	63 553/0,12	48 046*	309,83*
Україна	355 743/0,04	354 952/0,04	424 968/0,06	69 225*	19,46*
Середня кількість відвідувань на одну зайняту посаду лікаря-стоматолога					
м. Київ	731,8	545	605,3	-126,50	-17,29
Україна	1 006,60	870	816,2	-190,40	-18,92
Кількість дорослих, санованих у порядку планової санації та за зверненнями (абс.)					
м. Київ	83 167	95 348	110 605	27 438	32,99
Україна	1 452 364	1 800 769	1 837 640	385 276	26,53
Кількість дітей, санованих у порядку планової санації та за зверненнями (абс.)					
м. Київ	1 547	3 105	7 333	5 786	374,01
Україна	27 583	25 359	30 928	3 345,00	12,13
Кількість пролікованих зубів з приводу карієсу у дорослих (абс.)					
м. Київ	226 540	301 964	348 466	121 926	53,82
Україна	4 111 941	5 020 379	5 071 492	959 551	23,34
Кількість пролікованих зубів з приводу карієсу у дітей (абс.)					
м. Київ	13 066	15 067	66 093	53 027	405,84
Україна	246 956	241 091	339 747	92 791	37,57

* (тут і далі): АПр – абсолютний приріст, ТПр – темп приросту;

(тут): АПр та ТПр розраховані для оцінки динаміки абсолютної кількості відвідувань.

У той же час, за рахунок суттєвого поповнення кадрового потенціалу приватної стоматології, середнє навантаження на лікарів-стоматологів у приватних закладах м. Києва знизилось за 10 років на 17,29% (з 731,8 відвідувань на одну посаду на рік у 2008 р. до 605,3 у 2017 р.) і було 2,8 разу нижчим, ніж у державних та комунальних закладах і у 1,6 разу нижчим, ніж у приватних закладах по Україні. Різниця у часі, відведеному на прийом одного пацієнта лікарем-стоматологом у приватних та комунальних/державних закладах, є вагомим чинником, який диференціює навантаження лікарів та якість наданої ними стоматологічної допомоги.

Основною причиною звернення до лікаря-стоматолога у приватних закладах, як і у комунальних/державних, є лікування карієсу. Питома вага звернень з метою лікування карієсу у 2017 р. становила 56,3% серед усіх звернень до приватного стоматолога дорослого населення м. Києва, у 2008 р. – 63,9%. В Україні, відповідно, 78,8% та 78,5%. У дітей питома вага звернень з метою лікування карієсу була вагомо вищою, ніж у дорослих і ніж у дітей, які звернулись до комунальних/державних стоматологічних закладів і становила у м. Києві 100,0% у 2017 р. (84,2% у 2008 р.). В Україні 79,9,0% та 69,4%, відповідно.

Встановлено, що за 10 років кількість пролікованих у дорослих зубів з приводу карієсу у приватних закладах м. Києва зросла на 53,82%, а у дітей – у 5 разів (в Україні на 23,34% та 37,57%, відповідно).

У приватних стоматологічних закладах м. Києва кожний третій випадок карієсу у дорослого населення (29,9%) та кожний сьомий (13,0%) випадок у дітей лікувався на стадії ускладненого карієсу, в Україні, відповідно, кожний третій (31,5%) та четвертий (23,2%) випадок. Динамічний аналіз засвідчив зниження питомої ваги випадків лікування карієсу на стадії ускладнень серед дорослого населення м. Києва з 31,6% у 2008 р. до 29,9% у 2017 р. та у дітей, відповідно, з 21,4% до 13,0%. Дана позитивна тенденція відрізнялась від ситуації у комунальних та державних закладах, питома вага ускладненого карієсу у яких за 10 років зросла.

Значно рідше, ніж з метою лікування карієсу, жителі столиці та України звертались до приватних стоматологічних закладів з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота. У 2017 р. у приватних закладах м. Києва було зареєстровано 27,0 захворювань слизової оболонки порожнини рота у розрахунку на 10 тис. дорослого населення та 10,5 на 10 тис. дитячого населення. За 10 років рівні захворюваності за матеріалами приватних закладів зросли серед дитячого населення (на 40,0%) та знизались (на 27,2%) – серед дорослих. Відповідно, і кількість проведених курсів лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота збільшилась за 10 років серед дітей на 70,81% і скоротилась серед дорослого населення на 24,37%.

За останнє десятиліття суттєво зросло значення приватних стоматологічних закладів у здійсненні профілактичної роботи серед дорослого населення.

У м. Києві у 2017 р. у приватних стоматологічних закладах у порядку планової санації та за зверненнями було сановано 110605 осіб у віці 18 років і старше, порівняно із 2008 р. кількість санованих зросла у 1,3 разу. За досліджуваний період частка санованих у приватних закладах серед усіх санованих зросла серед дорослих жителів столиці з 12,26% у 2008 р. до 22,11% у 2017 р. Аналогічні тенденції стосовно санації дорослого населення були притаманні і для України в цілому.

Що стосується дитячого населення, то у м. Києві у 2017 р. у приватних стоматологічних закладах у порядку планової санації та за зверненнями було сановано всього 7333 дітей, що складало лише 3,6% серед санованих у всіх типах стоматологічних закладів. Тобто, хоча за останні десять років кількість дітей санованих у приватних закладах, як у м. Києві, так і в Україні, зросла у 1,3 разу, але провідну роль у реалізації профілактичних стоматологічних заходів серед дитячого населення продовжують відігравати заклади комунальної державної власності.

Аналіз хірургічної стоматологічної допомоги, наданої у амбулаторно-поліклінічних стоматологічних закладах засвідчив, що впродовж останнього десятиліття вагомо зросло значення приватних стоматологічних закладів у її забезпеченні. Так, якщо у 2008 році у м. Києві лише 3,5% серед усіх операцій на щелепно-лицьовій ділянці та в ротовій порожнині, виконаних у амбулаторно-поліклінічних умовах, були зроблені у приватних стоматологічних закладах, то у 2017 р. частка таких операцій зросла до 30,1%. Також по Україні прослідковувалась тенденція до зростання ролі приватного сектора у наданні хірургічної стоматологічної допомоги у амбулаторних умовах (аналогічні до м. Києва показники зросли з 4,3% до 14,7%, відповідно).

За 10 років у м. Києві у 5,6 разів зросла і частота операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині, виконаних в амбулаторних умовах у приватних стоматологічних закладах (з 6,6 у 2008 р. до 37,2 на 10 тис. населення у 2017 р.) (табл. 2). Ситуація у приватному секторі стоматології в Україні в цілому характеризувалась суттєво нижчою, ніж у м. Києві частотою оперативних втручань та аналогічною до столичної тенденцією до її зростання у динаміці (з 3,9 до 10,7 на 10 тис. населення, у 2,7 разу).

Аналіз стану ортопедичної стоматологічної допомоги показав, що у 2017 р. у приватних стоматологічних закладах м. Києва отримали зубні протези 40 815 осіб, або 137,1 у розрахунку на 10 тис. жителів у віці 18 років і старше. За 10 років абсолютний та інтенсивний показник зросли більше, ніж у два рази (у 2008 р. – 16 440 осіб та 60,9 на 10 тис. відповідно). Тенденція до збільшення кількості осіб, які одержали ортопедичну стоматологічну допомогу у приватних закладах спостерігалась і в Україні. За 10 років кількість осіб, які отримали зубні протези в Україні зросла на 46,0%, а у розрахунку на 10 тис. жителів у віці 18 років і старше – на 59,17% (з 48,0 до 76,4).

Таблиця 2

Хірургічна, ортопедична та ортодонтична стоматологічна допомога у приватних закладах м. Києва та України у 2008, 2012 та 2017 роках

Територія / роки	2008 р.	2012 р.	2017 р.	АПр	ТПр (%)
Кількість операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині, виконаних у амбулаторно-поліклінічних закладах (на 10 тис. населення)					
м. Київ	6,6	20,5	37,2	30,6	463,64
Україна	3,9	8,3	10,7	6,8	174,36
Кількість дітей, які вперше оглянуті стоматологом ортодонтом (на 10 тис. дітей)					
м. Київ	28,1	86,7	126,5	98,40	350,18
Україна	27,3	37	46,5	19,20	70,33
Кількість дітей, які завершили ортодонтичне лікування (на 10 тис. дітей)					
м. Київ	8,82	26,2	24,6	15,78	178,91
Україна	6,99	10,1	14,3	7,31	104,58
Кількість осіб (дорослого населення віком 18 років і старших), що отримали зубні протези, апарати (на 10 тис. осіб)					
м. Київ	60,9	100,1	137,1	76,2	125,12
Україна	48	69,2	76,4	28,4	59,17

Впродовж періоду дослідження вагомо зросла роль приватних закладів у наданні населенню столиці та країни в цілому ортопедичної стоматологічної допомоги. За 10 років частка осіб, які одержали зубні протези у приватних закладах збільшилась у м. Києві з 21,77% до 61,70%, а в Україні – з 29,97% до 52,34%.

Аналіз стану ортодонтичної стоматологічної допомоги засвідчив, що у 2017 р. у приватних стоматологічних закладах м. Києва вперше лікарями-ортодонтами було оглянуто 12 250 осіб, серед яких тільки половину (51,1%) склали діти (у комунальних та державних закладах частка дітей серед оглянутих лікарем-ортодонтом становила 98,97%).

Кількість дітей, які були вперше оглянуті лікарем-ортодонтом у розрахунку на 10 тис. дитячого населення за 10 років у приватних закладах зросла у 4,5 рази (з 28,1 на 10 тис. у 2008 р. до 126,5 у 2017 р.). В Україні за цей період показник зріс на 70,3% (з 27,3 на 10 тис. дітей у 2008 р. до 46,5 у 2017 р.). Встановлено, що за 10 років вагомо збільшився розрив у частоті огляду дітей лікарями-ортодонтами приватних закладів у м. Києві та в Україні. Так, якщо у 2008 р. цей показник у розрахунку на 10 тис. дітей був практично однаковим (28,1 у м. Києві та 27,3 в

Україні), то у 2017 р. лікарі-ортоданти приватних закладів оглядали дітей у 2,7 разів частіше, ніж у країні в цілому (126,5 та 46,5 на 10 тис., відповідно).

Кількість дітей, які завершили ортодонтичне лікування, зросла у м. Києві у 2,8 рази (з 8,82 на 10 тис. дітей у 2008 р. до 24,6 у 2017 р.) в Україні – у 2 рази (з 6,99 до 14,3 на 10 тис. дітей, відповідно). Показники у м. Києві впродовж всього періоду спостереження були у 1,3–2,6 рази вищими, ніж в Україні.

Аналіз обсягів ортодонтичної допомоги, наданої дорослому населенню у приватних стоматологічних закладах, засвідчив їх зростання, як у м. Києві, так і в Україні. За 10 років частота первинного огляду дорослого населення лікарями-ортодонтами збільшилась у столиці у 3,4 разу (з 7,4 до 25,5 осіб на 10 тис.), в Україні у 2,8 разу (з 2,8 до 7,8 осіб на 10 тис.). Кількість дорослих, які завершили ортодонтичне лікування зросла у м. Києві у 5 разів (з 1,67 до 8,4 на 10 тис.), а в Україні у 2,3 разу (з 0,85 до 2,0 на 10 тис.).

Узагальнена характеристика ролі приватних стоматологічних закладів у наданні різних видів стоматологічної допомоги дорослому населенню м. Києва та України представлена у табл. 3.

Таблиця 3

Значення приватних стоматологічних закладів у наданні різних видів стоматологічної допомоги дорослому населенню м. Києва та України у 2008, 2012 та 2017 роках

Територія / роки	2008 р.	2012 р.	2017 р.	АПр
Питома вага відвідувань до приватних стоматологічних закладів (у %)				
м. Київ	13,93	18,89	29,87	15,94
Україна	12,68	15,63	20,25	7,57
Питома вага санованих у порядку планової санації та за зверненнями у приватних стоматологічних закладах (у %)				
м. Київ	12,26	16,04	22,11	9,85
Україна	13,45	16,93	22,03	8,59

Питома вага зубів пролікованих з приводу карієсу у приватних закладах (у %)				
м. Київ	14,41	24,39	31,90	17,49
Україна	16,59	20,52	25,79	9,20
Питома вага проведених курсів лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота у приватних закладах (у %)				
м. Київ	8,67	6,09	8,90	0,23
Україна	16,98	19,30	27,01	10,04
Питома вага операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині виконаних у приватних закладах (у %)				
м. Київ	3,54	12,71	30,10	26,56
Україна	4,34	9,46	14,70	10,37
Питома вага осіб, які отримали зубні протези у приватних закладах (у %)				
м. Київ	21,77	39,26	61,70	39,93
Україна	29,97	41,83	52,34	22,37

Як впливає із матеріалів даної таблиці, у 2017 р. у м. Києві на приватні заклади припадало 29,87% від усіх відвідувань зроблених дорослим населенням до стоматологів, 61,70% одержаних протезів, 31,90% зубів пролікованих з приводу карієсу, 22,11% випадків санації у порядку планової санації та за зверненнями, 30,10% амбулаторних операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині, 8,9% курсів лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота. За 10 років найбільш вагомо зросла роль приватних стоматологічних закладів у наданні ортопедичної та хірургічної стоматологічної допомоги населенню столиці, а також у лікуванні карієсу зубів.

Стоматологічні послуги приватного сектора (за виключенням лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини) впродовж усього періоду дослідження у м. Києві склали більшу частку у структурі всіх одержаних дорослим населенням стоматологічних послуг, порівняно з Україною в цілому, а також характеризувались більшим приростом за 10 років.

Що стосується дитячого населення, то значення приватних закладів у наданні стоматологічної допомоги даному контингенту населення є суттєво меншою, ніж у дорослого населення. У той же час тенденція щодо збільшення частки дітей, які одержали стоматологічні послуги у приватних закладах, прослідковувалась як у м. Києві, так і в Україні в цілому. Встановлено, що у 2017 р. у м. Києві найбільший внесок приватного сектора був зроблений у забезпечення дітей ортодонтичною допомогою (16,33% серед дітей, які завершили ортодонтичне лікування, одержали його у приватних закладах), а також у лікування карієсу (14,86%).

Таким чином, за 10 років суттєво зросло значення приватних закладів у забезпеченні населення стоматологічною допомогою, але переважна більшість населення продовжує одержувати стоматологічну допомогу у комунальному/державному секторі охорони здоров'я, а для кожного десятого (10,1%) українця стоматологічна допомога є взагалі недоступною [3]. Найбільшою є частка осіб, які не можуть у разі потреби відвідати стоматолога серед населення із доходами нижче прожиткового мінімуму, сільських жителів та сімей із

дітьми [3]. Тому держава має забезпечити гарантований обсяг безоплатної стоматологічної допомоги соціально незахищеним верствам населення, у першу чергу, дітям. А пошук нових форм організації стоматологічної допомоги, у тому із використанням механізмів державно-приватного партнерства, здатних забезпечити доступ до якісних стоматологічних послуг для всіх верств населення, набуває особливої актуальності.

Висновки

Встановлено, що впродовж 2008–2017 р. вагомо зросло значення приватних стоматологічних закладів у наданні усіх видів стоматологічної допомоги населенню столиці (особливо у віці 18 років і старше). У 2017 р. у м. Києві на приватні заклади припадало 29,87% від усіх відвідувань зроблених дорослим населенням до стоматологів, 61,70% виготовлених зубних протезів, 31,90% випадків лікування карієсу зубів, 22,11% випадків санації у порядку планової санації та за зверненнями, 30,10% амбулаторних операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині.

Виявлені тенденції засвідчують зростання попиту населення на стоматологічні послуги приватних закладів та наявність прошарку населення готового сплачувати стоматологічні послуги за ринковими цінами.

Але переважна більшість населення продовжує одержувати стоматологічну допомогу у комунальному/державному секторі охорони здоров'я, а для (10,1%) жителів вона є взагалі не доступною. Тому пошук нових форм організації стоматологічної допомоги, у тому із використанням механізмів державно-приватного партнерства, здатних забезпечити доступ до якісних стоматологічних послуг для всіх верств населення, набуває особливої актуальності.

Перспективи подальших досліджень полягають у використанні одержаних результатів для обґрунтування концептуальних підходів до удосконалення організації стоматологічної допомоги населенню та розробці моделі університетської стоматологічної клініки на принципах державно-приватного партнерства.

Література

1. *Стоматологічна* допомога в Україні. Основні показники діяльності за 2008-2018 роки / Під ред. Вороненка Ю.В., Павленка О.В., Мазур І.П. – Видавець «Поліум». – 2018 – 215 с.
2. *Мазур І. П.* Сучасний стан стоматологічної допомоги в Україні / І. П. Мазур, О. В. Павленко, В. Г. Близнюк // Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 18 (415), вересень 2017 р. – С. 72-73.
3. *Самооцінка* населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017 році. Держстат України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/gdvdg/Arh_snsz_u.htm.
4. *Савчук О. В.* Стан мережі та кадрового забезпечення стоматологічної служби м. Києва / О. В. Савчук // Вісник стоматології. – №1 (94). – 2016. – С. 52-59.
5. *Курбанов О. Р.* Совершенствование механизмов организации и управления стоматологической организацией в рыночной экономике / О. Р. Курбанов [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18, № 4. – С. 260–261.
6. *Ершов Д. Л.* Разработка проектов стратегического партнерства государства и бизнеса в здравоохранении / Д. Л. Ершов // Государственно-частное партнерство. – 2015. – Том 2. – № 2. – С. 75–86.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.10.2018 р.

Значение частных медицинских учреждений в обеспечении населения г. Киева стоматологической помощью

В.Д. Чопчик, Н.М. Орлова

Стоматологический медицинский центр Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца.
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Цель работы – оценить место и роль частного сектора в оказании стоматологической помощи населению г. Киева.

Материалы и методы. Характеристика деятельности частных стоматологических учреждений получена на основании анализа их форм статистической отчетности (ф. №17, ф. №20), сведенных по г. Киеву за 2008–2017 годы, с использованием медико-статистического метода.

Результаты. Установлено, что на протяжении 2008–2017 гг. весомо выросли объемы всех видов

стоматологической помощи, оказанной жителям столицы в частных стоматологических учреждениях. В 2017 г. на частные учреждения приходилось 29,87% от всех посещений взрослого населения к стоматологам, 61,70% изготовленных зубных протезов, 31,90% случаев лечения кариеса зубов, 30,10% стоматологических операций.

Выводы. Подавляющее большинство населения продолжает получать стоматологическую помощь в коммунальном/государственном секторе здравоохранения, а для 10,1% жителей она вообще недоступна. Поэтому поиск новых форм организации стоматологической помощи, в том числе с использованием механизмов государственно-частного партнерства, способных обеспечить доступ к качественным стоматологическим услугам для всех слоев населения, приобретает особую актуальность.

Ключевые слова: стоматологическая помощь населению г. Киева; частные стоматологические учреждения.

**The importance of private medical clinics
in providing dental service to the population of Kiev**

V.D. Chopchik, N.M. Orlova
Dental Medical Center
of Bogomolets National Medical University
National P.L. Shupik Medical Academy
of postgraduate education

Purpose – to estimate the role of private clinics in providing dental care to the population of Kiev.

Materials and methods. The characteristic of dental care in private clinics was obtained on the basis of analysis of their statistical reporting forms, summarized in Kiev for 2008–2017, using the medical-statistical method.

Results. The number of dental services of all types provided to the residents of the capital in private dental clinics had increased during 2008–2017. In 2017, private institutions accounted for 29.87% of all visits to the adult population to dentists, 61.70% of dentures, 31.90% of cases of dental caries treatment, 30.10% of dental operations.

Conclusions: The majority of the population continues to receive dental care in the state/public health sector, and for 10.1% of the population it is generally not available. Therefore, the search for new forms of organization of dental care, including the use of public-private partnership mechanisms that can provide access to quality dental services for all segments of the population, is of particular importance.

Key words: dental service to the population of Kiev; private dental clinics.

Відомості про авторів

Чопчик Віталій Дмитрович – к.мед.н., в.о. заступника директора з медичної частини Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Орлова Наталія Михайлівна – д.мед.н., професор кафедри медичної статистики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

УДК 614.2:316.728.001.57

М.П. Гребняк, Л.Й. Ковальчук, О.В. Кірсанова

Концептуальна модель управління громадським здоров'ям

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна²Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Мета – обґрунтувати засади концептуальної моделі управління громадським здоров'ям.

Матеріали та методи. У роботі використані нормативно-правові документи у сфері громадського здоров'я, інформація міжнародних організацій, результати наукових досліджень. Використані методи дослідження – інтерпретація наукових даних, логічного узагальнення та структурно-функціональний підхід.

Результати. Громадське здоров'я відноситься до визначальних чинників розвитку суспільства. Розбудова системи формування популяційного здоров'я потребує розробки здоров'яформуючих технологій на тлі критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я та врахування багатofакторності його природи.

Висновки. Кризові явища у стані здоров'я населення держави (депопуляція, звужений режим відтворення населення, високі рівні смертності), детермінують створення ефективної системи громадського здоров'я. Концептуальна модель управління громадським здоров'ям складається із наступних блоків: завдання, принципи, напрямки управління, економічні рівні, критерії ефективності. Широке впровадження ринкових механізмів у діяльність практичних органів охорони здоров'я детермінує примат економічних принципів управління громадським здоров'ям.

Ключові слова: громадське здоров'я, управління, економічні відносини

Вступ

Кризові явища у популяційному здоров'ї населення держави, масштабність депопуляції, надсмертність чоловіків працездатного віку, низький показник очікуваної тривалості життя, високий рівень дитячої смертності диктують необхідність нагального реформування системи охорони здоров'я [2, 7]. Розбудова системи громадського здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, розвитку профілактичних оздоровчих технологій, впровадження на державному рівні цільових профілактичних програм [1, 3, 6, 8]. Домінантою громадського здоров'я є обґрунтування системи державних, соціальних, соціально-економічних та медичних заходів, спрямованих на попередження та лікування хвороб, оздоровлення навколишнього середовища, поліпшення умов праці та побуту населення, збереження й зміцнення здоров'я суспільства і кожного із членів.

Мета роботи – обґрунтувати засади концептуальної моделі управління громадським здоров'ям.

Матеріали та методи

У роботі використані нормативно-правові документи у сфері громадського здоров'я, інформація міжнародних організацій, результати наукових досліджень. Використані методи дослідження – інтерпретація наукових даних, логічного узагальнення та структурно-функціональний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до концепції розвитку системи громадського здоров'я воно визначається як комплекс інструментів, процедур та заходів для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного віку і заохочення до здорового способу життя [3, 5]. При цьому зростання уваги в Україні у сучасний період до економічних проблем громадського здоров'я зумовлено критичними явищами у популяційному здоров'ї та необхідністю підвищення життєвого та трудового потенціалу населення.

Встановлено, що в останні десятиліття в Україні реєструється звужений режим відтворення населення, тобто нетто-коефіцієнт менше 1,0. Протягом 1990–2016 рр. індекс старіння (відношення осіб старше 65 років до 100 дітей у віці до 25 років) зріс майже удвічі. Україна входить у число 30 найстаріших держав світу. Загальний коефіцієнт смертності всього населення в Україні залишається одним із найвищих у Європі та світі.

У зв'язку з цим, на перший план виступає пошук нових методів управління громадським здоров'ям. Головною метою якого є впровадження об'єктивних підходів, у першу чергу, економічних, у конкретних умовах для найбільш повного забезпечення суспільства з охорони здоров'я.

Концептуальна модель управління громадським здоров'ям заключається у системному підході до дій, орієнтованих на популяційне/когортне здоров'я. В якості напрямку дій, профілактика, скринінг та раннє лікування хвороб на початкових їх стадіях. Концептуальна модель складається із наступних блоків: завдання, принципи, напрямки управління, економічні рівні, критерії ефективності.

Основні завдання:

- розробка для практики охорони здоров'я організаційних форм та методів медичної допомоги населенню і управління охороною здоров'я;
- аналіз стану здоров'я людини з урахуванням багатокomпонентності чинників його формування;
- обґрунтування методів й способів зміцнення здоров'я, попередження захворювань та інвалідності, а також їх реабілітація;
- пошук способів управління, планування, фінансування та економіки громадського здоров'я;
- профілактика захворювань та формування здорового способу життя, забезпечуючого оптимальні умови для збереження;
- розвиток первинної медико-санітарної допомоги, у т.ч., високотехнологічного медичного забезпечення;
- пошук та впровадження інноваційних здоров'язберігаючих та здоров'яформуючих технологій;
- підвищення рівня підготовки фахівців в сфері громадського здоров'я, його охорони та підтримання;
- формування соціально-гігієнічного менталітету та мислення медичних працівників.

Блок принципів управління громадським здоров'ям включає в себе наступне:

- соціальну захищеність людини у випадку втрати здоров'я та недопустимість відмови у медичній допомозі;
- пріоритетність профілактики у сфері охорони громадського здоров'я шляхом охорони довкілля, створення безпечних та сприятливих умов праці, навчання та побуту, відпочинку, а також виробництва доброякісних харчових продуктів;
- відповідальність органів державної влади і місцевого самоврядування за забезпеченість прав громадян у сфері охорони здоров'я;
- пріоритетність пацієнтів при здійсненні медичної допомоги.

До блоку економічних принципів управління громадським здоров'ям за допомогою ринкових механізмів відносяться: впровадження у сферу медичного забезпечення населення взаємовідносин типу медичні послуги-гроші; формування багатокладної власності інфраструктури лікувально-профілактичних закладів та приватних закладів; перетворення медичних послуг у товар із споживною вартістю: формування ринку медичних послуг, що забезпечує послугово-грошові відносини у сфері охорони здоров'я; створення у суспільстві умов для адекватного сприйняття ринкових відносин та конкретного середовища з медичних послуг; створення маркетингових служб у сфері охорони здоров'я.

Рушієм підвищення ефективності заходів з поліпшення громадського здоров'я є економічні важелі, тобто фінансове забезпечення. Перетворення сучасної охорони здоров'я у виробничу галузь з впровадженням ринкового механізму господарювання зумовлює перехід медичних послуг у товар куплі-продажі. Незалежно від типу базових систем охорони здоров'я (переважно державна, переважно страхова, переважно приватна, багатокладна) організаційною основою є економічні

засади. На першому плані системи знаходяться економічні взаємовідносини між пацієнтом та медичним працівником. Для медперсоналу пацієнт – потенційне джерело фінансів, а пацієнт при зверненні до лікувально-профілактичної установи враховує свої економічні можливості. При цьому, якщо немедичні міри (державні, соціально-економічні, суспільні) слабо розвинуті, формується явище соціально-медичної компенсації, з максимальним переміщенням спектру функції із захисту здоров'я людини на медицину.

Організаційні механізми ринкових відносин у сфері охорони здоров'я залежать від їх рівня. На мікроекономічному рівні характеризується діяльність кожної особи, функціонування відділень, дільниць та інших структур з медичних послуг. Він охоплює весь комплекс з обґрунтування організаційних форм медичної допомоги, нормативів потреб у медичному забезпеченні, штатно-організаційні структури, внутрішньогосподарські зв'язки, раціональне використання матеріально-фінансових ресурсів.

На макроекономічному рівні характеризуються відносини із державою (бюджетне фінансування, виконання спеціальних державних програм, обов'язкове медичне страхування) та партнерами (постачальники, фінансово-кредитні установи, навчальні заклади).

В цілому рішення економічних проблем спрямовано на пошук прогресивних форм та методів роботи, що дозволяють поліпшити рівень здоров'я населення на популяційному, колективному та індивідуальному рівнях. При цьому ринкові механізми у сфері медичного обслуговування мають низку застережень. У першу чергу, неправомірність абсолютну «товар-гроші-товар», тому що в разі неплатоспроможності це може привести до передчасної втрати здоров'я або смерті. Поряд з цим, раціональність використання коштів передбачає не їх економію, а найбільш повне застосування з максимальною ефективністю для здоров'я з урахуванням сучасних здоров'язберігаючих та здоров'яформуючих технологій.

Пріоритетним напрямком управління є обґрунтування реформування системи охорони громадського здоров'я або окремих медичних служб, а також прогнозування розвитку сфер охорони здоров'я на засадах прогностичного моделювання. Воно визначає можливі наслідки тих чи інших ситуацій. Важливе місце також мають оптимізаційні моделі (відповідають на питання «Як повинно бути»), дескриптивні моделі (відповідають на питання «Як є?» або «Як буде?») та імітаційні моделі (відповідають на питання «Що буде, якщо події будуть розвиватися за тим чи іншим варіантом?»).

До важливих напрямків управління громадським здоров'ям відноситься аналіз виникнення проблемних ситуацій та обґрунтування заходів з їх усунення. Особливим видом управлінської діяльності є аналіз громадського здоров'я. Він спрямований на оцінку діяльності, дослідження наявних проблем і пошук шляхів досягнення найкращих результатів. Найчастіше для аналізу використовується інформація про стан здоров'я,

діяльність лікувально-профілактичних закладів, матеріально-технічну забезпеченість, ефективність лікувально-профілактичної допомоги та управління.

Інтегруючим напрямком управління громадським здоров'ям є створення й виконання цільових комплексних програм з пріоритетних проблем охорони здоров'я. Зокрема, з врахуванням вказаних напрямків формується ситуаційне управління – це управління за обставинами й ситуаціями. Воно передбачає врахування основних параметрів зовнішнього середовища (екологічні, виробничі, навчальні та побутові чинники), діяльність лікувально-профілактичних закладів, деталізацію їх впливу на громадське здоров'я, а також внутрішнього середовища на формування певної ситуації та прийняття рішення.

На заключному етапі управління громадським здоров'ям визначається ефективність охорони здоров'я. Її розрахунок здійснюють за наступними показниками: виду (медична, соціальна, економічна), об'єму (ефективність медико-соціальних програм, або лікувально-профілактичних заходів), етапам (попередження захворювань, лікування хвороб, реабілітація), рівнем (лікаря, підрозділу, дільниці медичного закладу, району), способу вимірювання результатів (економія чи зниження втрат ресурсів, додатково отриманий результат, інтегральний показник), формі показників (нормативні показники здоров'я населення, вартісних або трудових затрат).

Оцінка здоров'я передбачає використання критеріїв для окремої людини, колективу дільниці, когорти. Оцінка діяльності служб та закладів охорони здоров'я здійснюється за конкретними критеріями.

У зв'язку з важкістю визначення економічної ефективності у сфері громадського здоров'я доцільно її здійснювати за критеріями медичної ефективності. Під якою розуміється ефект досягнення поставлених завдань з

профілактики, діагностики та лікування з врахуванням якості, адекватності й результативності. Величина медичного ефекту вимірюється результатом безпосереднього медичного втручання. До них відносяться показники поліпшення стану здоров'я внаслідок проведених заходів, що забезпечують профілактику (лікування захворювань, зміцнення здоров'я та продовження активного довголіття).

До числових критеріїв медичної ефективності відносяться наступні: коефіцієнт медичної ефективності (відношення досягнення наміченого результату до загального числа пацієнтів, що знаходились на лікуванні), коефіцієнт економічної ефективності (відношення нормативних затрат до фактичних), інтегральний коефіцієнт ефективності (здобуток коефіцієнтів медичної та економічної ефективності), економічні збитки від захворювань із тимчасовою втратою працездатності.

Висновки

Кризові явища у стані здоров'я населення держави (депопуляція, звужений режим відтворення населення, високі рівні смертності), детермінують створення ефективної системи громадського здоров'я. Концептуальна модель управління громадським здоров'ям складається із наступних блоків: завдання, принципи, напрямки управління, економічні рівні, критерії ефективності. Широке впровадження ринкових механізмів у діяльність практичних органів охорони здоров'я детермінує примат економічних принципів управління громадським здоров'ям.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності діяльності системи громадського здоров'я на регіональному рівні.

Література

1. Гребняк М. П. Формування кадрового потенціалу громадського здоров'я / М. П. Гребняк, О. В. Кірсанова, В. В. Таранов // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 3. – С. 17–21.
2. Гребняк М. П. Сучасна динаміка здоров'я населення України у глобальному вимірі / М. П. Гребняк, Р. А. Федорченко // Довкілля та здоров'я. – 2018. – №3 – С. 27–33.
3. Концепція розвитку системи громадського здоров'я, схвалена Розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. №1002-р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799>.
4. Огнев В. А. Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект / В. А. Огнев, І. А. Чухно // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 3. – С. 58–61.
5. Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст // Г. О. Слабкий, В. І. Миронюк, Д. О. Качала / Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 24–31.
6. Слабкий Г. О. Інтеграція експериментальних, клінічних та соціально-медичних наукових досліджень / Г. О. Слабкий, В. Л. Таралло, М. І. Грицюк // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – №3 (44). – С. 262–265.
7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.
8. Public health services / Web-site of World Health Organization [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.10.2018 р.

Концептуальная модель управления общественным здоровьем

Н.П. Гребняк, Л.И. Ковальчук, Е.В. Кирсанова
Запорожский государственный медицинский
университет, г. Запорожье, Украина
Одесский национальный медицинский университет,
г. Одесса, Украина

Цель – обосновать принципы концептуальной модели управления общественным здоровьем.

Материалы и методы. В работе использованы нормативно-правовые документы в сфере общественного здоровья, информация международных организаций, результаты научных исследований. Используются методы: интерпретация научных данных, логического обобщения и структурно-функциональный подход.

Результаты. Общественное здоровье относится к определяющим факторам развития общества. Развитие системы формирования популяционного здоровья требует разработки здоровьесформирующих технологий на фоне критического пересмотра существующих механизмов управления здравоохранением и учета многофакторности его природы.

Выводы. Кризисные явления в состоянии здоровья населения страны (депопуляция, суженный режим воспроизводства населения, высокие уровни смертности), детерминируют создание эффективной системы общественного здоровья. Концептуальная модель управления общественным здоровьем состоит из следующих блоков: задачи, принципы, направления управления, экономические уровни, критерии эффективности. Широкое внедрение рыночных механизмов в деятельность практических органов здравоохранения детерминирует примат экономических принципов управления общественным здоровьем.

Ключевые слова: общественное здоровье, управление, экономические отношения.

Conceptual model of public health management

N.P. Grebnyak, L.Y. Kovalchuk, O.V. Kirsanova
Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhia, Ukraine
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Purpose – to substantiate the principles of the conceptual model of public health management.

Materials and methods. The work used regulatory documents in the field of public health, information from international organizations, the results of scientific research. Methods: interpretation of scientific data, logical generalization and structural-functional approach.

Results. Public health refers to the determinants of the development of society. The development of a population health formation system requires the development of healthforming technologies against the background of a critical review of existing mechanisms of health care management and taking into account the multifactorial nature of it.

Conclusions. Crisis phenomena in the state of health of the population of the country (depopulation, narrowed mode of reproduction of the population, high levels of mortality) determine the creation of an effective public health system. The conceptual model of public health management consists of the following blocks: objectives, principles, management directions, economic level and criteria of effectiveness. The widespread introduction of market mechanisms in the work of practical public health bodies determines the primacy of the economic principles of public health management.

Key words: public health, management, economic relations.

Відомості про авторів

Гребняк Микола Петрович – д.мед.н., професор кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

Ковальчук Ліна Йосипівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Одеського національного медичного університету.

Кірсанова Олена Валентинівна – к.мед.н., доцент кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

УДК 316.728:378.22

І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий, В.А. Дуфинець

Щодо підготовки магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я»

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета роботи – розробити та запропонувати методологічні підходи до підготовки магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я» за навчальною-науковою програмою.

Матеріали та методи: при виконанні роботи використано міжнародний досвід підготовки магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я» та Стандарт вищої освіти України з підготовки магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я». Методами дослідження слугували: метод структурно-логічного аналізу, контент-аналіз, системного підходу та аналізу.

Результати. Запропоновані структура навчальної дисципліни, програма підготовки, методи та форми навчання в магістратурі, компетенції, що мають набути студенти за час навчання, результати навчання, методи контролю знань.

Висновки. Застосування запропонованих методологічних підходів дозволить забезпечити ефективну підготовку магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я», які будуть в змозі вирішувати актуальні питання системи на сучасному етапі її розвитку.

Ключові слова: громадське здоров'я, магістри, підготовка.

Вступ

Дотепер у країні підготовка фахівців для системи громадського здоров'я не проводилася так як в країні система громадського здоров'я не функціонувала.

В зв'язку з запровадженням в країні системи громадського здоров'я [1, 2, 5] виникла необхідність в підготовці вказаних спеціалістів. Нагальною задачею, яка підлягає рішенню, є підготовка фахівців нового напрямку для системи громадського здоров'я, які будуть вирішувати нові функції, а відповідно мають нові кваліфікаційні вимоги [3, 4].

Мета роботи – розробити та запропонувати методологічні підходи до підготовки магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я» за навчальною-науковою програмою.

Матеріали та методи

При виконанні роботи використано міжнародний досвід підготовки магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я» та Стандарт вищої освіти України з підготовки магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я». Методами дослідження слугували: метод структурно-логічного аналізу, контент-аналіз, системного підходу та аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Запровадження нової навчальної спеціальності потребує рішення ряду важливих завдань. І головне – це підготовка науково-педагогічних працівників нової фармації, які здатні проводити наукові дослідження з проблеми громадського здоров'я та готувати фахівців для галузі відповідно до міжнародних стандартів та кращого світового досвіду.

Для рішення даного завдання нами запроваджується підготовка магістрів громадського здоров'я за освітньо-науковою програмою.

Розроблена нами освітньо-наукова програма підготовки магістрів за фахом «Громадське здоров'я» складається із 5 обов'язкових модулів: вступу до громадського здоров'я, а також систем, політики, етики, управління та лідерства у галузі громадського здоров'я; епідеміології та біостатистики для фахівців громадського здоров'я; моніторингу і оцінки, якості та використання даних і інформатизації в галузі громадського здоров'я; планування програм, їх реалізація та оцінка; ділова англійська мова та чотирьох модулів, один із яких вибирається магістром на вибір: профілактика; соціально значимі та особливо небезпечні інфекційні хвороби; соціально значимі хронічні неінфекційні хвороби; організація протиепідемічних заходів.

Розроблена та затверджена Вченою радою УжНУ освітньо-наукова програма підготовки магістрів розрахована на 3600 годин (120 кредитів ЄКТС). Лекційний курс складає 462 академічні години. На проведення семінарів затверджено 512 академічних годин, практичних занять – 1318 академічних годин, самостійну роботу – 1308 (36,3 %) академічних годин. Самостійна робота для проходження виробничо-навчальної практики студентів та виконання самостійної наукової роботи з підготовки магістерської кваліфікаційної роботи складає 700 годин. Із загальної кількості навчальних годин для проведення модульного контролю знань затверджено 30 годин та 6 годин на екзамен.

До вступу для навчання в магістратурі допускаються абітурієнти, які мають освіту бакалавра медсестринства, психолога, соціолога, журналіста, юриста, економіста. Абітурієнтами також можуть бути особи, що мають вищу освіту за рівнем підготовки спеціаліст як за напрямком підготовки «Охорона

здоров'я", так і за іншими напрямками та працюють в системі громадського здоров'я.

Метою освітньо-наукової програми підготовки магістрів за спеціальністю "Громадське здоров'я" є підготовка фахівців у даній сфері до самостійної практичної та наукової і педагогічної діяльності відповідно до визначених компетенцій.

Освітньо-наукова програма передбачає формування здатності у студентів застосовувати набуті знання, уміння та навички з дисциплін загальної та професійної підготовки для вирішення типових задач діяльності фахівця на займаній посаді, включаючи проведення наукових досліджень у сфері громадського здоров'я, а також викладання предмету "Громадське здоров'я", проведення епідеміологічного нагляду за соціально значимими

інфекційними та неінфекційними хворобами, станом психічного здоров'я населення, навколишнього середовища; визначення соціально-економічних, екологічних та медичних детермінант здоров'я; організацію і проведення профілактичних та протиепідемічних заходів; формування у населення здорового способу життя та відповідального ставлення до особистого здоров'я; міжсекторальну взаємодію в інтересах здоров'я населення. Таким чином, по закінченню навчання дипломований спеціаліст має вирішувати завдання громадського здоров'я, які визначені його основними оперативними функціями, що затверджені ВООЗ.

Розроблена нами структура навчальної дисципліни "Громадське здоров'я" підготовки магістрів за освітньо-науковою програмою наведена в табл. 1.

Таблиця 1

Структура навчальної дисципліни

	Аудиторні години			Самостійна робота	Вид контролю
	всього	лекції	семінари		
Годин	3600	462	512	1308	Усне опитування. Рішення ситуаційних задач. Модульний тестовий контроль. Комп'ютерний тестовий іспит
Всього кредитів ЄКТС					120
У тому числі виробничо-навчальна практика та науково-дослідна робота					
Кредитів	25	Проведення наукового самостійного дослідження та підготовка наукової дипломної магістерської роботи		Публічний захист наукової дипломної магістерської роботи	
Годин	750				
Кредитів	5	Проходження виробничо-навчальної практики		Захист результатів практики	
Годин	150				

Виробничо-навчальна практика та науково-дослідна робота є обов'язковими складовими підготовки і проводяться відповідно до навчального плану магістратури і являють собою вид навчальної підготовки, яка безпосередньо орієнтована на професійно-наукову підготовку студентів. Виробничо-навчальна практика та самостійна науково-дослідна робота закріплюють знання та вміння, які набуті під час освоєння теоретичних дисциплін та сприяють відпрацюванню студентами практичних навичок і комплексному формуванню у них загальних та професійних компетенцій.

Для проведення практики укладені угоди з науковими установами, вищими навчальними закладами, закладами охорони здоров'я та закладами громадського здоров'я, які мають необхідний кадровий та науково-технічний потенціал, основна діяльність яких має об'єкт та види професійної діяльності випускників за напрямком "Громадське здоров'я".

Відповідно до затвердженої програми методами та формами навчання в магістратурі є проведення лекційних занять із використанням мультимедійного проєктора; проведення занять з використанням дистанційного методу за допомогою системи Moodle; проведення семінарських та практичних занять за визначеними темами; підготовка аналітичних оглядів наукової літератури та рефератів за

визначеними темами; проведення ділових ігор; проходження виробничо-навчальної практики; самостійне виконання науково-дослідної роботи; написання наукової дипломної магістерської роботи.

Нами визначені нормативні та за вибором студента модулі в підготовці магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я». Отримані дані наведені в табл. 2.

Методами контролю знань за період навчання є: усне опитування, рішення ситуаційних задач, модульний тестовий контроль, комп'ютерний тестовий іспит, захист результатів виробничо-навчальної практики, публічний захист наукової дипломної магістерської роботи.

По закінченню магістратури випускники мають оволодіти компетенціями та знаннями щодо викладання предмету «громадське здоров'я» та здійснення наукових досліджень.

Діяльність фахівця громадського здоров'я включає організаційні, дослідницькі, аналітичні, комунікаційні, адміністративно-господарські (управлінські) функції з забезпечення громадського здоров'я населення, проведення інформаційної роботи, дотримання принципів професійної деонтології, постійне підвищення професійного рівня.

Виходячи з цього нами розроблені компетенції фахівців системи громадського здоров'я, які запропоновані

експертам для оцінки. Компетенції розділено на дві групи: загальні компетенції та фахові компетенції. Даними експертними оцінками мають оволодіти випускники магістратури. Запропоновані компетенції наведено в табл. 3.

Таблиця 2

Запропоновані модулі в програмі підготовки магістрів громадського здоров'я

Назва модулю
Цикл загальної підготовки. Нормативні навчальні дисципліни
Громадське здоров'я. Вступ.
Біостатистика.
Ділова англійська мова.
Організація охорони здоров'я в Україні.
Менеджмент в охороні здоров'я
Дисципліни за вибором студента
Екологія людини / Геріатрія
Профілактика в системі громадського здоров'я / Економіка громадського здоров'я
Диспансеризація населення / Засади сімейної медицини
Цикл професійної підготовки. Нормативні навчальні дисципліни
Політики, етика, управління та літерство в громадському здоров'ї
Епідеміологія та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення
Системи охорони здоров'я
Інформатизація в системі громадського здоров'я
Економічний аналіз в охороні здоров'я
Підприємницька діяльність в охороні здоров'я
Організація медико-соціологічного наукового дослідження
Менеджмент охорони громадського здоров'я.
Якість життя. Управління якістю життя.
Мікробіологія, вірусологія, паразитологія.
Токсикологія, фізіологія та біохімія стресових факторів зовнішнього середовища.
Профілактика. Валеологія.
Соціально значимі та особливо небезпечні інфекційні хвороби.
Соціально значимі хронічні неінфекційні хвороби.
Комунікації в системі громадського здоров'я.
Етичні норми в громадському здоров'я
Організація протиепідемічних заходів
Основи педагогіки вищої школи
Моніторинг та оцінка в системі громадського здоров'я
Ціноутворення в охороні здоров'я
Дисципліни за вибором студента
Психологія праці / Психологія особистості
Організація масових профілактичних заходів / Паліативна допомога
Маркетинг в охороні здоров'я / Ринок послуг в охороні здоров'я

Таблиця 3

Компетенції спеціалістів громадського здоров'я

№ компетенції	Зміст компетенції
<i>Загальні компетенції</i>	
ЗК 1.	Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
ЗК 2.	Здатність та готовність застосовувати знання в практичній діяльності.

ЗК 3.	Здатність спілкуватися українською та англійською мовами як усно, так і письмово.
ЗК 4.	Здатність та готовність до роботи в команді, вміння діяти в рамках узгоджених цілей та завдань, здатність брати на себе відповідальність і лідерство в плануванні та здійсненні професійної діяльності, толерантно сприймаючи соціальні, етнічні, культурні, конфесіональні відмінності.
ЗК 5.	Здатність та готовність до управління первинною медико-санітарною допомогою.
ЗК 6.	Здатність та готовність до проведення досліджень на відповідному рівні, до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
ЗК 6.	Здатність та готовність до організації догляду за геріатричними пацієнтами.
ЗК 8.	Здатність використовувати інформаційні та комунікаційні технології, спілкуватися з представниками інших професійних груп різного рівня.
ЗК 9.	Здатність та готовність до надання паліативної допомоги на рівні громади.
ЗК 10.	Здатність приймати обґрунтовані рішення, діяти в нестандартних ситуаціях, нести соціальну та етичну відповідальність за прийняті рішення.
ЗК 11.	Здатність виявляти, ставити та вирішувати проблеми при цьому діяти соціально відповідально та свідомо.
ЗК 12.	Здатність та готовність до пошуку компромісів з представниками влади з питань діяльності системи громадського здоров'я.
ЗК 13.	Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел, зокрема здатність здійснювати пошук в науковій літературі та базах даних та систематизувати його результати
ЗК 14.	Здатність розробляти та управляти проектами
ЗК 15.	Вміння розбудовувати та функціонувати в мережах соціальних зв'язків
ЗК 16.	Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
ЗК 17.	Здатність та готовність до саморозвитку, самореалізації, використання творчого потенціалу.
ЗК 18.	Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями
<i>Професійні компетентності</i>	
КФ 1.	Здатність використовувати у професійній діяльності знання нормативно-правових, законодавчих актів України та рекомендацій міжнародних організацій.
КФ 2.	Здатність викладати предмет «Громадське здоров'я» при підготовці фахівців відповідної спеціальності.
КФ 3.	Здатність та готовність до управління маркетингом в охороні здоров'я.
КФ 4.	Здатність організовувати та проводити наукові дослідження у сфері громадського здоров'я.
КФ 5.	Здатність до оцінки та прогнозування стану здоров'я населення.
КФ 6.	Здатність та готовність до запровадження медичного страхування на рівні громади.
КФ 7.	Здатність та готовність до визначення соціально-економічних, екологічних і медичних детермінант здоров'я населення та розробки щодо проведення заходів зниження їх негативного впливу.
КФ 8.	Здатність та готовність до вивчення глобального тягаря окремих класів і нозологічних форм неінфекційних та інфекційних хвороб і розробки та впровадження заходів його зниження.
КФ 9.	Здатність та готовність до проведення скринінгових досліджень на виявлення хвороб на ранніх стадіях розвитку.
КФ 10.	Здатність та готовність до застосування скринінгових програм раннього виявлення хвороб.
КФ 11.	Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики розладів психіки та поведінки, самогубств.
КФ 12.	Здатність та готовність до проведення профілактичних оглядів населення
КФ 13.	Здатність та готовність до підготовки і використання наукової, науково-виробничої, проектної, організаційно-управлінської та законодавчо-нормативної документації.
КФ 14.	Здатність та готовність до організації публічних заходів для рішення задач професійної діяльності, у тому числі міжсекторальних і з міжнародними партнерами
КФ 15.	Готовність до комунікацій для рішення задач із професійної діяльності, у тому числі міжсекторальних і з міжнародними партнерами.
КФ 16.	Здатність та готовність до організації та проведення прикладних і практичних проектів та інших заходів із вивчення та моделювання соціальних, економічних, екологічних, епідеміологічних та інших умов, які впливають на здоров'я та якість життя населення.
КФ 17.	Здатність та готовність до просвітницької діяльності: публічні лекції, доповіді, просвітницька робота з групами ризику тощо.

КФ 18.	Здатність та готовність до управління персоналом і закладами громадського здоров'я.
КФ 19.	Здатність та готовність здійснювати епідеміологічний нагляд за інфекційними, неінфекційними хворобами, розладами психіки та поведінки, гігієною навколишнього середовища та гігієни праці.
КФ 20.	Здатність та готовність до планування, організації та здійснення заходів, у тому числі міжсекторального характеру, щодо забезпечення охорони громадського здоров'я населення.
КФ 21.	Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики негативного впливу факторів зовнішнього середовища на здоров'я людей.
КФ 22.	Здатність та готовність до визначення потреби громади в медичній допомозі та засобах медичного призначення.
КФ 23.	Здатність та готовність до організації та проведення наукових досліджень відповідно до спеціалізації, включаючи вибір мети, формулювання завдань, планування дослідження, підбір адекватних методів, збір, групування, обробку, аналіз отриманих даних та публічне їх висвітлення з урахуванням вимог збереження конфіденційності даних про учасників та інформаційної безпеки.
КФ 24.	Здатність розробляти, впроваджувати та застосовувати підходи менеджменту у професійній діяльності закладів громадського здоров'я.
КФ 25.	Здатність та готовність до здійснення дій і надання послуг громадського здоров'я з укріплення здоров'я всього населення або для груп із підвищеним ризиком негативних наслідків для здоров'я.
КФ 26.	Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики СНІДу, туберкульозу, ППШ, вірусних гепатитів, проведення роботи щодо зниження стигми та дискримінації ЛЖВ.
КФ 27.	Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики негативного впливу факторів виробничого середовища на здоров'я людей.
КФ 28.	Здатність та готовність до вивчення якості життя населення.
КФ 29.	Здатність та готовність до управління якістю життя в системі громадського здоров'я
КФ 30.	Здатність та готовність до використання основ маркетингу
КФ 31.	Здатність та готовність до розрахунку вартості послуг
КФ 32.	Здатність та готовність до розробки бізнес-плану
КФ 33.	Здатність та готовність вести підприємницьку діяльність в охороні здоров'я
КФ 34.	Здатність та готовність до визначення потреби у первинній та вторинній медичній допомозі на рівні громади
КФ 35.	Здатність та готовність до надання невідкладної медичної допомоги.

Базуючись на наведених вище компетенціях була розроблена *інтегральна компетентність* випускників магістратури громадського здоров'я. Вона полягає в наступному: в умовах створення та організації діяльності системи громадського здоров'я мати здатність та готовність до розв'язання складних задач і проблем, які виникають у сфері громадського здоров'я, що передбачає рішення прикладних задач, проведення наукових досліджень, застосування наукових теорій, даних з доведеною ефективністю та аналітичних методів та забезпечувати комплексність та системність дій.

Таким чином, під час навчання в магістратурі має відбуватися формування здатності застосовувати набуті знання, уміння та навички з дисциплін загальної та професійної підготовки для вирішення типових задач діяльності фахівця на відповідній посаді, включаючи проведення науково-практичних досліджень в сфері громадського здоров'я, проведення епідеміологічного нагляду за соціально значимими інфекційними та неінфекційними хворобами, станом психічного здоров'я

населення, навколишнього середовища; визначення екологічних, соціально-економічних та медичних детермінант здоров'я; організація і проведення профілактичних та протиепідемічних заходів; формування у населення здорового способу життя та відповідального ставлення до особистого здоров'я; міжсекторальна взаємодія в інтересах здоров'я населення має відбуватися в магістратурі за спеціальністю «Громадське здоров'я».

Після закінчення навчання за освітньою-науковою програмою магістра «Громадське здоров'я» фахівець має бути здатним виконувати професійну роботу та може працювати в закладах громадського здоров'я, «Центрах здоров'я», науково-дослідних інститутах, клінічних закладах охорони здоров'я, вищих навчальних закладах і галузевих установах різних відомств, виконуючи відповідні функції.

Далі було визначено результати навчання магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я».

Отримані результати наведено в табл. 4.

Таблиця 4
Результати навчання в магістратурі

Зміст результатів навчання
Діяти і мислити відповідно до розуміння новітньої концепції громадського здоров'я.
Визначати та інтерпретувати основні поняття та концепції громадського здоров'я, епідеміології та демографії як наукових дисциплін.
Визначати та застосовувати основні поняття та концепції соціальних та природничих наук, що мають стосунок до здоров'я.
Здійснювати розрахунки вартості послуг.
Визначати основні принципи організації, структури і функціонування систем охорони здоров'я, порівнювати зміст основних міжнародних та вітчизняних стратегій в сфері охорони здоров'я.
Розуміти основні проблеми, питання та виклики щодо питань здоров'я в Україні та Європейському регіоні, та бути здатним інтерпретувати і пояснювати їх зміст із застосування теорії громадського здоров'я.
Використовувати наукові доказові дані для підтримки прийняття рішень в системі громадського здоров'я для потреб населення.
Використовувати основи маркетингу в своїй діяльності
Застосовувати принципи та методи моніторингу і оцінки в сфері охорони здоров'я, розробляти та впроваджувати системи моніторингу і оцінки політик, стратегій, програм, інтервенцій в сфері охорони здоров'я.
Вмітити складати бізнес план та планувати підприємницьку діяльність
Перелічувати, характеризувати та застосовувати основні моделі соціальних детермінант здоров'я, визначати та застосовувати на практиці основні поняття та концепції, що використовуються для аналізу впливу фізичних, радіологічних, хімічних, бактеріологічних чинників навколишнього середовища на здоров'я, а також оцінювати вплив цих чинників на здоров'я населення.
Визначати та застосовувати поняття епідеміології інфекційних та неінфекційних хвороб, основні принципи, методи, типи і компоненти систем епідеміологічного нагляду.
Застосовувати економічний аналіз в управлінській діяльності
Визначати основні поняття та застосовувати концепції промоції здоров'я.
Здійснювати управління маркетингом в сфері охорони здоров'я
Застосовувати та аналізувати основи вітчизняного та міжнародного законодавства щодо здоров'я.
Інтерпретувати та порівнювати значення і тенденції зміни, оцінювати, прогнозувати значення основних показників щодо здоров'я населення та чинників, що на нього впливають.
Визначати та застосовувати основні принципи та підходи щодо попередження і контролю загроз з боку зовнішнього середовища для здоров'я і безпеки населення, планувати та впроваджувати заходи з біологічної безпеки.
Визначати поняття профілактики захворювань, класифікувати основні типи профілактики захворювань, планувати та впроваджувати заходи з профілактики захворювань.
Визначати конкурентоспроможність закладів громадського здоров'я
Розробляти інструменти і проводити оцінку потреб сфери охорони здоров'я та приходити до відповідних висновків.
Проводити оцінку ризиків пов'язаних з впливом чинників зовнішнього середовища (фізичних, хімічних, радіологічних, біологічних) на здоров'я населення.
Розробляти стратегічні плани наукових досліджень
Розробляти стратегії та політики громадського здоров'я базуючись на методах та підходах громадського здоров'я
Приймати засновані на доказах рішення, що впливають на громадське здоров'я, та відстоювати використання доказів у прийнятті таких рішень.
Організовувати скринінгові обстеження населення з метою виявлення хворою на ранніх стадіях розвитку
Визначати проблеми в сфері охорони здоров'я та адекватні засоби для їх вирішення з точки зору промоції здоров'я
Знати і застосовувати етичні принципи для збору, використанню та поширенню даних, проведення досліджень, підготовки наукових публікацій, розробці політик, програм та інтервенцій в сфері громадського здоров'я.
Демонструвати навички критичного мислення.
Визначати потребу населення в первинній та вторинній медичній допомозі.
Здійснювати комунікацію в рамках міждисциплінарних команд.

Застосовувати систему обліку та звітності в охороні здоров'я, вміти розраховувати показники діяльності служб та закладів охорони здоров'я, розуміти значення медико-статистичної інформації в управлінні; застосовувати сучасні інформаційні технології в охороні здоров'я, засоби електронної охорони здоров'я.

Знати і використовувати наукові основи управління та основи менеджменту в системі охорони здоров'я; сучасну парадигму менеджменту – доказовий менеджмент в сфері охорони здоров'я, засади фінансового менеджменту, економічні основи управління та підходи до фінансування в системі охорони здоров'я, механізми оплати постачальників медичних послуг.

Володіти навичками розрахунку економічних наслідків нездоров'я населення.

Визначати потребу населення громади в засобах медичного призначення

Володіти навичками проведення епідеміологічних і соціальних досліджень.

Володіти навичками надання невідкладної медичної допомоги.

Висновки

Застосування запропонованих методологічних підходів дозволить забезпечити ефективну підготовку магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я», які

будуть в змозі вирішувати актуальні питання системи на сучасному етапі її розвитку.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності підготовки магістрів за спеціальністю «громадське здоров'я».

Література

1. *Миронюк І.С.* До структури національної системи громадського здоров'я / І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий, В.В. Шафранський // Вісник проблем біології і медицини. – 2017 – Випуск 3, том 2, № 138. - С. 135-142.
2. *Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я* : Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. №1002-р. // Урядовий кур'єр. – 2016. – 27 грудня. – № 245.
3. *Слабкий Г.О.* Громадське здоров'я як предмет викладання / Г.О. Слабкий, В.І. Миронюк, В.В. Шафранський, Л.О. Качала // Україна. Здоров'я нації. – 2017. - № 2 (42). – С. 103-106.
4. *Слабкий Г.О.* Про необхідність запровадження магістратури з громадського здоров'я за освітньо-науковими програмами / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.В. Шафранський // Медична освіта. – 2017. – № 2 (74). – С. 72-74.
5. *Шафранський В.В.* Концептуальні підходи до створення системи громадського здоров'я в Україні / В.В. Шафранський, Г.О. Слабкий // Економіка і право. – 2017. - №2. - С. 60-66.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.09.2018 р.

**К вопросу подготовки магистров по специальности
«Общественное здоровье»**

И.С. Миронюк, Г.А. Слабкий, В.А. Дуфинец
Ужгородский национальный университет

Цель работы – разработать методологические подходы к подготовке магистров по специальности «общественное здоровье» по учебно - научной программе.

Материалы и методы. При выполнении работы использованы международный опыт подготовки магистров по специальности «общественное здоровье» и Стандарт высшего образования подготовки магистров по специальности «общественное здоровье». Методами исследования служили: метод структурно-логического анализа, контент-анализ, системного подхода и анализа.

Результаты и их обсуждение. Предложены структура дисциплины и программа подготовки, методы и формы обучения в магистратуре, компетенции, которыми должны овладеть студенты за время обучения, результаты обучения, методы контроля знаний.

Выводы. Использование предложенных методологических подходов позволит обеспечить эффективную подготовку магистров по специальности «общественное здоровье», которые будут в состоянии решать актуальные проблемы системы на современном этапе ее развития.

Ключовые слова: общественное здоровье, магистры, подготовка.

**To the issue of masters' training
in specialty "public health"**

I.S. Mironyuk, G.O. Slabkiy, V.A. Dufynets
Uzhhorod National University, Uzhhorod

Goal of study: to develop and propose methodological approaches to masters' training in specialty "Public health" according to educational-and-scientific program.

Materials and methods: international experience in masters' training in specialty "Public health" and the Standard of higher education of Ukraine on masters' training in specialty "Public health" were used in the course of research. The methods of research applied: the method of the structural-and-logical analysis, content analysis, a systematic approach and analysis.

Results and their discussion. The proposed structure of the discipline, program of training, methods and forms of education in the Magistracy, competences that are to be acquired by students during the course of study, learning outcomes, methods of knowledge control.

Conclusions. The application of the proposed methodological approaches will ensure the effective training of the masters in specialty "Public health", who will be able to solve the issues of the system at the present stage of its development.

Key words: public health, masters, training.

Відомості про авторів

Миронюк Іван Святославович – д.мед.н., доц., декан факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

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

Дуфинець Василь Андрійович – д.мед.н., асистент кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.212(477.87):614.253.1:616-082

Г.О. Слабкий, Р.Ю. Погоріляк

До питання виконання завідувачами відділень закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги функцій з організації та управління охороною здоров'я

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

Мета роботи – дослідити рівень виконання завідувачами відділень закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги функцій організаторів охорони здоров'я та рівня готовності їх до даного виду діяльності.

Методи дослідження. При виконанні даного дослідження використано соціологічний та статистичний методи дослідження. За спеціально розробленою анкетною опитано 100 завідувачів відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області.

Результати та висновки. Встановлено, що завідувачі відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги щодня виконують функції організаторів охорони здоров'я. Це організаційні та управлінські функції, функції з організації роботи персоналу, контрольні функції, організація безперервного підвищення професійної майстерності персоналу. При цьому рівень їх готовності до даного виду діяльності є недостатнім. Спеціальна підготовка на галузевому рівні не передбачена.

Ключові слова: заклади охорони здоров'я, спеціалізована медична допомога, завідувачі відділеннями, організація і управління охороною здоров'я, функції, виконання.

Вступ

Відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» [1] керівники структурних підрозділів закладів охорони здоров'я відносяться до категорії керівників у сфері охорони здоров'я. Наказом МОЗ України від 31.10.2018 р. № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» затверджені нові кваліфікаційні вимоги до керівників структурних підрозділів закладів охорони здоров'я [2]. Даним наказом визначені їх завдання та обов'язки, необхідний рівень знань та кваліфікаційні вимоги для призначення на посаду та подальші вимоги до післядипломної освіти. При цьому необхідно зазначити, що керівники структурних підрозділів закладів охорони здоров'я в Україні не віднесені до організаторів охорони здоров'я і тому, згідно чинних нормативних вимог, вони не потребують підготовки з питань організації та управління в охороні здоров'я. В науковій літературі маються поодинокі роботи, які присвячені питанням організації роботи керівників структурних підрозділів закладів охорони здоров'я [3, 4].

Дане і визначило актуальність дослідження та його мету.

Мета роботи – дослідити рівень виконання завідувачами відділень закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги функцій організаторів охорони здоров'я та рівня готовності їх до даного виду діяльності.

Матеріали та методи

При виконанні даного дослідження використано соціологічний та статистичний методи дослідження. За спеціально розробленою анкетною опитано 100 завідувачів відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області.

При проведенні соціологічного дослідження дотримані принципи Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964-2000 рр.), Конвенції ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.) Європейської конвенції по використанню хребетних тварин для експериментів (1986 р.), відповідні положення ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та закони України.

Серед респондентів розповсюджено і зібрано анонімні анкети. Активність респондентів склала 83,3%.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження вивчалось питання щодо виконання завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області організаційних функцій. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що всі завідувачі відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області виконують наступні організаційні функції: перспективне та поточне планування роботи відділення, аналіз роботи та звітування про роботу відділення, забезпечення ведення звітної документації та підготовка звітної документації

відділення, забезпечення виконання медичними працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку закладу, підготовка відділення до акредитації, забезпечення умов праці з профілактики захворювань, охорони праці та протипожежної безпеки, забезпечення виконання правил призначення та обліку наркотичних, отруйних, токсичних та сильнодіючих препаратів, забезпечення конфіденційності інформації про пацієнтів та стан їх здоров'я. Крім цього більшість завідувачів

відділеннями закладів охорони здоров'я виконують наступні організаційні функції: забезпечення безпечні умов перебування пацієнтів у відділенні ($92,0 \pm 1,4$), забезпечення виконання галузевих стандартів медичної допомоги ($76,0 \pm 2,1$), забезпечує виконання чинного законодавства про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію медичної допомоги населенню ($72,0 \pm 2,2$) тощо.

Таблиця 1

Виконання завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області організаційних функцій, %

Вид діяльності	Виконує	Не виконує	Частота виконання					По мірі необхідності	Інше
			Щоденно	1 день на тиждень	2 дні на тиждень	3 і більше днів на тиждень			
Забезпечує перспективне планування роботи відділення	100,0	-	-	-	-	-	-	-	Щорічно
Забезпечує поточне планування роботи відділення	100,0	-	-	-	-	-	-	-	Щомісяця
Забезпечує ведення облікової та звітної документації відділення	100,0	-	$35,0 \pm 2,4$	$15,0 \pm 1,8$	$23,0 \pm 2,1$	$21,0 \pm 2,0$	$6,0 \pm 1,2$	-	-
Забезпечує виконання чинного законодавства про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію медичної допомоги населенню	$72,0 \pm 2,2$	$28,0 \pm 2,2$	-	-	-	$14,0 \pm 1,7$	$58,0 \pm 2,5$	-	-
Звітує про роботу відділення	100,0	-	-	-	-	-	-	-	В установлені терміни
Забезпечує підготовку відділення до акредитації	100,0	-	-	-	-	-	100,0	-	-
Виконання медичними працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку закладу	100,0	-	$13,0 \pm 1,7$	$19,0 \pm 2,0$	$15,0 \pm 1,8$	$42,0 \pm 2,5$	$11,0 \pm 1,6$	-	-

Забезпечує лікувально-охоронний режим у відділенні	100,0	-	61,0±2,4	-	-	39,0±2,4	-	-
Проведення аналізу показників роботи відділення та вживання, в межах своєї компетенції, заходів щодо її оптимізації, внесення пропозиції керівнику закладу для прийняття рішень на його рівні	100,0	-	-	-	-	-	На запит керівництва	Щомісячно
Організацію та проведення санітарно-освітньої роботи серед населення лікарями та роботи по формуванню здорового способу життя	58,0±2,5	42,0±2,5	-	52,0±2,5	6,0±1,2	-	-	-
Забезпечує безпечні умови перебування пацієнтів у відділенні	92,0±1,4	8,0±1,4	-	37,0±2,4	27,0±2,2	13,0±1,7	15,0±1,8	-
Забезпечує умови праці з профілактики захворювань, охорони праці та протипожежної безпеки	100,0	-	30,0±2,3	11,0±1,6	21,0±2,0	31,0±2,3	7,0±1,3	-
Забезпечує конфіденційність інформації про пацієнтів та стан їх здоров'я	100,0	-	100,0	-	-	-	-	-
Забезпечує виконання правил призначення та обліку наркотичних, отруйних, токсичних та сильнодіючих препаратів	100,0	-	100,0	-	-	-	-	-
Забезпечення внесення інформації до електронної системи охорони здоров'я	27,0±2,2	73,0±2,2	-	-	-	-	-	За графіком
Забезпечення виконання галузевих стандартів медичної допомоги	76,0±2,1	24,0±2,1	12,0±1,6	5,0±1,1	9,0±1,4	11,0±1,5	39,0±2,4	-

Далі вивчалося питання щодо виконання управлінських функцій. Отримані в ході дослідження завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області результати наведено в табл. 2.

Таблиця 2

Виконання завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області управлінських функцій, %

Вид діяльності	Виконує	Не виконує	Частота виконання					
			Щоденно	1 день на тиждень	2 дні на тиждень	3 і більше днів на тиждень	По мірі необхідності	Інше
Проведить клінічні розгляди випадків тяжкохворих, випадки при яких важко виставити діагноз, випадки розходження клінічних та патологоклінічних діагнозів	100,0	-	-	-	-	-	100,0	-
Приймає необхідні рішення про скерування пацієнтів на вищі рівні надання медичної допомоги	100,0	-	-	-	-	-	100,0	-
Веде дефектуру роботи персоналу відділення	84,0±1,8	16,0±1,8	-	-	-	-	84,0±1,8	-
Визначає необхідність у придбанні для відділення ліків, розхідних матеріалів та медичного обладнання	96,0±1,0	4,0±1,0	6,0±1,2	48,0±2,5	11,0±1,6	12,0±1,6	19,0±2,0	Обладнання 1 раз на рік
Доводить до відома керівника закладу та його заступника по медичній частині про усі найзвичайні випадки у відділенні (смерть хворих, нещасні випадки внутрішньо-лікарняних інфекцій, тощо) та про прийняті заходи	100,0	-	-	-	-	-	100,0	-
Систематично проводить виробничі наради з персоналом відділення	98,0±0,7	2,0±0,7	-	73,0±2,2	-	-	25,0±2,2	-

Віддає розпорядження та вказівки працівникам відділення, відповідно з рівнем їх компетенції та кваліфікації, контролює їх виконання	100,0	-	100,0	-	-	-	100,0	-
Розглядає скарги пацієнтів та їх родичів, працівників відділення	100,0	-	-	-	-	-	100,0	-
Представляє адміністрації підпорядкованих йому співробітників до заохочення та вносить пропозиції про накладання стягнень	87,0±1,7	13,0±1,7	-	-	-	-	56,0±2,5	31,0±2,3 – до свят
Бере участь у нарадах, на яких розглядаються питання, пов'язані з роботою відділення	100,0	-	-	-	-	-	При їх проведенні	

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що всі завідувачі відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області виконують наступні управлінські функції: проведення клінічних розглядів випадків тяжкохворих, випадків при яких важко виставити діагноз, випадків розходження клінічних та патологоклінічних діагнозів; прийняття необхідних рішень про скерування пацієнтів на вищі рівні надання медичної допомоги; доведення до відома керівника закладу та його заступника по медичній частині про усі надзвичайні випадки у відділенні (смерть хворих, нещасні випадки внутрішньо-лікарняних інфекцій, тощо) та про прийняті заходи; надання розпоряджень та вказівок працівникам відділення, відповідно з рівнем їх компетенції та кваліфікації, контролює їх виконання; розгляд скарг пацієнтів та їх родичів, працівників відділення; участь у нарадах, на яких розглядаються питання, пов'язані з роботою відділення. Крім того більшість завідувачів відділеннями закладів охорони здоров'я виконують наступні управлінські функції: систематичне проведення виробничих нарад з персоналом відділення (98,0±0,7%), визначення необхідності у придбанні для відділення ліків, розхідних матеріалів та медичного обладнання (96,0±1,0%), ведення дефектури роботи персоналу відділення (84,0±1,8% тощо).

Далі вивчалось питання щодо виконання завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я

спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області функцій з організації роботи персоналу. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл. 3.

Аналіз наведених в табл. 3 даних вказує на те, що всіма завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги виконуються наступні функції з організації роботи персоналу: контроль своєчасності та правильності складання табелів на заробітну плату та завіряє їх своїм підписом, розгляд порушень трудового законодавства, професійної діяльності, аморальних поступок тощо з боку персоналу, прийом працівників з особистими питаннями. Крім того завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги виконуються наступні функції з організації роботи персоналу: забезпечення безпечних умов праці для персоналу (96,0±0,9%), участь у доборі медичного персоналу відділення (93,0±1,3%), організація раціональних графіків роботи персоналу (86,0±1,7%), розробка посадових інструкцій для медичного персоналу відділення (57,0±2,5%), мотивація персоналу до ефективної праці (39,0±2,4%) тощо.

Далі вивчалось питання щодо виконання завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області контрольних функцій. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл. 4.

Таблиця 3

Виконання завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області функцій з організації роботи персоналу, %

Вид діяльності	Виконує	Не виконує	Частота виконання					
			Щоденно	1 день на тиждень	2 дні на тиждень	3 і більше днів на тиждень	По мірі необхідності	Інше
Участь у доборі медичного персоналу відділення	93,0±1,3	7,0±1,3	-	-	-	-	93,0±1,3	-
Розробка посадових інструкцій для медичного персоналу відділення	57,0±2,5	43,0±2,5	-	-	-	-	57,0±2,5	-
Організація раціональних графіків роботи персоналу	86,0±1,7	16,0±1,8	-	-	-	-	62,0±2,4 – раз на тиждень; 24,0±2,1 – по мірі необхідності	-
Забезпечення безпечних умов праці для персоналу	96,0±0,9	4,0±1,0	43,0±2,5	6,0±1,2	18,0±1,9	8,0±1,4	21,0±2,0	-
Мотивація персоналу до ефективної праці	39,0±2,4	61,0±2,4	-	-	-	-	39,0±2,4	-
Складення графіків відпусток працівників відділення на рік та подачу на розгляд керівнику закладу	42,0±2,5	58,0±2,5	-	-	-	-	Щорічно	-
Контроль своєчасності та правильності складання табелів на заробітну плату та завіряє їх своїм підписом	100,0	-	-	-	-	-	Щомісячно	-
Організація своєчасного проходження працівниками відділення профілактичних медичних оглядів	37,0±2,4	63,0±2,4	-	-	-	-	За графіком	-
Розгляд порушень трудового законодавства, професійної діяльності, аморальних поступок тощо з боку персоналу	100,0	-	-	-	-	-	100,0	-
Прийом працівників з особистими питаннями	100,0	-	-	-	-	-	100,0	-

Таблиця 4
Виконання завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області контрольних функцій, %

Вид діяльності	Виконує	Не виконує	Частота виконання					
			Щоденно	1 день на тиждень	2 дні на тиждень	3 і більше днів на тиждень	По мірі необхідності	Інше
Контроль якості діагностичного процесу	100,0	-	100,0	-	-	-	-	-
Контроль якості лікувального процесу	100,0	-	100,0	-	-	-	-	-
Контроль якості ведення медичної документації	100,0	-	100,0	-	-	-	-	-
Контроль лікувального-охоронного режиму у підрозділі	100,0	-	15,0±1,8	24,0±2,1	22,0±2,1	14,0±1,7	25,0±2,2	-
Контроль за виконанням посадових інструкцій медичним персоналом відділення	65,0±2,4	35,0±2,4	-	-	-	-	65,0±2,4	-
Контроль за термінами лікування пацієнтів	100,0	-	100,0	-	-	-	-	-
Контроль вірності визначення лікарями непрацездатності пацієнтів	100,0	-	100,0	-	-	-	-	-
Безпосередній контроль за збереженням та раціональним використанням матеріально-технічної бази відділення	43,0±2,5	57,0±2,5	-	-	-	-	-	За графіком
Контроль правильності та своєчасності складання старшою медичною сестрою вимог у аптеку на медикаменти, перев'язочний матеріал, медичний інвентар	63,0±2,4	37,0±2,4	12,0±1,6	8,0±1,4	11,0±1,6	32,0±2,3	-	-
Контроль за правильністю зберігання, використання, обліку, розходу перев'язочного матеріалу, медикаментів, у т.ч. наркотичних, сильнодіючих препаратів та препаратів, які підлягають кількісному обліку	74,0±2,2	26,0±2,2	-	-	-	-	-	За графіком

Аналіз наведених в табл. 4 даних вказує на те, що керівники структурних підрозділів закладів охорони здоров'я щоденно виконують наступні контролюючі функції: контроль якості діагностичного процесу, контроль якості лікувального процесу, контроль якості ведення медичної документації, контроль за терміни лікування пацієнтів, контроль вірності визначення лікарями непрацездатності пацієнтів. Крім того, більшість керівників структурних підрозділів виконують наступні контролюючі функції: контроль за правильністю зберігання, використання, обліку, розходу перев'язочного матеріалу, медикаментів, у тому числі, наркотичних, сильнодіючих препаратів та препаратів, які підлягають кількісному обліку (74,0±2,2%), контроль за виконанням

посадових інструкцій медичним персоналом відділення (65,0±2,4%), контроль правильності та своєчасності складання старшою медичною сестрою вимог у аптеку на медикаменти, перев'язочний матеріал, медичний інвентар (63,0±2,4%), безпосередній контроль за збереженням та раціональним використанням матеріально-технічної бази відділення (43,0±2,5%).

Наступним кроком дослідження було вивчалось питання щодо виконання завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області функцій з організації безперервного підвищення професійної майстерності персоналу. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл. 5.

Таблиця 5

Виконання завідувачами відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області функцій з організації безперервного підвищення професійної майстерності персоналу, %

Вид діяльності	Виконує	Не виконує	Частота виконання					Інше
			Щоденно	1 день на тиждень	2 дні на тиждень	3 і більше днів на тиждень	По мірі необхідності	
Розробка річних планів безперервного підвищення професійної майстерності персоналом	100,0	-	-	-	-	-	-	Щороку
Організація наставництва у відділенні	57,0±2,5	43,0±2,5	-	-	-	-	57,0±2,5	-
Організація навчання лікарів	100,0	-	-	-	-	-	-	За графіком
Організація навчання медичних сестер	45,0±2,5	55,0±2,5	-	-	-	-	-	За графіком
Організація навчання молодших медичних сестер	12,0±1,6	88,0±1,6	-	-	-	-	-	За графіком

Аналіз наведених в табл. 5 даних вказує на те, що всі опитані завідувачі відділеннями закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області розробляють річні плани безперервного підвищення професійної майстерності персоналом відділення та організують навчання лікарів. При цьому 57,0±2,5% із них займаються, за потреби, організацією наставництва, 45,0±2,5% організацією навчання медичних сестер та 12,0±1,6% організацією навчання молодших медичних сестер.

Далі проведено самооцінку завідувачами відділень своїх знань з питань організації роботи відділення. В ході дослідження отримані наступні результати. Свої знання як добрі оцінило 27,0±2,2% респондентів, як задовільні – 42,0±2,5%, як недостатні – 25,0±2,2%, не визначилися з відповіддю – 6,0±1,2%.

На питання щодо інформаційних джерел з питань організації роботи відділення отримані наступні результати: клінічна ординатура: 4,0±1,0%; курси ПАЦ: 6,0±1,2%; курси тематичного удосконалення: 3,0±0,9%; спеціальні короткотривалі тренінги: 7,0±1,3%; методичні рекомендації: 7,0±1,3%; спеціальна література: 2,0±0,7%; навчався у колег: 42,0±2,5%; практичний досвід набутий самостійно: 29,0±2,3%.

На питання, які джерела інформації Вам потрібні для отримання інформації з питань організації роботи відділення в сучасних умовах реформування охорони здоров'я включаючи автономізацію закладів охорони та впровадження гарантованого пакету державних гарантій завідувачі відділеннями вказали наступне: курси тематичного удосконалення: 32,0±2,3%, спеціальні

короткотривалі тренінги: $47,0 \pm 2,5\%$, методичні рекомендації: $12,0 \pm 1,6\%$, спеціальна література: $9,0 \pm 1,4\%$.

Висновки

Керівники структурних підрозділів закладів охорони здоров'я України виконують функції організації роботи та управління структурними підрозділами закладів охорони здоров'я. При цьому свої знання з цього напрямку як добрі оцінило $27,0 \pm 2,2\%$ опитаних, як задовільні – $42,0 \pm 2,5\%$, як недостатні – $25,0 \pm 2,2\%$, не визначилися з

відповіддю – $6,0 \pm 1,2\%$. В ході дослідження встановлено, що навчався управління структурним підрозділом лікарні у колег $42,0 \pm 2,5\%$ із опитаних, а практичний досвід набутий самостійно склав у $29,0 \pm 2,3\%$ опитаних. Спеціальна підготовка керівників структурних підрозділів закладів охорони здоров'я питанням менеджменту не проводиться.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності роботи керівників структурних підрозділів закладів охорони здоров'я України.

Література

1. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я. Київ, 2004 – 228 с.
2. Наказ МОЗ України від 31.10.2018 р. № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>.
3. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації / Уклад. : Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, О. З. Децик, А. Б. Зіменковський та ін. – Київ, 2014 – 31 с.
4. Слабкий Г. А. К вопросу организации труда медицинского персонала стационарных отделений / Г. А. Слабкий, В. Л. Подоляка // Гигиена труда: сборник научных работ. – К., 2004. – № 35. – С. 101–107.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.11.2018 р.

К вопросу выполнения заведующими отделениями учреждений здравоохранения специализированной медицинской помощи функций по организации и управлению здравоохранением

Г.А. Слабкий, Р.Ю. Погорляк
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

Цель работы – изучить уровень выполнения заведующими отделениями учреждений здравоохранения специализированной медицинской помощи функций по организации и управлению здравоохранением и уровня их готовности к такому виду деятельности.

Методы исследования. При выполнении данной работы использованы социологический и статистический методы исследования. При помощи специально разработанной анкеты опрошено 100 заведующих отделениями учреждений здравоохранения

специализированной медицинской помощи Закарпатской области.

Результаты и выводы. Установлено, что заведующие отделениями учреждений здравоохранения специализированной медицинской помощи ежедневно выполняют функции организаторов здравоохранения. Это организационные и управленческие функции, функции по организации работы персонала, контрольные функции, организация непрерывного повышения профессионального мастерства персонала. При этом уровень их готовности к данному виду деятельности недостаточен. Специальная подготовка на уровне отрясли не предусмотрена.

Ключевые слова: учреждения здравоохранения, специализированная медицинская помощь, заведующие отделениями, организация и управление здравоохранением, функции, выполнение.

**To the issue of performing the functions
of health care organization and management
by the heads of departments
of specialized medical care institutions**

G.O. Slabkiy, R.Yu. Pohorilyak

SHEI "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Goal of research – to study the level of performing the functions of health care organizers by the heads of departments of specialized medical care institutions and their readiness to this type of activity.

Methods of research. Sociological and statistical methods of research were used while performing the study. A specially designed questionnaire polled 100 heads of

departments of specialized medical care institutions in Transcarpathian region.

Results and conclusions. It is determined that heads of department of specialized medical care institutions daily perform the functions of health care organizers. These are the organizational and management functions, the functions of organizing personnel activity, control functions, organization of continuous perfection of the staff professional skills. At all these conditions the level of their readiness for this type of activity is insufficient. Special training at the level of department is not provided.

Key words: health care institutions, specialized medical care, heads of departments, health care organization and management, functions, performing.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та до університетської підготовки Ужгородського національного університету, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Погоріляк Рената Юрївна – к.мед.н., доцент, завідувач кафедри громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін медичного факультету №2 Ужгородського національного університету, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 616.31:378.1:001.8

Є.Я. Костенко¹, Н.В. Гасюк², О.В. Клітинська¹

Методологічні підходи до вдосконалення рівня практичних навичок, як невід'ємна складова освіти лікарів-стоматологів

¹ДВНЗ «Ужгородський Національний медичний університет» МОН України, м. Ужгород, Україна
²ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Метою представлено в публікації підходу є апробація шляхів вдосконалення стоматологічної освіти, шляхом впровадження в навчання конкурсів професійної майстерності, як активної форми, що оптимізуватиме поглибленню професійних знань, розвитку творчої ініціативи і є своєрідним контролем за рівнем навчання. В публікації приведені можливі шляхи набуття та вдосконалення практичних навичок студентів стоматологічного факультету, орієнтуючись на інтегрований досвід роботи співробітників кафедр стоматологічного профілю ДВНЗ України «Ужгородський національний університет» МОН України та ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет МОЗ України».

Апробована та репрезентована методика проведення конкурсів професійної майстерності студентів-стоматологів забезпечує можливість формування та поглиблення клінічного мислення, удосконалення рівня володіння практичними навичками шляхом впровадження особистісно-зорієнтованої моделі навчання.

Ключові слова: оптимізація, клінічне мислення, формування фахівця, свідомість, студенти.

Вступ

Бурхливий розвиток сучасного суспільства гостро ставить питання реформування системи медичної освіти. На сьогоднішній день проходить пошук шляхів модернізації навчального процесу через його технологізацію [5, 6, 11, 12].

Відповідно до цього, у дію вступає нова парадигма освіти, в якій складові змісту навчання формуються від результату [1, 2, 8, 13].

Поступальний економічний розвиток України, вимагає модернізації змісту освіти в цілому та медичної зокрема, шляхом оновлення методів його реалізації. Одним з головних завдань сучасної системи освіти в стоматології, як галузі системи охорони здоров'я є вдосконалення умов для розвитку та розкриття особистості студента на етапі здобуття медичної освіти, що дасть можливість формування свідомості лікарів, здатних до активної та фахової практичної діяльності [4, 7, 9, 14].

Пріоритетне місце у наданні стоматологічної освіти, має практичне спрямування, а саме набуття та вдосконалення практичних навичок майбутніми лікарями [3, 5, 6].

Невід'ємною умовою ефективного та якісного навчання стоматології є вміння аналізувати методи відновлення функціональної активності різних груп зубів та методи художньої реставрації із подальшим синтезом в єдину цілісну картину.

Дане положення вказує на необхідність нового підходу до вибору і застосування таких форм, методів, і засобів навчання студентів, які б розкривали не лише теоретичний а й практичний рівень та творчий потенціал кожного [5, 10, 11].

Метою запропонованого підходу є апробація шляхів вдосконалення стоматологічної освіти, шляхом впровадження в навчання конкурсів професійної майстерності, як активної форми, що оптимізуватиме поглибленню професійних знань, розвитку творчої ініціативи і є своєрідним контролем за рівнем навчання.

Результати дослідження та їх обговорення

Мета проведення практичних конкурсів професійної майстерності – вдосконалення рівня володіння мануальними навичками та виявлення найкращих з числа студентів.

Незважаючи на факт того, що заходи конкурсу потребують ретельної підготовки і проведення великої організаційної роботи (підбір тематичних пацієнтів, розробка конкурсних завдань), застосована форма є найбільш творчою та результативною.

Беручи до уваги власний досвід, викладачі спрямовують свою роботу в напрямку здійснення індивідуального підходу до особистості студентів на практичних заняттях. Останнє дає можливість реалізації творчих та професійних здібностей на практичних заняттях та розвитку їх на підготовчих етапах заходу.

Однією із основних задач викладачів на даному етапі, є фахова мотивація студентів учасників. Особливої актуальності набуває не лише практична мобільність конкурсантів, а і наявність клінічного і творчого мислення.

В іншому випадку процес навчання буде не повним, якщо в його ході не виховувати та не враховувати первинні професійні вміння та якості студентів.

Процес навчання конкурсантів має циклічний характер і орієнтований на наступні складові, що

послідовно змінюють одна одну: конкретний досвід, рефлексивне спостереження, абстрактна концептуалізація і активна праця.

На першому етапі, етапі «конкретного досвіду» проводиться аналіз конкретних знань та вмінь, які в перспективі стануть предметом активної діяльності та реалізації за умови активної праці.

У перспективі відбувається проаналізованого набутого досвіду різностороннім аналізом на етапах колективної та індивідуальної роботи – вдосконалення практичних навичок.

Теоретичним вагомим підґрунтям для цього є етап «рефлексивного спостереження», який дозволяє студентам проаналізувати отриманий досвід та зробити ряд адекватних висновків відносно рівня досконалості власних практичних навичок. Реалізація даного етапу дає можливість ініціювати студентів до пошуку самостійних відповідей на поставлені викладачем запитання та передбачити можливі шляхи практичного вдосконалення. Без наведеного аналізу набутий практичний досвід може залишитися недосконалим.

Етап «абстрактної концептуалізації» передбачає співставлення власно зроблених висновків із вимогами щодо положення про конкурс, та рівнем складності конкурсних завдань. При цьому, попередні власні висновки отримують теоретичне та практичне підґрунтя і формується вже на мові гіпотез та прогнозованих індивідуальних результатів, із подальшою апробацією на етапі активного експериментування. Таким чином забезпечується об'єктивізація рівня індивідуальних практичних навичок із врахуванням аналізу набутого досвіду та отриманої на попередніх етапах інформації.

Запропонована та апробована методика підготовки конкурсантів створює передумови для переорієнтування акценту активності та ініціативи в навчальному в бік студента. Це, в свою чергу, вимагає зміни стратегії організації навчання на практичній частині заняття в сторону пошуку нових форм і технологій роботи у практичному спрямуванні.

Підведення підсумків конкурсу пропонуємо проводити у формах, які дають можливість ефективно та наглядно моделювати у навчальному процесі реалії професійної діяльності майбутнього стоматолога, виходячи із детального аналізу робіт кожного із конкурсантів причому у всій необхідній нам повноті інтелектуальних знань, практичних навичок, психологічних і соціальних аспектів.

Колективне підведення підсумків дає можливість вирішити ряд педагогічних проблем на етапі формування особистості висококваліфікованого стоматолога та дозволяє отримати і удосконалити практичні навички із застосуванням нових реставраційних технік, освоїти аспекти комунікації і міжособистісної взаємодії.

Колективне обговорення результатів, дає можливість створення віртуальної клінічної ситуації різної складності, в якій через адекватну самооцінку відбувається озвучення аспектів проблематизації на шляху формування особистості сучасного лікаря за активної допомоги викладача. Дана позиція дає можливість створення таких умов викладання, які дозволять

акцентувати увагу конкурсантів на необхідних практичних навичках, які на його думку, можуть бути особливо потрібними в майбутніх клінічних ситуаціях, а саме, формування контактних пунктів, відновлення анатомічної форми коронок зубів різних класів. Окрім того, з'являється можливість неодноразово програвати клінічну ситуацію із вирішенням якої виникали проблеми в минулому досвіді при вирішенні клінічних завдань, з метою її аналізу та обговорення з більш досвідченими колегами.

В процесі проведення конкурсу, у студентів з'являється можливість зміни відношення до дисципліни, яку вони вивчають та формується здатність сприйняття думки інших людей

На етапі обговорення, доцільно застосовувати Сократівський метод, сутність якого, полягає у детальному аналізі системи питань у конкретному випадку детальному аналізі цифрового матеріалу робіт конкурсантів на всіх етапах, обговорення яких приводило до об'єктивного рішення стосовно переможця. Слід відзначити, що відповідь може не формулюватися – кожен куратор-експерт, приймає своє рішення, хоча не виключено, що даний вибір може обговорюватися гласно. З позиції організації подібних заходів слід відзначити, що для підготовки конкурсу потрібні часові та творчі затрати, щоб конкурс мав вигляд урочистої події із виховними елементами.

Проведення стереотипних конкурсів практичної майстерності серед студентів-стоматологів, активізує студентську мотивацію та дає можливість об'єктивізації рівня практичних навичок студентів продемонстрованих на практичних заняттях.

Підведення підсумків та аналіз результатів конкурсу проводиться на основі емоційної складової пережитих конкурсантами ситуацій. Дається загальна характеристика атмосфері конкурсу в цілому та особливо важливою на нашу думку, є характеристика кожного конкурсанта окремо, з акцентом на позитивних складових роботи та недоліках. Користуючись результатами власних спостережень, рекомендуємо коментувати загальну манеру відносин «лікар – пацієнт» та «лікар – асистент» та дати рекомендації.

Основною позицією на етапі аналізу рівня проведення конкурсу-майстерності та досягнень конкурсантів її відповідність встановлення на підготовчому етапі меті заходу, підвищення рівня художньої реставраційної майстерності сучасного студента-стоматолога з кінцевою метою – підвищення якості освіти майбутнього-стоматолога терапевта в цілому, а також з віддаленою метою – виховання особистості лікаря стоматолога-терапевта сучасності шляхом виховання в студентах медиках особистісно-зорієнтованої моделі навчання. Слід зауважити, що аналіз – це специфічний вид професійної діяльності кураторів-експертів у даному конкурсі. Він представляє собою необхідний компонент педагогічного аналізу рівня виконання практичного завдання поставленого перед конкурсантами. На нашу думку існує ряд питань, які необхідно враховувати при аналізі результатів конкурсних робіт, а саме розвиток світогляду та професійно-цілісної

орієнтації конкурсантів, наявність творчого підходу у професійній діяльності, розвиток стійких морально-етичних якостей особистості, розвиток емоційно-вольової сфери, формування готовності до професійної самоосвіти та удосконалення професійних знань та вмінь сьогодення.

Висновки

Отже, процес постійного педагогічного самовдосконалення викладачів у інтеграції із високим рівнем мотивації студентів дає можливість оптимізації отримання теоретичних знань та практичних навичок студентів, а також окреслює виховну складову в медичній стоматологічній освіті сьогодення та спонукає до апробації нових педагогічних підходів на етапі надання освітніх послуг.

В своїй інтегрованій роботі викладачі стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський

Національний університет» МОН України та ДВНЗ «ТДМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» використовують конкурсні та ігрові форми організації навчальної діяльності студентів. Інтегративний та індивідуалізований підхід в побудові навчально-організаційного процесу підготовки студентів до конкурсів дає можливість не лише вдосконалення практичних навичок по використанню новітніх стоматологічних технологій художньої реставрації, але і провести аналіз отриманих навичок.

Перспективи подальших досліджень.

Дослідження запровадження вищезазначених форм організації навчальної діяльності студентів стоматологічних факультетів підвищить якість навчання, пошук нових форм навчання є перспективним з точки зору підвищення якості навчання, а в подальшому і підготовки фахівців за фахом стоматологія.

Література

1. *Гасюк Н. В.* Стимулювання навчально-пізнавальної діяльності студентів-медиків в рамках роботи студентського наукового товариства / Н. В. Гасюк, В. В., Черняк // Збірник матеріалів Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю «Реалізація Закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України». – Тернопіль, 2015. – С. 160.
2. *Впровадження новітніх технологій в навчальний процес – запорука якісної підготовки лікарів-стоматологів в умовах Європейської інтеграції* / П. А. Гасюк, Н. В. Гасюк, Д. Д. Кіндій, В. Є. Пудяк // Збірник матеріалів навчально-методичної конференції «Європейський вибір – невід'ємна складова розвитку вищої медичної освіти України». – Полтава, 2013. – С. 31–32.
3. *Дискусія як один із методів стимулювання навчально-пізнавальної діяльності студентів-медиків в рамках роботи студентського наукового товариства* / Т. О. Петрушанко, Н. В. Гасюк, І. Ю. Попович, Т. Д. Бублій. // Світ медицини та біології. – 2013. – № 3 (39). – С. 164–166.
4. *Іваницький І. О.* Студентське наукове товариство як фундамент наукового світогляду студента / І. О. Іваницький, Н. В. Гасюк // Світ медицини та біології. – 2011. – № 4. – С. 155–157.
5. *Кашлев С. С.* Современные технологии педагогического процесса / С. С. Кашлев. – Мн.: Университетское, 2000. – 95 с.
6. *Кларин М. В.* Инновации в мировой педагогике: обучение на основе исследования, игры, дискуссии (анализ зарубежного опыта) / М. В. Кларин. – Рига, 1995. – 205 с.
7. *Краснов Ю. Э.* Игра как педагогическая форма / Ю. Э. Краснов // Психология. – 1996. – № 5. – С. 84–103.
8. *Немова Н. В.* Управление методической работой в школе / Н. В. Немова. – М.: «Сентябрь», 1999. – С. 223–227.
9. *Нагірний Я. П.* Поліпшення якості стоматологічної освіти майбутніх фахівців шляхом впровадження в традиційну систему особистісно-зорієнтованої моделі навчання / Я. П. Нагірний, Н. В. Гасюк, Н. В. Чорній // Медична освіта. – 2014. – № 3 (63). – С. 111–115.
10. *Обучаем иначе.* Стратегия активного обучения / Е. К. Григальчик, Д. И. Губаревич, И. И. Губаревич, С. В. Петрусёв. – Мн.: «БІП-С», 2003.
11. *Поліпшення якості освіти студентів на кафедрі терапевтичної стоматології шляхом впровадження в традиційну систему навчання колективних інноваційних занять* / Т. О. Петрушанко, Н. В. Гасюк, Е. В. Ніколішина, І. Ю. Попович, І. О. Іваницький // Світ медицини та біології. – 2013. – № 4 (42). – С. 136–138.
12. *Поліпшення якості стоматологічної освіти шляхом впровадження в навчальний процес конкурсів професійної майстерності як активних форма навчання* / Іваницький І. О., Іваницька О. С., Гасюк Н. В., Попович І. Ю. // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю «Основні напрямки удосконалення підготовки медичних кадрів у сучасних умовах». – Полтава, 2015. – С. 46–47.
13. *Реджис Мак Намара* «Почему они не делают того, чему мы их учим?» / Мак Намара Реджис // TRAINING. – 1991. – № 7. – С. 56–59.
14. *Турнер Д.* Ролевые игры. Практическое руководство / Д. Турнер. – СПб.: Питер, 2002. – С. 123–136.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.09.2018 р.

Методологические подходы к усовершенствованию уровня практических навыков, как неотъемлемая составная образования врачей-стоматологов

Е.Я Костенко, Н.В. Гасюк, О.В. Клитинская
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»
МОН Украины, г. Ужгород, Украина
ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины»,
г. Тернополь, Украина

Целью представленного в публикации подхода, является апробация аспектов усовершенствования стоматологического образования, путем внедрения в обучение конкурсов профессионального мастерства, как активной формы. Разработанный подход будет способствовать углублению профессиональных знаний, развития творческой инициативы и является своеобразным контролем за уровнем обучения.

В публикации приведены возможные пути приобретения и совершенствования практических навыков студентов стоматологического факультета, ориентируясь на встроенный опыт работы сотрудников кафедр стоматологического профиля ГВУЗ Украины «Ужгородский Национальный университет» МОН Украины и ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет МЗ Украины».

Апробирована и представлена методика проведения конкурсов профессионального мастерства студентов-стоматологов обеспечивает возможность формирования и углубления клинического мышления, совершенствование уровня владения навыками путем внедрения личностно-ориентированной модели обучения.

Ключевые слова: оптимизация, клиническое мышление, формирование специалист, сознание, студенты.

Methodological approaches to improving the level of practical skills as an integral part of the education of dentists

Ye.Ya. Kostenko, N.V. Hasiuk, O.V. Klitynska
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine
Horbachevsky Ternopil State Medical University,
Ternopil, Ukraine

The aim of the published approach is to test the ways of improving dental education through the introduction of professional skills competitions as an active form, which will optimize the deepening of professional knowledge, the development of creative initiative, and is a kind of control over the level of education.

The publication presents possible ways of acquiring and improving practical skills of students of the Faculty of Dentistry, focusing on the integrated experience of the staff of the departments of the stomatological profile of the Uzhhorod National University and Ternopil State Medical University.

The tried and tested method of conducting competitions of professional skill of students-dentists provides the possibility of forming and deepening of clinical thinking, improving the level of knowledge of practical skills by implementing a person-oriented model of training.

Key words: optimization, clinical thinking, formation specialist, consciousness, students.

Відомості про авторів

Костенко Євген Якович – д.мед.н., професор, декан стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України»; пл. Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна.

Гасюк Наталія Володимирівна – д.мед.н., доц., доцент кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі 1, м. Тернопіль, 46001.

Клітинська Оксана Василівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України»; пл. Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна.

УДК 614.2:351.77:311.212(477)

Я.Л. Гржибовський

Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення (за результатами опитування організаторів охорони здоров'я України)

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

Мета – дослідити думку медичних працівників щодо впливу на здоров'я населення детермінант структурного рівня.

Матеріали та методи. Опитаний 391 респондент. Використано бібліосемантичний та два типи методів статистичного аналізу: опис дослідження і пояснення одержаних фактів (встановлення зв'язків між типами відповідей на запитання анкети і оцінка цих зв'язків). Отримані результати порівняні за методом χ^2 -квадрат.

Результати. Встановлено, що такі детермінанти структурного рівня, як економічні (дохід і його розподіл, зайнятість/безробіття, умови праці, низький рівень матеріально-технічної бази медичних закладів та ін.) та безпосередньо такі як: «Недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я» ($4,41 \pm 0,04$ бали), «Якість медичної допомоги» ($4,36 \pm 0,04$ бали) та «Якість продуктів харчування» ($4,08 \pm 0,05$ бали) на думку респондентів мають найбільше значення у впливі на здоров'я населення України.

Висновки. Проведення опитування є хорошим елементом підвищення рівня знань респондентів з тих чи інших питань, у нашому випадку – з питань впливу на здоров'я населення глобальних, суспільно-політичних детермінант та чинників структурного рівня. Дослідження детермінант дає можливість спрямувати дії суспільства на зниження їх негативного впливу на здоров'я населення.

Ключові слова: детермінанти, здоров'я, опитування, Україна.

Вступ

Напружена оцінка ситуації існуючої сьогодні системи охорони здоров'я України передбачає ретроспективний аналіз детермінант виникнення кризового стану. Попередній період розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я був відзначений рядом очевидних досягнень, що знайшло відображення у зникненні серед головних причин смертності інфекційних хвороб, висока смертність від яких є характерною для слаборозвинених у економічному відношенні країн. Відтак, структура смертності населення з основних причин набула в Україні протягом останніх десятиліть ознак властивих для економічно розвинених країн. Однак, це призвело не до збільшення очікуваної тривалості життя, як це має місце в названих країнах, а, навпаки, до підвищення рівня смертності населення [5, 19].

В цей же час рівень життя населення, як фактор, що здійснює багатовимірний вплив на стан його здоров'я, в сучасній Україні має, здебільшого, негативний характер. Для його характеристики використовується цілий ряд кількісних і якісних показників, що відображають різні сторони добробуту народу, задоволення його фізичних і духовних потреб, як, наприклад, загальний обсяг споживання та якість продуктів харчування, розмір оплати праці, умови праці, житлові умови, співвідношення вільного і робочого часу, освітньо-культурний рівень населення та ін. [3, 4, 9, 10]. Проте організаційно-економічні проблеми системи охорони здоров'я України: кадровий потенціал, фінансування, організація роботи на місцях, якість та доступність медичної допомоги, профілактичний

напрямок роботи – все ще не сприяють вирішенню питань зміцнення здоров'я населення держави [11, 12].

Аналіз політики щодо здоров'я в європейських країнах показує, що за основу в Європі взято соціально-економічні або ж суспільні детермінанти здоров'я [13, 14, 17, 18]. Хоча безпосереднього впливу на здоров'я вони не мають, проте є важливими для здоров'я. Це і система оподаткування, податкові знижки, рівень пенсії по старості або хворобі, реабілітаційні заходи, материнство та умови виховання дітей, допомога з безробіття, пільги на житло, ринок праці та інші заходи з піклування за людиною [6, 21]. Для прикладу, у Швеції стратегія охорони здоров'я передбачає „створення суспільних умов, які гарантують хороше здоров'я для всього населення”. З 11 пунктів стратегії 5 торкаються соціальних передумов: участь у суспільному житті, економічна та соціальна безпека, умови дитинства та молодості, зміцнення здоров'я населення працездатного віку, навколишнє середовище і безпека виробництва [20].

У сучасних умовах реформування охорони здоров'я в Україні достатньо гостро відчувається потреба у висококваліфікованих, грамотних спеціалістах – менеджерах, керівниках закладів охорони здоров'я, що в свою чергу потребує удосконалення медичної освіти в цілому, починаючи з довузівської, у вузах, закінчуючи різними формами перепідготовки і підвищення кваліфікації спеціалістів [1, 2, 15].

Таким чином, виходячи з вищевказаного, справедливим буде констатація того, що вивчення чинників, які впливають на здоров'я населення є надзвичайно важливим аспектом у становленні гідного рівня здоров'я населення держави.

Для отримання наукових знань щодо медико-соціальних об'єктів часто використовується система логічно послідовних методологічних, методичних та організаційно-технічних процедур або соціологічне дослідження [7, 8], що і було реалізовано нами для досягнення мети цього дослідження.

Мета роботи – дослідити думку медичних працівників щодо впливу на здоров'я населення детермінант структурного рівня.

Матеріали та методи

Для дослідження інформованості та знань щодо детермінант здоров'я у 2016–2018 роках проведено опитування слухачів циклів спеціалізації та передатестаційних, які проходили навчання на кафедрі організації і управління охороною здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

У роботі використано бібліосемантичний та два типи методів статистичного аналізу: опис дослідження і пояснення одержаних фактів (встановлення зв'язків між типами відповідей на запитання анкети і оцінка цих зв'язків). Отримані результати порівняні за методом хі-квадрат. Усі первинні дані з придатних для обробки анкет вносилися до відповідних статистичних таблиць, побудованих у програмі Microsoft Excel, і опрацьовувалися з використанням програм Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

При підготовці дослідження і для його проведення була розроблена Карта соціологічного дослідження. У запропонованій для опитування Kartі виділено 3 рівні

запитань, щодо дії глобальних, суспільно-політичних детермінант, а також чинників, які впливають на здоров'я населення безпосередньо, однак при цьому не визначають його індивідуальних особливостей, тобто детермінант структурного рівня. Даний розподіл детермінант здійснено за Д.Г. Шушпановим (2015) [16].

В опитуванні взяли участь 391 респондент. Опитаних розподілено на три групи: 40,41% склали керівники закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги та начальники (директори, завідувачі) державних органів управління охороною здоров'я (перша група), 40,92% – заступники керівників лікувально-профілактичних установ, в т.ч. з медичної роботи, з поліклінічної роботи, з експертизи тимчасової непрацездатності (друга група). Третю групу склали лікарі-статистики, методисти, стажисти та резерв кадрів – 18,67%.

З числа респондентів 28,64% проживали в обласному центрі, 60,36% – в районному центрі та міських поселеннях, 11,0% – у сільській місцевості. За місцем праці розподіл був наступним: обласна лікувальна установа – 18,41%, центральна районна лікарня – 30,18%, міська лікарня – 30,43%, лікарська амбулаторія – 9,72%, приватний лікувальний заклад – 1,53%. 9 опитаних представляли органи влади.

Організатори охорони здоров'я за рівнем кваліфікаційної категорії поділялись наступним чином: вищу категорію мали – 234 осіб (59,85%), першу – 77 (19,69%), другу – 23 (5,88%), сертифікат спеціаліста – 57 осіб (14,58%).

За стажем роботи в охороні здоров'я – 383 особи (97,95%) мали стаж 10 років і більше, 8 (2,05%) – до 10 років. Поділ респондентів за стажем роботи за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» представлено в табл. 1.

Таблиця 1
Розподіл учасників опитування за стажем роботи по спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я» (абс. – %)

	Всього	Респонденти зі стажем роботи до 10 років	Стаж роботи 10 і більше років	Не працювали за фахом «Організація і управління охороною здоров'я»
1 група	158	38 – 24,05%	109 – 68,99%	11 – 6,96%
2 група	160	44 – 27,50%	113 – 70,63%	3 – 1,88%
3 група	73	20 – 27,40%	44 – 60,27%	9 – 12,33%
Всього	391	102 – 26,09%	266 – 68,03%	23 – 5,88%

Визначення рівня знань та компетенції щодо оцінки впливу на стан здоров'я населення України визначених детермінант є надзвичайно важливою з точки зору базового рівня знань організаторів охорони здоров'я, які повинні в процесі управлінської діяльності досліджувати проблему, визначати суспільно-політичні впливи на стан здоров'я населення, оцінювати суспільно-економічні та соціальні реалії, вміти визначити рівень впливу на процеси, які відбуваються в суспільстві, володіти методами системного підходу та аналізу.

Даючи оцінку **глобальним детермінантам**, які мають найбільший вплив на здоров'я населення

респонденти у 48,59±2,53% зазначили глобальні соціальні взаємодії, а це міграція, конфлікти, соціальний капітал, мережі зв'язку. Середня оцінка склала 3,21±0,07 бали за 5-бальною шкалою. Опитані також відзначили вплив на здоров'я економічної глобалізації (2,86±0,07 бали) та дії таких глобальних структур управління (2,82±0,07 бали), як ВООЗ, світовий банк, світова організація торгівлі та ін.

Оцінка респондентами дії на здоров'я населення **суспільно-політичних детермінант** в цілому була у більшій мірі вищою. Організатори охорони здоров'я зазначили саме вплив корупційних діянь та ефективність державного управління, їх оцінка відповідно складала

3,63±0,07 та 3,49±0,08 балів. В обох випадках найвищих «5» балів було виставлено у 30,43±2,33% та 31,20±2,34% випадків.

При розподілі детермінант структурного рівня впливу в анкеті було виокремлено їх наступні групи: соціальні, економічні, медико-демографічні, екологічні та культурні (рисунок), які, у свою чергу, включали детермінанти – конкретні чинники.

Найвищий бал з числа виділених груп детермінант структурного рівня отримала когорта економічних детермінант – 3,98±0,03 бали (p<0,05). З їх числа

першочергову дію на здоров'я, на думку опитаних, мають такі детермінанти, як «Недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я» (4,41±0,04 бали; p<0,05), «Низький рівень матеріально-технічної бази медичних закладів» (4,06±0,06; p<0,05) та «Дохід і його розподіл» (4,10±0,05; p<0,05) (табл. 2). При порівнянні результатів оцінки між групами респондентів виявлено достовірно нижчу оцінку (p<0,05) таких чинників як «Умови праці» та «Низький рівень матеріально-технічної бази медичних закладів» опитаних з 2 групи – заступників керівників лікувально-профілактичних установ.

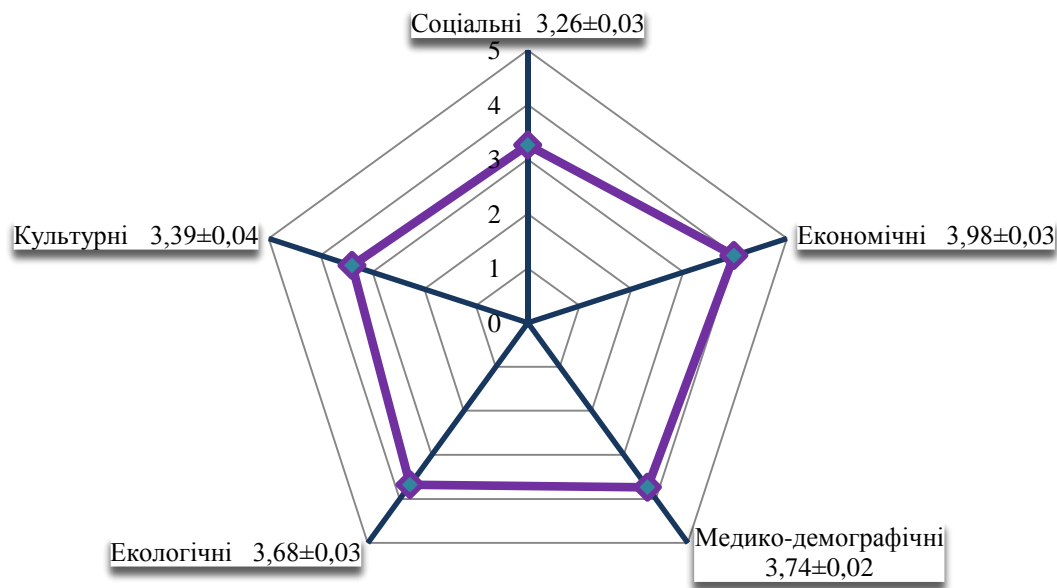


Рис. Оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я груп структурних детермінант (M±m), у балах за 5-ти бальною шкалою

Таблиця 2

Результати опитування – оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення економічних детермінант структурного рівня (M±m), у балах за 5-ти бальною шкалою

Економічні детермінанти структурного рівня	Всі опитані	Група 1	Група 2	Група 3
Дохід і його розподіл	4,10±0,05	4,20±0,07	3,98±0,09	4,16±0,15
Зайнятість / безробіття	3,71±0,06	3,72±0,08	3,78±0,09	3,56±0,19
Умови праці	3,82±0,05	3,92±0,07	3,59±0,09	4,11±0,12
Житлові умови	3,65±0,06	3,75±0,08	3,55±0,10	3,66±0,15
Низький рівень матеріально-технічної бази медичних закладів	4,06±0,06	4,20±0,07	3,83±0,11	4,27±0,12
Недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я	4,41±0,04	4,36±0,08	4,45±0,06	4,45±0,08
Інші	1,51±0,09	1,78±0,15	1,33±0,13	1,32±0,22

Респонденти, аналізуючи рівень впливу на здоров'я населення когорти соціальних детермінант структурного рівня, перевагу віддали «Ступеню кваліфікації лікарів» – 3,99±0,06 бали; p<0,01 (табл. 3). Розподіл результатів опитування за групами респондентів показав, що учасники 2 групи, а це заступники керівників, перевагу віддали

впливу на здоров'я «Соціального захисту» населення (3,90±0,10 бали, p<0,05). Ця ж група респондентів дала достовірно нижчу оцінку «Ступеню кваліфікації лікарів» та «Ступеню професіоналізму середніх медпрацівників» у порівнянні до результатів у інших двох групах.

Таблиця 3

Результати опитування – оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення соціальних детермінант структурного рівня ($M \pm m$), у балах за 5-ти бальною шкалою

Соціальні детермінанти структурного рівня	Всі опитані	Група 1	Група 2	Група 3
Соціальний захист	3,87±0,06	3,89±0,08	3,90±0,10	3,77±0,16
Соціальний капітал	3,33±0,07	3,56±0,09	3,24±0,12	3,03±0,19
Соціальні конфлікти	2,98±0,07	3,01±0,10	3,05±0,12	2,77±0,17
Можливості отримання освіти	2,92±0,07	2,94±0,11	2,78±0,12	3,21±0,18
Гендерна політика	2,04±0,08	2,28±0,11	1,75±0,12	2,15±0,23
Ступінь кваліфікації лікарів	3,99±0,06	4,05±0,09	3,78±0,10	4,34±0,10
Ступінь професіоналізму середніх медпрацівників	3,67±0,07	3,75±0,10	3,45±0,10	3,97±0,14
Інші	1,11±0,08	1,28±0,13	0,97±0,11	1,05±0,19

Враховуючи те, що в опитуванні брали участь медичні працівники, результати оцінювання у когорті медико-демографічних детермінант структурного рівня показали власне базові проблеми системи охорони здоров'я України. Так, респондентами за найвищими балами відібрано 3 основні чинники впливу: «Якість медичної допомоги» (4,36±0,04 бали; $p < 0,01$), «Доступність медичної

допомоги» (4,29±0,04 бали; $p < 0,01$) та «Стан системи охорони здоров'я» (4,18±0,05 балів; $p < 0,01$). Найнижчу ж оцінку щодо впливу на здоров'я отримала детермінанта «Витрати на гігієнічне виховання населення» (2,79±0,08 бали; $p < 0,01$). В цей же час всі запропоновані чинники були оцінені більше, як у 2,5 бали при 5-ти бальній системі оцінки (табл. 4).

Таблиця 4

Результати опитування – оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення медико-демографічних детермінант структурного рівня ($M \pm m$), у балах за 5-ти бальною шкалою

Медико-демографічні детермінанти структурного рівня	Всі опитані	Група 1	Група 2	Група 3
Стан системи охорони здоров'я	4,18±0,05	4,35±0,05	3,99±0,09	4,25±0,12
Доступність до медичної допомоги	4,29±0,04	4,36±0,07	4,23±0,06	4,25±0,12
Якість медичної допомоги	4,36±0,04	4,47±0,06	4,22±0,07	4,41±0,08
Статеві-віковий склад населення (старіння населення)	3,46±0,06	3,58±0,08	3,41±0,09	3,34±0,15
Витрати на гігієнічне виховання населення	2,79±0,08	2,94±0,10	2,61±0,12	2,88±0,21
Рівень цін на медикаменти та товари медичного призначення	3,66±0,08	3,78±0,10	3,61±0,12	3,49±0,23
Недостатня увага з боку первинної ланки ОЗ до раннього виявлення і профілактики захворювань	3,82±0,05	3,90±0,08	3,78±0,08	3,75±0,14
Недостатня забезпеченість потреби населення у спеціалізованій медичній допомозі	3,68±0,06	3,81±0,08	3,58±0,09	3,64±0,18
Рівень санітарно-освітньої роботи	3,37±0,07	3,56±0,09	3,06±0,12	3,60±0,14
Інші	1,11±0,08	1,21±0,13	0,94±0,11	1,25±0,20

Оцінка респондентами когорти екологічних детермінант структурного рівня ранжувалася наступним чином: 1 – «Якість продуктів харчування», 2 – «Неякісна вода», 3 – «Забруднення атмосферного повітря» (табл. 5). Достовірно нижчою при порівнянні між групами опитаних виявилась оцінка учасниками 1-ої групи впливу на здоров'я «Забруднення атмосферного повітря» (3,46±0,10 бали; $p < 0,01$) та «Забруднення ґрунтів» (3,34±0,10 бали; $p < 0,05$). В цей же час медичні працівники з 2-ої групи на першому місці означили вплив неякісної води (3,92±0,09 бали).

Із загальної кількості опитаних осіб при визначенні основного детермінанту з когорти «Культурні детермінанти структурного рівня» (табл. 6) 72,38±2,26%

оцінили у 4–5 балів вплив на здоров'я чинника «Виховання» (середній бал 3,95±0,05). Така, найвища оцінка була визначена у всіх трьох групах респондентів.

Таким чином, організатори охорони здоров'я у 48,59±2,53% зазначили вплив на здоров'я населення таких глобальних соціальних взаємодій як міграція, конфлікти, соціальний капітал, мережі зв'язку. З числа суспільно-політичних детермінант у найбільшій мірі впливають на здоров'я корупційні дії та недостатня ефективність державного управління, відповідно, 3,63±0,07 та 3,49±0,08 балів. На думку респондентів з більшості детермінант структурного рівня першість впливу на здоров'я населення України в цілому має економічний фактор та

безпосередньо такі чинники, як: «Недостатні економічні витрати суспільства на охорону здоров'я» (4,41±0,04 бали), «Якість медичної допомоги» (4,36±0,04 бали) та «Якість продуктів харчування» (4,08±0,05 балів).

Таблиця 5

Результати опитування – оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення екологічних детермінант структурного рівня (M±m), у балах за 5-ти бальною шкалою

Екологічні детермінанти структурного рівня	Всі опитані	Група 1	Група 2	Група 3
Вплив іонізуючого випромінювання	2,92±0,07	2,71±0,11	2,92±0,11	3,40±0,18
Забруднення атмосферного повітря	3,70±0,06	3,46±0,10	3,80±0,08	3,99±0,14
Забруднення ґрунтів	3,52±0,06	3,34±0,10	3,61±0,09	3,74±0,17
Неякісна вода	3,92±0,06	3,79±0,10	3,92±0,09	4,22±0,13
Якість продуктів харчування	4,08±0,05	4,11±0,09	3,88±0,08	4,45±0,10
Стабільність екосистеми	3,64±0,06	3,77±0,09	3,43±0,11	3,84±0,14
Інші	1,22±0,08	1,41±0,14	1,06±0,11	1,15±0,22

Таблиця 6

Результати опитування – оцінка респондентами рівня впливу на здоров'я населення культурних детермінант структурного рівня (M±m), у балах за 5-ти бальною шкалою

Культурні детермінанти структурного рівня	Всі опитані	Група 1	Група 2	Група 3
Виховання	3,95±0,05	4,19±0,06	3,71±0,08	3,95±0,16
Релігія	2,97±0,07	3,33±0,09	2,71±0,13	2,77±0,14
Традиції	2,93±0,07	3,20±0,09	2,59±0,11	3,08±0,19
Житлові умови	3,72±0,06	3,85±0,07	3,63±0,11	3,64±0,17
Інше	1,36±0,08	1,54±0,14	1,09±0,11	1,56±0,22

Висновки

1. Проведення опитування є хорошим елементом підвищення рівня знань респондентів з тих чи інших питань, у нашому випадку – з питань впливу на здоров'я населення глобальних, суспільно-політичних детермінант та чинників структурного рівня.

2. Дослідження детермінант дає можливість спрямувати дії суспільства на зниження їх негативного впливу на здоров'я населення.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні впливу на здоров'я населення України детермінант індивідуального рівня.

Література

1. Богомаз В. М. Оцінка потреб у навчанні керівників закладів охорони здоров'я / В. М. Богомаз, О. М. Новічкова // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №1. – С. 65–72.
2. Вороненко Ю. В. Нові підходи у підготовці фахівців за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» / Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда // Східноєвропейський журн. громадського здоров'я. – 2010. – № 1 (9). – С. 120–122.
3. Клос Лілія Соціальна робота у сфері громадського здоров'я (американський досвід) / Лілія Клос, Наталія Назар // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2016. – №4. – С. 200–209.
4. Корнацький В. М. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення / В. М. Корнацький, Л. О. Дяченко, В. М. Михальчук // Український кардіологічний журнал. – 2016. – С. 106–113.
5. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5–23.
6. Лібанова Е. М. Нобелівську премію з економіки 2015 року присуджено за цикл досліджень проблем споживання, бідності і добробуту / Е. М. Лібанова // Демографія та соціальна економіка. – 2015. – № 3. – С. 11–20.
7. Любінець О. В. Стан інформованості та знань організаторів охорони здоров'я щодо медико-демографічних проблем в Україні / О. В. Любінець // Современная педиатрия. – 2010. – №4. – С. 14–16.
8. Миронюк І. С. Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників оцінки ефективності антиалкогольної роботи та шляхів її оптимізації. / І.С. Миронюк, В.В. Кручаниця, Г.О. Слабкий // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 2 (6). – С. 51–57.
9. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Д. М. Павлова та ін. ; наук. ред. О. М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. досл. ім. О. Яременка, 2014. – 156 с.

10. Рингач Н.О. Ризики для громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні, спричинені соціально-економічною і політичною кризою / Н. О. Рингач // Науково-інформаційний вісник Академії національної безпеки. – 2014. – № 3–4. – С. 64–76.
11. Скрип В.В. Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження) / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4/1 (46). – С. 101–107.
12. Сміянов В. А. Механізми впливу громади на розвиток системи охорони здоров'я на регіональному рівні / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко // Місцевий розвиток за участі громади. Інституційні та прикладні аспекти управління місцевим розвитком, орієнтованим на громаду ; за заг. ред. Ю. М. Петрушенка. – Суми : Університетська книга, 2014. – Т. 2. – С. 225–233.
13. Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья / Шестидесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, WHA62.14, 22 мая 2009 г. / [Електронний документ]. – Режим доступу: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/3574/B124_R6-ru.pdf?sequence=1&isAllowed=y. – Назва з екрану.
14. Шафранський В. В. Європейська політика Здоров'я-2020: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів / В. В. Шафранський // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – №. 1. – С. 44–48.
15. Шутов М.М. Проблемы подготовки специалистов-менеджеров, руководителей лечебно-профилактических учреждений / М.М.Шутов // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 4. – С. 68–71.
16. Шушпанов Д.Г. Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації / Д.Г. Шушпанов // Демографія та соціальна економіка. – 2015. – № 2 (24). – С. 141–152.
17. Braveman P. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes / P.Braveman, L.Gottlieb // Public health reports. 2014. – Vol. 129 (1, suppl. 2). – P. 19–31.
18. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health / M.Marmot, M., S.Friel, Bell [et al.] // The Lancet. – 2008. – Vol. 372 (9650). – P. 1661–1669.
19. Non-communicable diseases in low-and middle-income countries: context, determinants and health policy / J.J.Miranda, S.Kinra, J.P.Casas [et al.] // Tropical Medicine & International Health. – 2008. – Vol. 13 (10). – P. 1225–1234.
20. Swedish public health policy and the National Institute of Public Health / Н. Hogstedt, B. Lundgren, H. Moberg [et al.] // Scan. J. Public Health. – 2004. – Vol. 32. – P. 1–64.
21. Whitehead M. Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden / M. Whitehead, B. Burstrom, F. Diderichsen // Social Science & Medicine. – 2000. – Vol.50. – P. 255–270.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.09.2018 р.

Глобальные и структурные детерминанты воздействия на здоровье населения (по результатам опроса организаторов здравоохранения Украины)

Я.Л. Гржибовский

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

Цель – изучить мнение медицинских работников о влиянии на здоровье населения детерминант структурного уровня.

Материалы и методы. Опрошен 391 респондент. Использованы библиосемантический и два типа методов статистического анализа: описание исследования и объяснения полученных фактов (установление связей между типами ответов на вопросы анкеты и оценка этих связей). Полученные результаты сравнены методом хи-квадрат.

Результаты. Определено, что такие детерминанты структурного уровня, как экономические (доход и его распределение, занятость/безработица, условия труда,

низкий уровень материально-технической базы медицинских учреждений и др.) и непосредственно такие, как: «Недостаточные экономические расходы общества на здравоохранение» (4,41±0,04 балла), «Качество медицинской помощи» (4,36±0,04 балла) и «Качество продуктов питания» (4,08±0,05 балла) имеют, по мнению опрошенных, наибольшее значение в воздействии на здоровье населения Украины.

Выводы. Проведение опроса является хорошим элементом повышения уровня знаний респондентов по тем или иным вопросам, в нашем случае – по вопросам влияния на здоровье населения глобальных, общественно-политических детерминант и факторов структурного уровня.

Исследование детерминант дает возможность направить действия общества на снижение их негативного влияния на здоровье населения.

Ключевые слова: детерминанты, здоровье, опрос, Украина.

Global and structural determinants of the impact on public health (according to a survey of health care organizers of Ukraine)

J.L. Hrzhybovskyj

Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine

Purpose – to determine the opinion of medical workers on the effect of structural level determinants on the health of the population.

Materials and methods. 391 respondents surveyed. Biblio-semantic and two types of statistical analysis methods were used: a description of the study and an explanation of the facts obtained (establishing links between the types of answers to the questionnaire and evaluating these links). The results obtained are compared using the χ^2 method.

Results. It was determined that such determinants of structural level as economic (income and its distribution, employment / unemployment, working conditions, low level of material and technical base of medical institutions, etc.) and directly such as: “Insufficient economic expenditures of the society for health care” 4.41 ± 0.04 points), “Quality of medical care” (4.36 ± 0.04 points) and “Food quality” (4.08 ± 0.05 points) have, in the opinion of the respondents, the greatest value in the impact on the health of the population of Ukraine.

Conclusions. Surveying is a good element of raising the level of respondents’ knowledge on various issues, in our case, on the impact on the health of the population of global, sociopolitical determinants and structural level factors. The study of determinants makes it possible to direct public action to reduce their negative impact on public health.

Key words: determinants, health, survey, Ukraine.

Відомості про автора

Гржибовський Ярослав Леонідович – асистент кафедри громадського здоров’я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.

Оцінка знань про шляхи зараження парентеральним вірусним гепатитом в підлітковому середовищі вчителів та викладачів, які працюють з підлітками

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Проблема зростання захворюваності на парентеральні вірусні гепатити набула світових масштабів. Не менш актуальною вона є і в Україні, яка згідно з оцінками експертів ВООЗ, за показниками 2016 р. увійшла у топ-8 країн з найменшим охопленням вакцинацією дітей, поряд із Нігерією, Сомалі. Розробка науково обґрунтованих організаційних підходів до вирішення питання попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед дітей, особливо старшого підліткового віку 15–17 років ускладнюється тим, що у цьому віці медики первинного контакту мають недостатньо часу і важелів впливу на формування поведінкових звичок у підлітків. Контакт освітян, зокрема і виховного татунку з підлітками є щоденним та передбачає залучення до участі у процесі виховання родини, батьків підлітка, що спонукало нас до висунення гіпотези, що міжсекторальна комплексна взаємодія медиків, освітян та родини за участі підлітка дозволить сформувати ефективну стратегію попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі, що є незаперечно актуальним для вітчизняної охорони здоров'я.

Метою дослідження став аналіз результатів соціологічного опитування вчителів та викладачів Кіровоградської області, які щоденно працюють з підлітками, про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі, з'ясування готовності освітян взяти участь у програмних заходах з попередження їх поширення в підлітковому середовищі.

Матеріалами для дослідження слугували результати соціологічного опитування (399 анкет) вчителів та викладачів, за спеціально розробленою анкетною. Для досягнення поставленої мети використано класичні методи наукового дослідження: системного підходу; медико-статистичний; соціологічний (анкетного опитування).

Результати дослідження та їх обговорення. Опитана досвідчена категорія вчителів та викладачів, майже всі (94,24±1,17%) мали повну вищу освіту з суттєвим стажем роботи педагогом. Знання про шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів виявилися не повними: третина (35,34±2,39%) вважають, що парентеральним вірусним гепатитом можна заразитися з ївими їжу, запропоновану інфікованою людиною або користуючись спільними предметами навчання та побуту (34,59±2,38), спільним посудом (27,82±2,24%), при спільному користуванні туалетом, ванною, рушником, милом (35,39±2,24%), через укуси комара (38,35±2,43%). Особисту можливість інфікування визнають лише 41,35±2,47% опитаних, ще 23,31±2,12% вагаються у наявності такої загрози.

З'ясовано, що близько половини (47,62±2,50%) викладачів, додатково до педагогічного навантаження, займаються виховною роботою з підлітків, оскільки є класними керівниками, в тому числі взаємодіючи із родиною підлітка, його батьками та медичними працівниками. Вищенаведене переконує в готовності освітян та наявності невикористаного потенціалу міжсекторального впливу на попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів із залученням до його реалізації не лише медиків, а й освітян, які щоденно працюють з підлітками.

Висновки. По при те, що знання про шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів серед вчителів та викладачів, які щоденно контактують з підлітками, виявилися не повними, освітяни висловили готовність до взаємодії з медичними працівниками, підлітками та їх родинами щодо протидії поширення парентеральних вірусних гепатитів. Залучення викладачів та вчителів до інформаційно-просвітницької і виховної роботи з підлітками щодо попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в їх середовищі, може стати ефективним вектором міжсекторального програмного впливу на регіональному рівні.

Ключові слова: парентеральні вірусні гепатити, Кіровоградська область, підлітки.

Вступ

Проблема зростання захворюваності на парентеральні вірусні гепатити набуває світового значення. Так, у 2015 р. вірусні гепатити (В і С) стали причиною 1,34 млн смертей (що на 140 тис. більше, ніж від туберкульозу, і на 340 тис. більше, ніж жертв ВІЛ-інфекції/СНІДу). Смертність від парентеральних вірусних гепатитів, яка в основному зумовлена цирозом печінки

(ЦП) та гепатоцелюлярною карциномою (ГЦК), за період з 2000 р. по 2015 р. зросла на 22%. Доповнює ситуацію проблема низької вакцинопрофілактики від гепатиту В в Україні [1, 2, 5, 6]. Охоплення вакцинопрофілактикою гепатиту В дітей до року, розпочате в 2000 р., в 2002 р. становило 48,5%, в 2006 – 96,5%, з коливаннями в наступні роки від 80,0% до 50,0%, особливо зменшилося за останні п'ять років, що призвело до оприлюднених МОЗ України в 2016 р. критичних 28,8% [3, 4]. За даними окремих

дослідників дійсна кількість випадків парентеральних вірусних гепатитів щонайменше в 5 разів перевищує результати офіційної статистики через значну кількість пацієнтів із хронічним вірусним гепатитом, у яких відсутні або мінімізовані ознаки хронічного запального процесу в печінці [7].

Метою дослідження став аналіз результатів соціологічного опитування вчителів та викладачів Кіровоградської області, які щоденно працюють з підлітками, про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі, з'ясування готовності освітян взяти участь у програмних заходах з попередження їх поширення в підлітковому середовищі.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували результати соціологічного опитування вчителів та викладачів, за спеціально розробленою анкетною. Для аналізу були взяті результати опитування 399 освітян, середній вік яких склав $43,01 \pm 1,69$ років, з переважаючою кількістю серед респондентів осіб жіночої статі ($85,46 \pm 1,93\%$), одружених ($68,42 \pm 2,33\%$), мешканців міст ($94,74 \pm 1,12\%$) Кіровоград, Олександрія, Кропивницький. Розрахунки репрезентативності соціологічних досліджень вивчення думки освітян Кіровоградської області, які працюють з дітьми 10–17 років, проведені з урахуванням їх абсолютної кількості – 19 362 (з них станом на 01.01.2017 р. педагогічний склад шкіл 18 260 та спеціалізованих закладів середньої освіти – 1 102 викладача).

Опитування респондентів відбувалося за умови попереднього повідомлення про мету його проведення та після отримання їх усної згоди про участь у науковому дослідженні (соціологічному опитуванні).

Для досягнення поставленої мети використано класичні **методи** наукового дослідження на основі системного підходу, медико-статистичний, соціологічний (анкетного опитування).

Результати дослідження та їх обговорення

Узагальнення отриманих результатів соціологічного дослідження продемонструвало, що більшість опитаних освітян ($81,70 \pm 1,94\%$) працюють в школі з учнями 5-11 класів, $18,3 \pm 1,94\%$ – зі студентами перших курсів ПТУ та ВНЗ. Майже половина респондентів ($47,62 \pm 2,50\%$) додатково до педагогічного навантаження є класними керівниками, а отже займаються виховною роботою підлітків.

З'ясування наявності знань у вчителів і викладачів про шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів та можливих ризиків інфікування ними в молодіжному і підлітковому середовищі показало, що більшість з них ($79,7 \pm 2,01\%$) знають, що парентеральним вірусним гепатитом можна заразитися при сексуальних стосунках з непостійним партнером без використання засобів захисту (презерватива), $86,72 \pm 1,70\%$ знають про загрозу передачі парентеральних вірусних гепатитів у осіб, які перебувають

у статевих стосунках без презервативу зі споживачами ін'єкційних наркотиків. При цьому, третина ($35,34 \pm 2,39\%$) респондентів вважають, що парентеральним вірусним гепатитом можна заразитися з'ївши їжу, запропоновану хворою людиною, при користуванні спільними предметами навчання та побуту ($34,59 \pm 2,38\%$), через укуси комара ($38,35 \pm 2,43\%$), спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом ($35,59 \pm 2,40\%$), спільний посуд ($27,82 \pm 2,24\%$).

Кожен п'ятий викладач ($18,80 \pm 1,96\%$) насторожений та відчуває ризик інфікування, працюючи в навчальному закладі з підлітками та молоддю. Хоча більшість ($73,68 \pm 2,20\%$) такого ризику не відчувають, як і більшість викладачів ($86,97 \pm 1,69\%$), які засвідчили, що ризик інфікування відсутній при потисканні рук і дружніх обіймах.

Про ризик зараження парентеральним вірусним гепатитом в косметичному салоні, при проведенні таких процедур як педикюр, манікюр, інформована більшість ($91,23 \pm 1,42\%$) вчителів та викладачів, лише $5,51 \pm 1,14\%$ не знають про його наявність, а $3,26 \pm 0,89\%$ сумніваються, що такий ризик є. $62,66 \pm 2,42\%$ опитаних інформовані, що інфікування можливе в перукарні, кожен третій ($27,57 \pm 2,24\%$) переконаний у відсутності такого ризику, ще $9,77 \pm 1,49\%$ не визначилися із відповіддю на запитання. Майже всі респонденти знають про ймовірність інфікування при переливанні крові, гемодіалізі ($94,74 \pm 1,12\%$), нанесенні татуювань ($95,49 \pm 1,04\%$), відвідуванні стоматолога ($94,49 \pm 1,14\%$), під час різних оперативних втручань в медичному закладі ($93,23 \pm 1,26\%$). Навіть проведення ін'єкцій в стінах медичного закладу на думку опитаних ($86,97 \pm 1,69\%$) становить загрозу зараження парентеральним вірусним гепатитом.

У відповідях на питання чи допускають респонденти особисту можливість інфікування парентеральним вірусним гепатитом $41,35 \pm 2,47\%$ відповіли позитивно, $35,34 \pm 2,39\%$ негативно, і майже третина ($23,31 \pm 2,12\%$) не змогли визначитися у відповіді на це запитання, що засвідчує лише початковий етап формування або незрілу настороженість щодо передачі інфекцій парентеральним (гемоконтактним) шляхом в середовищі освітян. Більше третини вчителів і викладачів ($44,61 \pm 2,49\%$) вважають, що особи з парентеральним вірусним гепатитом повинні лікуватися окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування, ще $23,56 \pm 2,12\%$ вважають, що такі підлітки мають навчатися окремо від інших дітей, щоб попередити поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі. Такі результати можуть опосередковано засвідчувати формування стигматизації освітнього суспільства на тлі незнання шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків. При цьому $72,93 \pm 2,22\%$ опитаних не змінили б свого ставлення до знайомої людини після того, як дізналися про її захворювання на парентеральний вірусний гепатит.

$83,71 \pm 1,85\%$ освітян підтримують ініціативне запровадження щорічного обстеження підлітків на парентеральні вірусні гепатити. Більшість вчителів ($75,44 \pm 2,15\%$) проводять роботу з батьками, в тому числі

щодо безпечної сексуальної поведінки підлітків, 82,21±1,91% інформують учнів про гемоконтактні парентеральні шляхи передачі вірусних гепатитів, відомі заходи захисту та профілактики щодо них, 96,49±0,92% регулярно розповідають учням про негативний вплив вживання алкоголю та наркотичних речовин на здоров'я дитячого, підліткового організму, 90,48±1,47% проводять заходи серед учнів із профілактики вживання наркотичних речовин, 74,44±2,18% засвідчили, що дають рекомендації учням щодо безпечних сексуальних стосунків, приблизно стільки ж освітян (74,94±2,17%) залучають до профілактичної роботи з підлітками медичних працівників. Наведене переконує у готовності освітян до взаємодії із медичними працівниками та наявності невикористаного потенціалу щодо міжсекторального впливу на вирішення проблеми попередження поширеності парентеральних вірусних гепатитів, шляхом залучення вчителів та викладачів, які щоденно контактують з підлітками, як з освітньою, так і з виховною метою.

Висновки

Результати проведеного опитування засвідчили наявність не повних знань серед вчителів та викладачів про шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі. Особисту можливість інфікування визнають лише 41,35±2,47% опитаних, ще 23,31±2,12% вагаються у наявності такої загрози. Вищенаведене свідчить про лише початковий етап формування настороженості в освітньому середовищі щодо передачі парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі, що потребує наукового обґрунтованого втручання.

Значний відсоток педагогів вважають, що інфіковані парентеральним вірусним гепатитом підлітки

повинні лікуватися (44,61±2,49%) та навчатися (23,56±2,12%) окремо від інших дітей, щоб попередити поширення інфекційного процесу, 23,31±2,12% почувалися б неспокійно, отримуючи допомогу від колеги із діагностованих парентеральним вірусним гепатитом, 43,86±2,48% відчували б неспокій, користуючись одними предметами викладання та побуту разом із таким колегою, що опосередковано свідчать про стигматизацію освітнього суспільства на тлі відсутності вичерпних знань про фактори ризику, шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів та формування упередженого ставлення до інфікованих осіб.

З'ясовано, що близько половини (47,62±2,50%) викладачів, додатково до педагогічного навантаження, займаються виховною роботою підлітків, оскільки є класними керівниками. Переважна більшість освітян: проводять роботу із батьками підлітків (75,44±2,15%), в тому числі щодо безпечної сексуальної поведінки; інформують про шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів (82,21±1,91%); розповідають про негативний вплив алкоголю та наркотичних речовин на здоров'я підліткового організму (96,49±0,92%); беруть участь у заходах з профілактики вживання наркотичних речовин (90,48±1,47%); дають рекомендації учням підліткового віку щодо безпечних сексуальних стосунків (74,44±2,18%); залучають до участі в такій профілактичній роботі медиків (74,94±2,17%). Більшість (83,71±1,85%) педагогів підтримують ініціативне запровадження щорічних обстежень підлітків на парентеральні вірусні гепатити. Вищенаведене переконує в готовності освітян до взаємодії з медичними працівниками та наявності невикористаного потенціалу міжсекторального впливу на попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів із залученням до його реалізації не лише медиків, а й освітян, які щоденно працюють з підлітками.

Література

1. *Global Hepatitis Report 2017*. Geneva: World Health Organization; 2017. – Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf>.
2. *ВООЗ*. Гепатит В. Информационный бюллетень. Апрель 2017. – Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru>.
3. *Показники рівня вакцинації в Україні* – інформація від МОЗ. – Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://zdorov-info.com.ua/novosti/medicina-segodnja/17262-pokazniki-rivnja-vakcinacii-v-ukraini--informacija-vid-moz.html>.
4. *МОЗ оприлюднило статистику щеплень та інфекційних захворювань у дітей*. – Електронний ресурс. – Режим доступу: https://zaxid.net/moz_oprilyudnilo_statistiku_shheplen_ta_infektsiynih_zahvoryuvan_u_ditey_n1435783.
5. *Hepatitis B*. Fact sheet N 204. Updated July 2015. – Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.
6. *Van Herck K. Schedules for hepatitis B vaccination of risk groups: balancing immunogenicity and compliance / K. Van Herck, E. Leuridan, P. Van Damme // Sex Transm. Infect.* – 2007. – Vol. 83 (6). – P. 426–432.
7. *Влияние социальных факторов на развитие эпидемического процесса в современных условиях (на модели гепатита В) / А.Л. Гураль, В.Ф. Мариевский, Т.А. Сергеева [и др.] // Вчення Л.В. Громашевського на сучасному етапі розвитку епідемічного процесу*. – Київ, 2007. – С. 29–36.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.10.2018 р.

Оценка знаний о путях инфицирования парентеральным вирусным гепатитом в подростковой среде учителей и преподавателей, которые работают с подростками*Н.В. Медведовская, И.И. Касьяненко*Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П.Л.Шупика
Украинский институт стратегических исследований
МЗ Украины,

Целью исследования стало социологическое исследование среди учителей и преподавателей Кировоградской области, которые ежедневно контактируют с подростками, о факторах риска и путях передачи парентеральных вирусных гепатитов среди подростков, восстановление их готовности брать участие в программах мероприятий по профилактике инфицирования подростков.

Материалами для исследования служили результаты опроса (399 анкет) учителей и преподавателей за специально разработанной анкетой. Используются следующие **методы** научного исследования: системного подхода, медико-статистический, социологический (анкетного опроса).

Результаты исследования и их обсуждение. Опрошено опытную категорию учителей и преподавателей, из которых 94,24±1,17% имели полное высшее образование со значительным стажем работы. Знания о путях передачи парентеральных вирусных гепатитов являются не полными: 35,34±2,39% считают, что парентеральным вирусным гепатитом можно заразиться через еду, которая предложена инфицированным человеком или пользуясь общими предметами обучения и быта (34,59±2,38), общей посудой (27,82±2,24%), общими пользования туалетом, ванной, полотенцем, мылом (35,39±2,24%), через укусы комара (38,35±2,43%). Личную возможность инфицирования признают 41,35±2,47% опрошенных, 23,31±2,12% сомневаются в такой возможности.

Выводы. Уровень знаний о путях передачи парентеральных вирусных гепатитов учителей и преподавателей, которые ежедневно контактируют с подростками является не полным. При этом они высказали готовность к взаимодействию с медицинскими работниками и родителями в вопросах профилактики инфицирования подростков парентеральными вирусными гепатитами.

Ключевые слова: парентеральные вирусные гепатиты, Кировоградская область, подростки.

Assessment of knowledge of the ways of infection with parenteral hepatitis in the teenage teachers' environment and the teachers who work with teens*N.V. Medvedovska, I.I. Kasianenko*National P.L. Shupik Medical Academy
of postgraduate education
"Ukrainian Institute of Strategic Studies
of the Ministry of Health of Ukraine"

Research objective was the analysis of results of sociological poll of teachers and teachers of the Kirovohrad region who daily work with teenagers, about risk factors and a way of transfer of a parenteral viral hepatitis among teenagers, detection of readiness of teachers to take participation in program actions for prevention of their distribution in teenagers. Results of sociological poll (399 questionnaires) of teachers and teachers, under specially developed questionnaire became materials for a research. For achievement of a goal classical methods of scientific research are used: system approach; medico-statistical; sociological (questionnaire).

Results of a research and their discussion. Results of a research and their discussion. The skilled category of teachers and teachers is interviewed, almost all (94.24±1.17%) had full higher education with essential length of service the teacher. Knowledge of ways of transfer of a parenteral viral hepatitis was not full: a third (35.34±2.39%) is considered that the parenteral viral hepatitis can catch having eaten the food offered by the infected person or using the general objects of education and life (34.59±2.38), the general ware (27.82±2.24%), at general use by a toilet, a bathtub, a towel, soap (35.39±2.24%), through a sting of a mosquito (38.35±2.43%). The personal possibility of infection is realized only by 41.35±2.47% of respondents, another 23.31±2.2% doubt available such threat.

Conclusions. In spite of the fact that knowledge of ways of transfer of a parenteral viral hepatitis among teachers and teachers who daily contact to teenagers was not full, teachers expressed readiness for interaction with health workers, teenagers and their families concerning counteraction to spread of a parenteral viral hepatitis.

Key words: parenteral viral hepatitis, Kirovograd region, teenagers.

Відомості про авторів

Медведовська Наталія Володимирівна – д.мед.н., проф., професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика; вул Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Касьяненко Іван Іванович – пошукач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, Київ, 02099, Україна.

Удосконалена, пацієнт-орієнтована організаційно-функціональна модель діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Інститут післядипломної освіти, кафедра менеджменту охорони здоров'я, м. Київ, Україна

Мета. Наукове обґрунтування удосконаленої, пацієнт-орієнтованої організаційно-функціональної моделі діяльності ЛЗП-СЛ на підставі вивчення інформаційної та комунікативної компетентності лікаря, комунікативних зв'язків ЛЗП-СЛ з іншими об'єктами сфери охорони здоров'я а також задоволеності пацієнтів отриманою ПМД.

Матеріали та методи. У роботі використані наступні наукові методи: системного підходу, концептуального та функціонально-структурного моделювання, експертних оцінок.

Результати. Розроблено удосконалену, пацієнт-орієнтовану організаційно-функціональну модель діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря (ЛЗП-СЛ). При її побудові використані як існуючі на даний час, так і запропоновані нами нові організаційно-структурні складові, які у сукупності є об'єктом, на який спрямована діяльність суб'єкта моделі – лікаря ПМД. Лікар ПМД, використовуючи ці організаційно-структурні складові, а також комунікативні зв'язки та спрямовуючі аспекти діяльності, досягає якісної та ефективної ПМД, яка може бути оцінена за допомогою запропонованих індикаторів якості.

Висновки. Використання запропонованої нами організаційно-функціональної удосконаленої, пацієнт-орієнтованої моделі дозволить, на нашу думку, отримати пацієнтами високоякісних медичних послуг на первинному рівні, якими вони в свою чергу будуть задоволені.

Ключові слова: модель, інформаційна компетентність, комунікативна компетентність, комунікативні зв'язки, задоволеність.

Вступ

Аналіз літературних джерел щодо вітчизняного досвіду реорганізації ПМД свідчить, що уявлення про організаційні форми (моделі) переходу до сімейної медицини надто різноманітні [1–8]. Існуючі нормативно-правові документів, які визначають діяльність системи ПМД засвідчує, що на сьогоднішній день в Україні вже існує потужне законодавче підґрунтя діяльності системи ПМД, визначені правові підстави функціонування інституту сімейних лікарів. Запропоновані вітчизняні моделі діяльності ПМД є, насамперед, організаційними за своєю формою та перехідними за етапами впровадження ПМД на засадах сімейної медицини. Остаточо сформованої, науково-обґрунтованої вітчизняної удосконаленої організаційно-функціональної моделі діяльності ЛЗП-СЛ в системі надання ПМД міському населенню на даний час не існує, що є передумовою подальших досліджень в цьому напрямку.

Мета дослідження. Науково обґрунтувати удосконалену, пацієнт-орієнтовану організаційно-функціональну модель діяльності ЛЗП-СЛ на підставі вивчення інформаційної та комунікативної компетентності лікаря, комунікативних зв'язків ЛЗП-СЛ з іншими об'єктами сфери охорони здоров'я а також задоволеності пацієнтів отриманою ПМД.

Матеріали та методи

У роботі використані наступні наукові методи: системного підходу, концептуального та функціонально-структурного моделювання, експертних оцінок.

Результати дослідження та їх обговорення

Розроблено удосконалену, пацієнт-орієнтовану організаційно-функціональну модель діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря (ЛЗП-СЛ). При її побудові використані як існуючі на даний час, так і запропоновані нами нові організаційно-структурні складові, які у сукупності є об'єктом, на який спрямована діяльність суб'єкта моделі – лікаря ПМД. Лікар ПМД, використовуючи ці організаційно-структурні складові, а також комунікативні зв'язки та спрямовуючі аспекти діяльності, досягає якісної та ефективної ПМД, яка може бути оцінена за допомогою запропонованих індикаторів якості.

Вивчення літературних джерел щодо становлення та розвитку ПМД в Україні та світі [9], аналіз стану здоров'я населення в Україні в цілому та місті Києві зокрема [10], проведені власні соціологічні дослідження серед лікарів первинної та вторинної ланок, а також пацієнтів центрів ПМД [11, 12] засвідчили невідповідність

існуючої організації роботи лікарів ПМД, зокрема лікарів загальної практики-сімейної медицини викликом сучасності, концептуальним підходам та стратегічним напрямкам, проголошеним Всесвітньою організацією охорони здоров'я та дозволили науково обґрунтувати та розробити організаційно-функціональну удосконалену пацієнт-орієнтовану модель діяльності ЛЗП-СЛ в системі надання ПМД міському населенню.

В запропонованій моделі поряд з існуючими на даний час та удосконаленими елементами, а саме:

- законодавче забезпечення діяльності системи ПМД;
- моніторинг діяльності системи ПМД;
- змінена модель фінансування діяльності системи ПМД;
- можливість вибору організаційно-правової моделі діяльності суб'єкта надання ПМД;
- безперервне післядипломне навчання.

Нами запроваджені нові організаційно-структурні складові, які, на нашу думку, сприятимуть ефективній організації роботи системи ПМД в цілому.

Головною метою, яку ми ставили перед собою, розробляючи модель, було створення системи якісної, ефективної та доступної ПМД для міського населення, яка включала б в себе наступні складові, а саме:

- задоволеність отримувача медичних послуг – пацієнта;
- інформаційна та комунікативна компетентності лікаря ПМД;
- наявність комунікативних зв'язків лікаря ПМД з іншими об'єктами сфери охорони здоров'я, зокрема із службами громадського здоров'я, лікарями-спеціалістами, службою ЕМД;
- запровадження належного рівня сервісу в сфері надання ПМД.

В запропонованій моделі ці складові в сукупності є об'єктом, на який спрямована діяльність суб'єкта моделі – лікаря ПМД (ЛЗП-СЛ).

Таким чином, лікар ПМД, використовуючи у повній мірі як існуючі, так і запропоновані нами нові структурні складові моделі, а також комунікативні зв'язки та спрямовуючі аспекти діяльності, досягає якісної та ефективної ПМД, яка може бути оцінена за допомогою запропонованих індикаторів якості.

Отже, результатом втілення запропонованої нами організаційно-функціональної удосконаленої моделі є отримання пацієнтами високоякісних медичних послуг на первинному рівні, якими вони в свою чергу будуть задоволені.

Функціонально-структурна візуалізація моделі представлена на рисунку.

Експертна оцінка запропонованої моделі проводилась з використанням «Анкети експерта», яка містила 8 тверджень з оцінкою за 10-ти бальною шкалою (10 балів – максимальна оцінка). Експертна група формувалась за професійними ознаками і складалась з 20 осіб, з них: 5 науково-педагогічних працівників галузі охорони здоров'я, 5 – організаторів охорони здоров'я з вищою атестаційною категорією за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», які працюють в центрах ПМД, 10 лікарів первинної ланки (сімейні лікарі, лікарі-терапевти, лікарі-педіатри), з них 5 завідувачів амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини. Застосовувалась заочна форма експертизи за попередньо представленими експертам матеріалами з результатами проведеного наукового дослідження. Після ознайомлення з матеріалами заповнені експертами анкети повертались дисертанту. Отримані від усіх експертів анкети оцінювались на якість їх заповнення з наступною статистичною обробкою окремо по кожному питанню. Розраховувались середня арифметична бальних оцінок (M), стандартна похибка (SE) та середнє квадратичне відхилення (SD). Ступінь узгодженості думок експертів в цілому по анкеті визначалась за коефіцієнтом конкордації Кендала, мінливість при оцінці компоненту визначалась за коефіцієнтом варіації (Cv) для кожного об'єкта експертизи у відсотках (таблиця).

Таблиця

Аналіз результатів експертних оцінок організаційно-функціональної моделі діяльності ЛЗП-СЛ в системі надання ПМД міському населенню

Компоненти для оцінки	M±SD	SE	Cv, %
Потреба удосконалення існуючої організації роботи лікаря ПМД	9,95±0,2	0,05	2,2
Існування суттєвих розбіжностей в організації роботи лікаря при наданні ПМД у міській та сільській місцевості	9,85±0,4	0,08	3,7
Організаційно-структурні складові моделі	9,85±0,3	0,07	3,4
Індикатори ефективності, застосовані в моделі	9,10±0,3	0,07	3,4
Системність запропонованої моделі	9,14±0,3	0,08	3,8
Комплексність запропонованої моделі	9,14±0,4	0,06	2,6
Інноваційність запропонованої моделі	9,88±0,3	0,04	2,0
Організаційно-функціональна удосконалена модель діяльності ЛЗП-СЛ в системі надання ПМД міському населенню в цілому	9,77±0,3	0,07	3,0

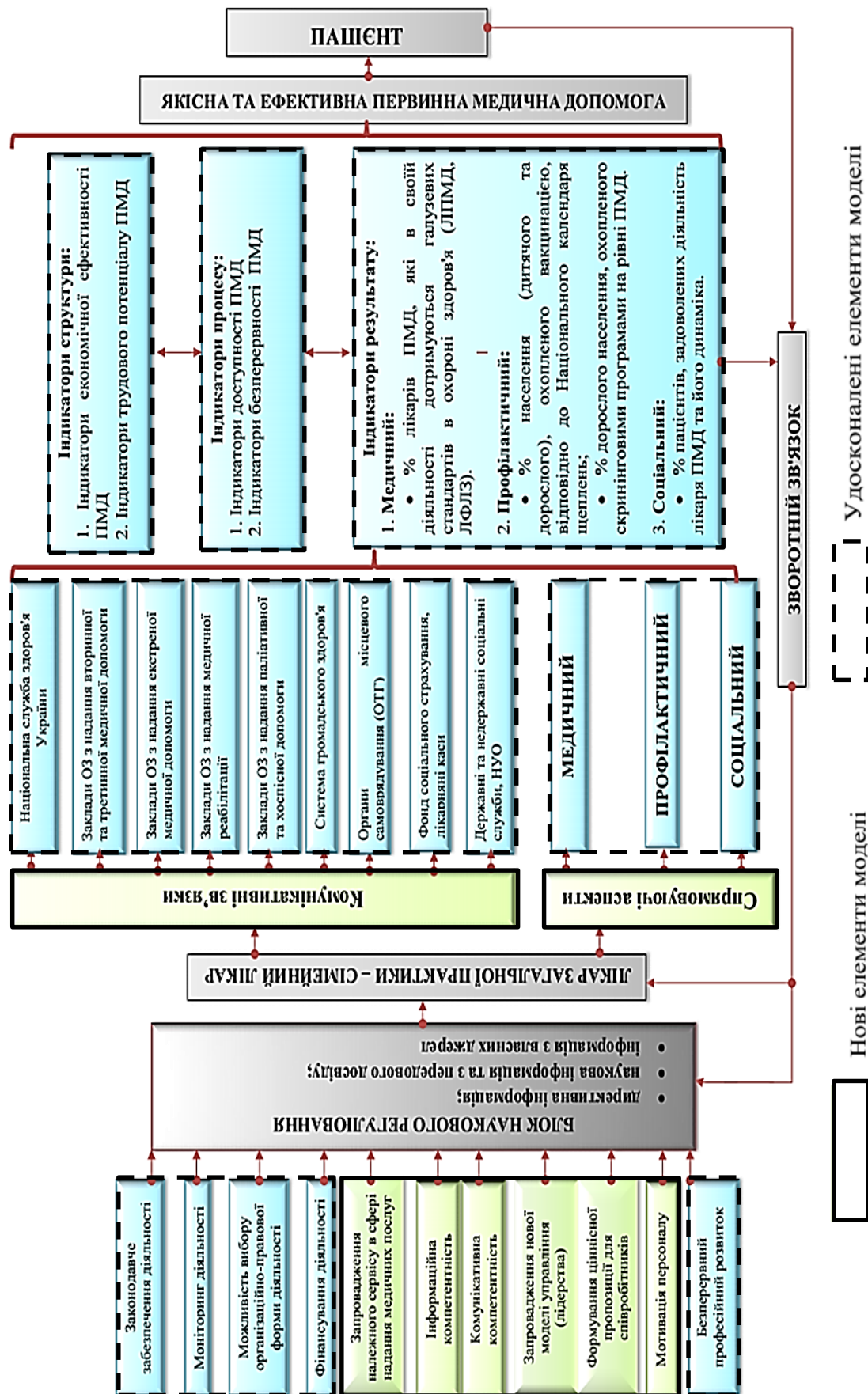


Рис. Організаційно-функціональна, удосконалена, пацієнт-орієнтована модель діяльності ЛЗП-СЛ

Висновки

Науково обґрунтована та розроблена удосконалена організаційно-функціональна модель діяльності ЛЗП-СЛ в системі надання ПМД міському населенню в умовах формування в Україні пацієнт-орієнтованої системи

охорони здоров'я для отримання пацієнтами якісної, ефективної та доступної медичної послуги на первинному рівні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності діяльності пацієнт-орієнтованої системи охорони здоров'я.

Література

1. *Матюха Л.Ф.* Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні / автореф. дис....д.мед.н.: 14.02.03. Київ: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л.Шупика, 2011. – 40 с.
2. *Хобзей М. К.* Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання первинної медико-санітарної допомоги (на прикладі Львівської області) / автореф. дис. ... д.мед.н.: 14.02.03. Київ: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л.Шупика, 2010. – 31 с.
3. *Шинкарьова І. М.* Організаційно-технологічна модель удосконалення первинної медико-санітарної допомоги (на прикладі сільського населення Харківської області) / автореф. дис... к.мед.н.: 14.02.03. Київ: Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, 2009. – 20 с.
4. *Знаменська М.А.* Комунікації в практиці сімейного лікаря. Україна. Здоров'я нації, 2015. № 1. С. 122-125. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2015_1_25.
5. *Одринський В.А.* Медико-соціальне обґрунтування моделі первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню на рівні адміністративного району / дис... к.мед.н.: 14.02.03. Київ: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2015. – 197 с.
6. *Парій В. Д.* Медико-соціальні та профілактичні засади сучасної перебудови первинної медико-санітарної допомоги на селі / дис... д.мед.н.: 14.02.03. Київ: Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця, 2004. – 383 с.
7. *Толстанов О.К., Парій В.Д.* Реформування охорони здоров'я на Житомирщині: досвід, проблеми, перспективи. Житомир: Обласний медичний центр, 2006. – 200 с.
8. *Кудря А. В.* Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі удосконалення роботи ЛЗП-СЛ / автореф. дис. ... к.мед.н.: 14.02.03. Київ: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л.Шупика, 2018. – 25 с.
9. *Парій В.Д., Короткий О.В.* Становлення та розвиток ПМД на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні: огляд літературних джерел // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 2 (49). – С. 48-53.
10. *Короткий О.В.* Аналіз стану здоров'я населення та функціонування системи надання ПМД у 2011–2015 роках (на прикладі міста Києва) // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 140-147.
11. *Короткий О.В.* Вивчення поінформованості лікаря первинної ланки відносно якості надання медичної допомоги, дослідження його комунікацій з іншими об'єктами сфери охорони здоров'я (за даними соціологічного дослідження) // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4/1 (46). – С. 87-94.
12. *Valentin Pariy, Oleksandr Korotkyi* Satisfaction of patients with first medical care: cross-sectional study (on the example of city Kyiv) // EUREKA: Health Sciences. – 2017. – Number 6. – P. 19-27.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.10.2018 р.

Усовершенствованная, пациент-ориентированная организационно-функциональная модель деятельности врача общей практики-семейного врача

В.Д. Парий, А.В. Короткий

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Цель. Научное обоснование усовершенствованной, пациент-ориентированной, организационно-функциональной модели деятельности врача общей практики-семейного врача на основании изучения его информационной и коммуникативной компетентности, коммуникативных связей с другими объектами сферы здравоохранения, а также удовлетворенности пациентов полученной первичной помощью.

Материалы и методы. В работе использованы следующие научные методы: системного подхода, концептуального и функционально-структурного моделирования, экспертных оценок.

Результаты. Разработана усовершенствованная, пациент-ориентированная, организационно-функциональная модель деятельности врача общей практики-семейного врача. При ее построении использованы как существующие в настоящее время, так и предложенные нами новые организационно-структурные составляющие, которые в совокупности являются объектом, на который направлена деятельность субъекта модели - врача общей практики-семейного врача. Врач общей практики, используя эти организационно-структурные составляющие, а также коммуникативные связи и направляющие аспекты деятельности, достигает качественной и эффективной первичной помощи, которая может быть оценена с помощью предложенных индикаторов качества.

Выводы. Использование предложенной нами организационно-функциональной усовершенствованной, пациент-ориентированной модели позволит получать пациентами высококачественные медицинские услуги на первичном уровне, которыми они в свою очередь будут удовлетворены.

Ключевые слова: модель, информационная компетентность, коммуникативная компетентность, коммуникативные связи, удовлетворенность.

Improved, patient-oriented organizational and functional model of general practitioners-family doctor

Valentin Pariy, Olexandr Korotkiy

Methods. The following scientific methods are used in the work: system approach, conceptual and functional-structural modeling, expert evaluations

Results. The improved, patient-oriented organizational and functional model of the activity of the general practitioner-family physician is developed. When constructing it, we used both existing ones and the new organizational and structural components we proposed, which together are the object to which the activity of the subject of the model - the doctor of PHC - is directed. The family doctor, using these organizational and structural components, as well as communication links and guidance aspects, achieves a high quality and effective PHC, which can be assessed using the proposed quality indicators.

Conclusions. The use of the organizational-functional improved patient-oriented model proposed by us is to receive patients with high-quality medical services at the primary level, which they in turn will be satisfied with.

Key words: model, information competence, communicative competence, communication links, satisfaction.

Відомості про авторів

Парій Валентин Дмитрович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Маршала Якубовського, 6, м. Київ, Україна, 03191.

Короткий Олександр Володимирович – аспірант кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Маршала Якубовського, 6, м. Київ, Україна, 03191.

УДК 314.4:001.8(477)

Л.А. Чепелевська

Надсмертність чоловіків в Україні: регіональні особливості

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

Мета – виявлення регіональних особливостей надсмертності чоловіків в Україні.

Матеріали. Дані Державної служби статистики України.

Методи. Системний підхід, демографічні, математичної статистики.

Результати. Отримані коефіцієнти смертності та надсмертності чоловіків в регіонах України серед всього, міського та сільського населення. Виявлені регіони з надзвичайно високими коефіцієнтами смертності та надсмертності чоловіків.

Висновки. В Україні перевищення смертності чоловіків над смертністю жінок значно вище, ніж у розвинутих країнах світу. Значна надсмертність чоловіків спостерігається в таких регіонах, як Київська, Чернігівська, Дніпропетровська, Кіровоградська, Житомирська області.

Ключові слова: надсмертність чоловіків, Україна, регіон, місто, село.

Вступ

У аналізі смертності населення окреме місце посідають показники надсмертності. Надсмертність – це перевищення смертності у певному населенні або певній групі (статевій, соціально-економічній, професійній тощо) над рівнем смертності іншого населення (групи). Надсмертність є результатом дії комплексу факторів, що визначають рівень смертності в населенні [1, 5].

Вимірювання надсмертності здійснюється за допомогою індексів надсмертності, які є відносними величинами порівняння і розраховуються як співвідношення коефіцієнтів смертності різних груп населення [2–4].

Мета роботи – виявлення регіональних особливостей надсмертності чоловіків в Україні.

Матеріали та методи дослідження

В роботі застосовувались методи системного підходу, демографічні, математичної статистики. Матеріали – офіційні дані державної служби статистики України.

Результати дослідження та їх обговорення

Коефіцієнти смертності чоловіків в Україні мають регіональні відмінності. Найвищі рівні смертності чоловіків спостерігались в Чернігівській, Запорізькій, Кіровоградській, Житомирській, Київській, Черкаській, Полтавській областях 19,4–17,0%, а найнижчі – 12,5–11,6% в Закарпатській області та в м. Києві (рис. 1).

В містах смертність чоловіків була нижчою (12,9%), ніж серед всього населення (14,3%). Слід відмітити, що найвищі рівні смертності чоловіків

спостерігались в таких регіонах, як Запорізька, Херсонська, Дніпропетровська, Кіровоградська, Чернігівська області, рівень смертності в яких досягав 16,9–15,1%. Найнижчі рівні були в Тернопільській, Рівненській, Івано-Франківській, Чернівецькій областях та м. Києві: 11,7–11,2‰ (рис. 2).

В сільській місцевості спостерігаються найвищі рівні смертності чоловіків. Вони перевищують рівні смертності міських чоловіків в 1,34 разу і складають по Україні 17,3‰. Такі регіони, як Чернігівська, Київська, Хмельницька, Черкаська, Сумська, Житомирська та Полтавська області відзначаються найвищими рівнями смертності, рівні смертності чоловіків в них склали від 26,7 до 20,0‰. Крім того, в сільській місцевості є регіони з найнижчими рівнями смертності чоловіків. Це Львівська, Рівненська, Івано-Франківська, Чернівецька, Закарпатська області, рівні смертності чоловіків в яких склали 15,0–12,5‰ (рис. 3).

Індекс надсмертності чоловіків є відношенням смертності чоловіків до смертності жінок виражений у відсотках. Перевищення смертності чоловіків над смертністю жінок в Україні, тобто надсмертність чоловіків складала в 2017 р. 111,5%. Найвища надсмертність чоловіків була у м. Києві – 120,1%, в Запорізькій (116,9%), Київській (115,8%), Херсонській (115,4%), Житомирській та Дніпропетровській (113,0%) областях. В деяких регіонах надсмертність чоловіків не досягала достовірної різниці і складала 106,5–104,4%, це Полтавська, Тернопільська, Сумська, Вінницька області (рис. 4).

В міських поселеннях надсмертність чоловіків була більш значною і складала в цілому по Україні 116,8%, а в таких областях як Тернопільська, Рівненська, Житомирська, Київська, Чернігівська, Львівська, Хмельницька, Запорізька, Волинська області та м. Київ досягала 128,6–120,1%.

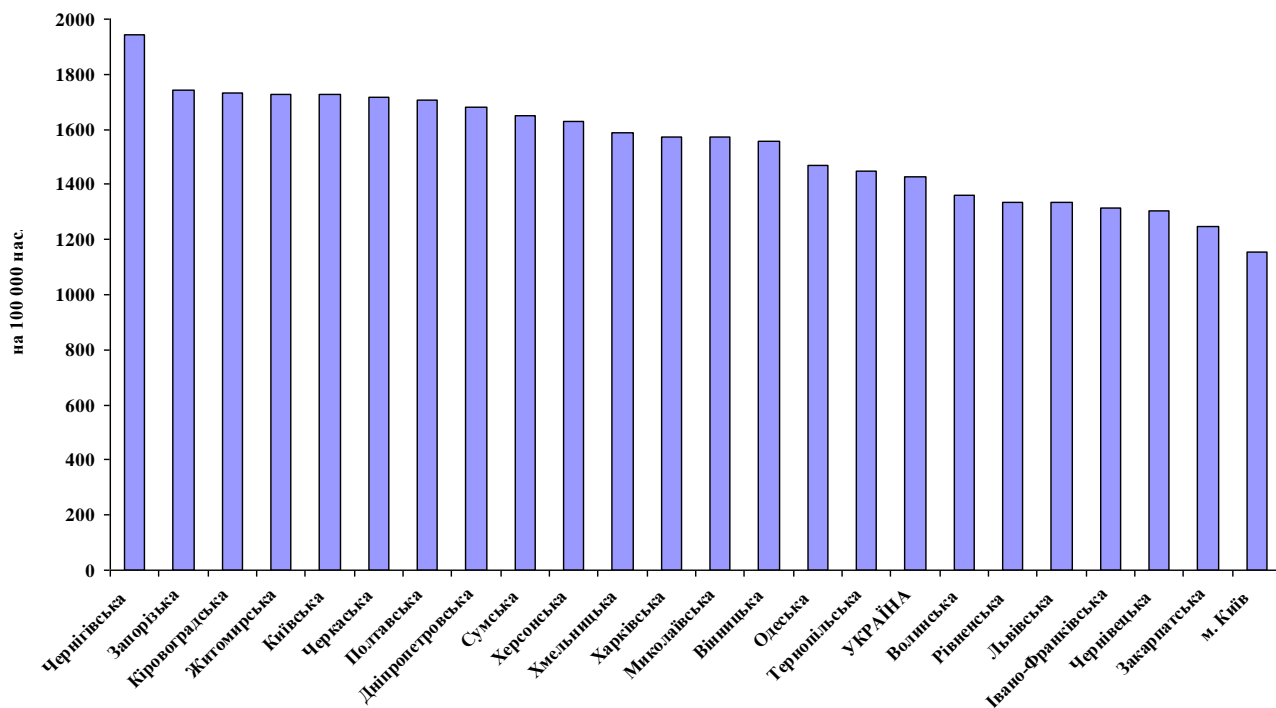


Рис. 1. Смертність чоловіків в регіонах України на 100 тис. відповідного населення, 2017 р.

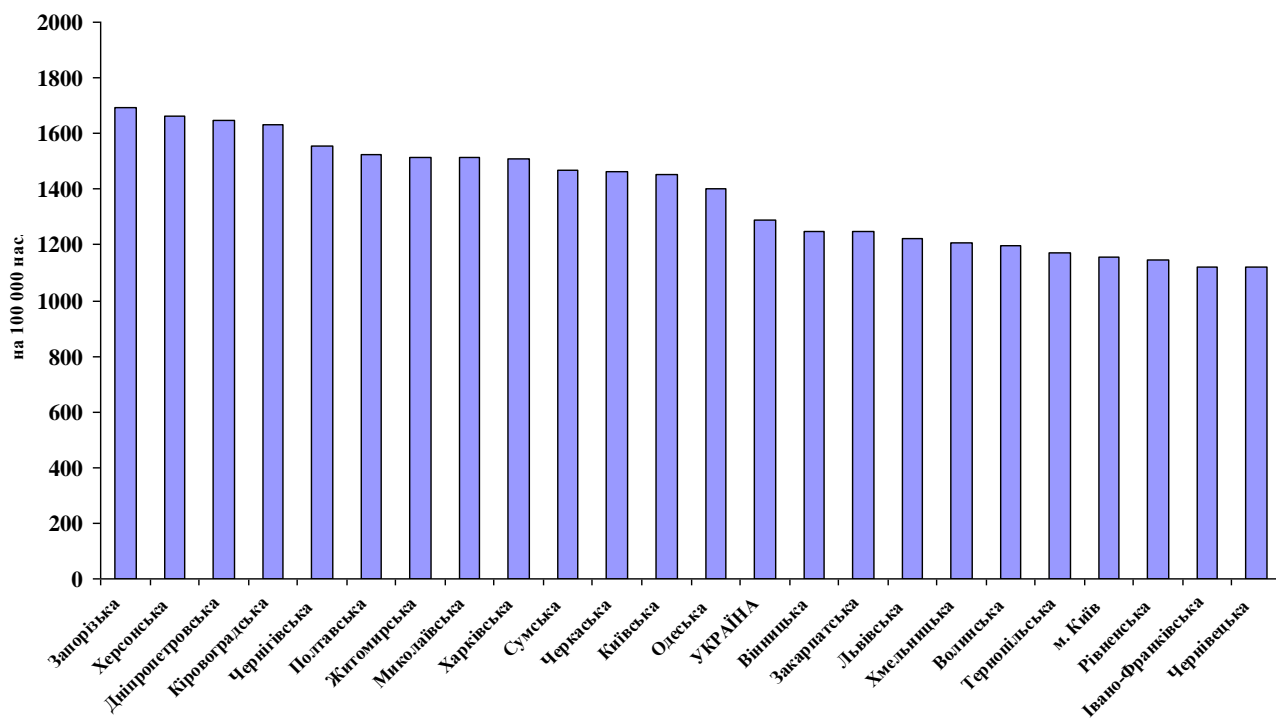


Рис. 2. Смертність міських чоловіків в регіонах України на 100 тис. відповідного населення, 2017 р.

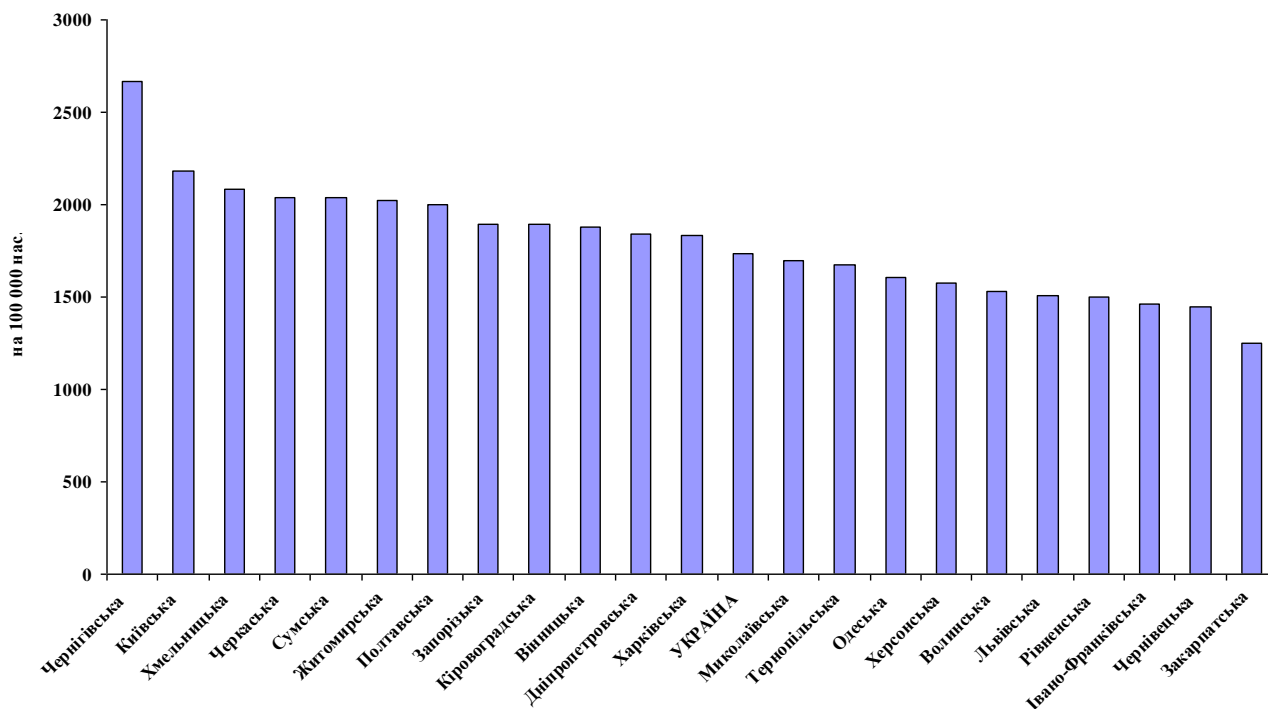


Рис. 3. Смертність сільських чоловіків в регіонах України на 100 тис. відповідного населення, 2017 р.

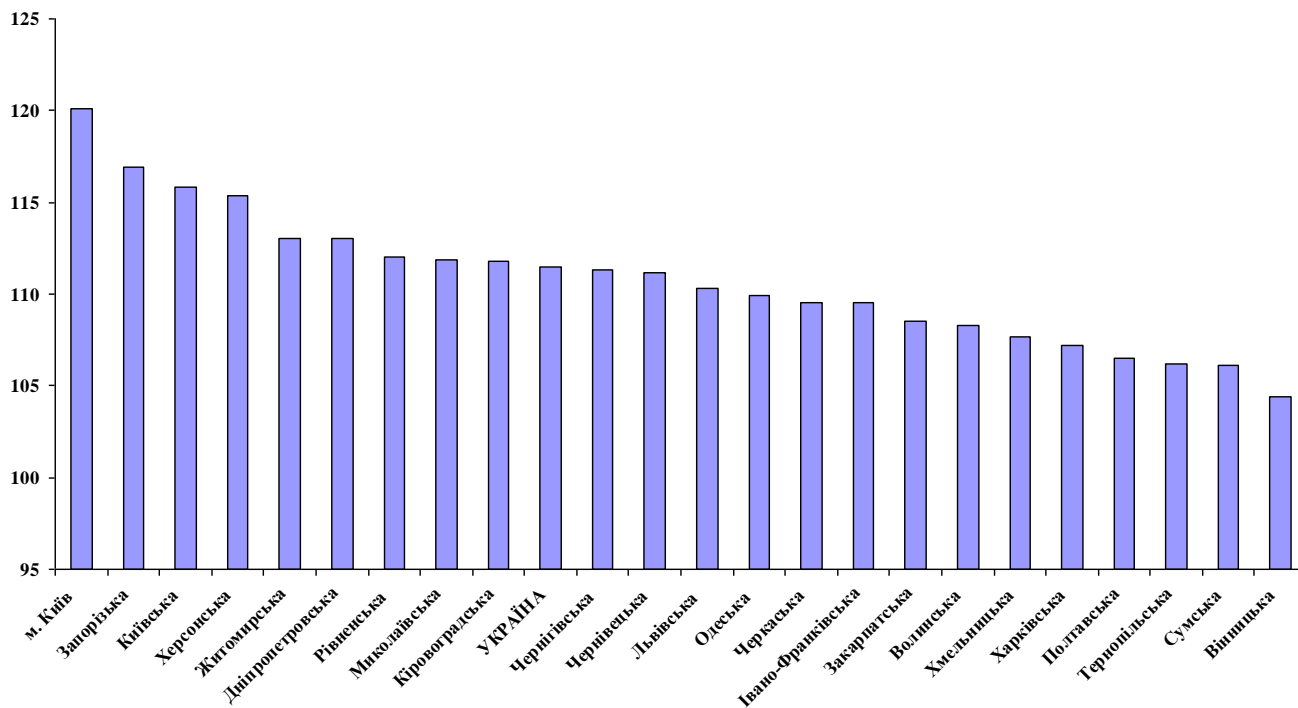


Рис. 4. Надсмертність чоловіків в регіонах України в %, 2017 р.

Разом з тим в ряді областей надсмертність міських чоловіків була нижчою і складала 113,4–108,6%, це Закарпатська, Сумська, Миколаївська, Одеська та Харківська області (рис. 5).

Смертність сільських чоловіків також переважає смертність сільських жінок, але це перевищення було на рівні 102,4%. Більших значень надсмертності сільських чоловіків досягла в Одеській, Херсонській, Київській,

Миколаївській, Чернівецькій, Кіровоградській областях і складала 111,0–107,3%. В ряді областей України серед сільського населення надсмертності чоловіків не спостерігалось, навпаки вона була нижчою, ніж смертність жінок. Співвідношення смертності чоловіків та жінок складало від 99,0% до 95,4%. Це такі області, як Хмельницька, Волинська, Львівська, Полтавська, Вінницька, Тернопільська, Сумська (рис. 6).

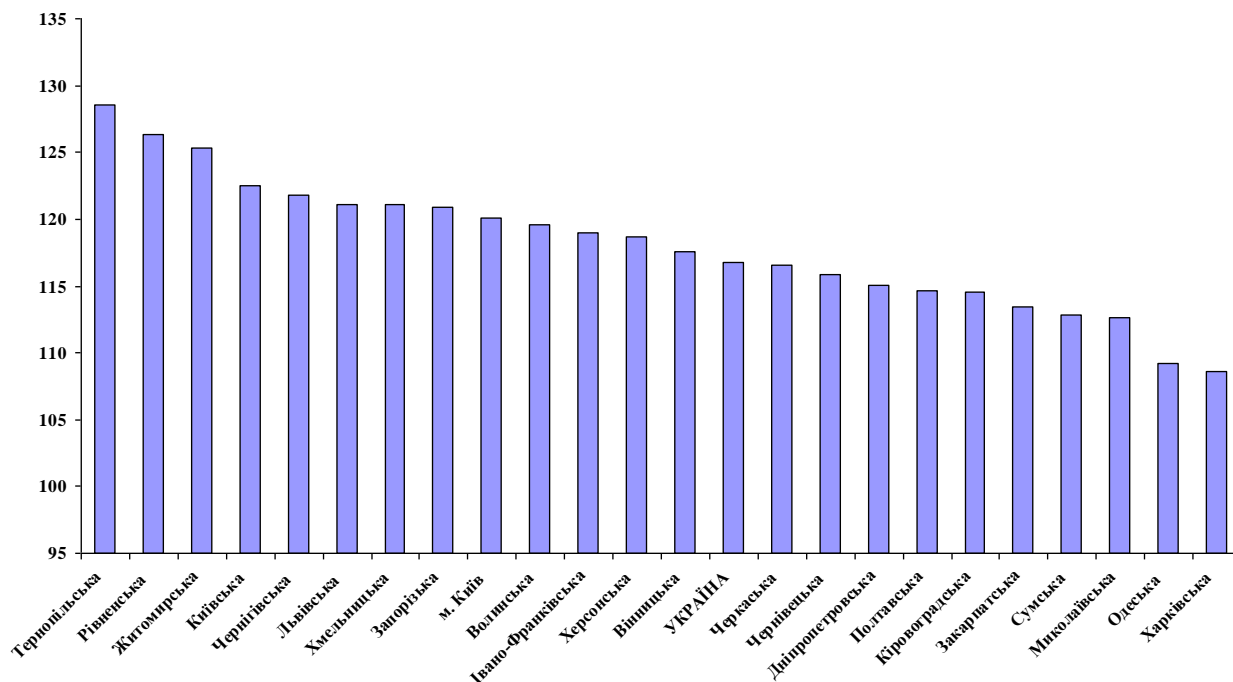


Рис. 5. Надсмертність міських чоловіків в регіонах України в %, 2017 р.

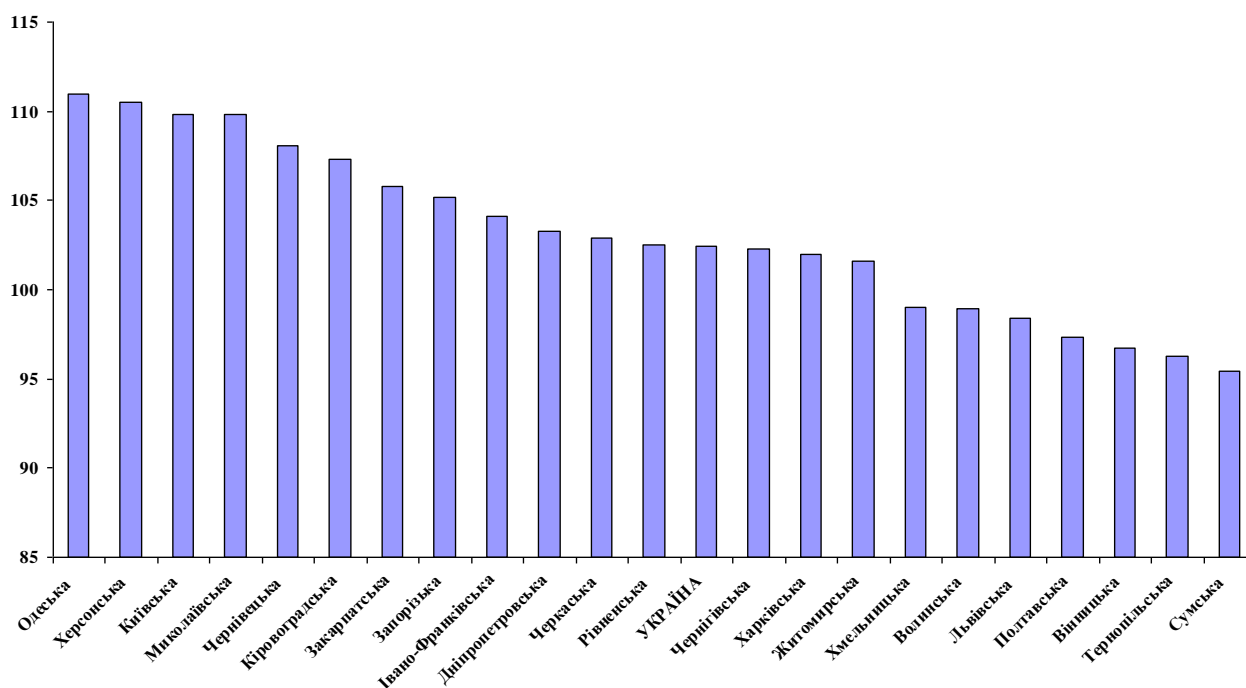


Рис. 6. Співвідношення смертності сільських чоловіків та сільських жінок в регіонах України в %, 2017 р.

Висновки

В Україні, як і в розвинутих країнах світу, смертність чоловіків перевищує смертність жінок, що обумовлено різними причинами, в тому числі об'єктивними. Однак в Україні це перевищення досягає більш значних розмірів, що потребує аналізу причин цього

явища та розробки заходів державного та галузевого рівня для вирішення цієї проблеми.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому необхідно дослідити стан інфраструктурного, кадрового та медичного забезпечення в регіонах зі значним рівнем надсмертності чоловіків.

Література

1. Курило І. Деякі демографічні передумови формування економічної активності та соціальної стратифікації населення України: [Демографія і процеси відтворення] / І. Курило // Україна: аспекти праці. – 2003. – № 8. – С. 19–25.
2. Рудницький О.П. Динаміка смертності та дожиття у трудоактивний період // Смертність населення України у трудоактивному віці. – К., 2007. – С. 39–57.
3. Чепелевська Л.А. Тенденції медико-демографічних показників України в XXI столітті // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 1 (47). – С. 48–52.
4. Чепелевська Л.А., Слабкий В.Г. Роль хвороб органів травлення в падінні трудового потенціалу України // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 1 (5). – С. 10–15.
5. <http://leksii.com/1-177105.html> – електронний ресурс.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.10.2018 р.

Сверхсмертность мужчин в Украине: региональные особенности

Л.А. Чепелевская

ГУ "Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины", г. Киев

Цель – выявление региональных особенностей сверхсмертности мужчин в Украине.

Материалы: данные Государственной службы статистики Украины. **Методы:** системный подход, демографические, математической статистики.

Результаты. Получены коэффициенты смертности и сверхсмертности мужчин в регионах Украины среди всего, городского и сельского населения. Выявлены регионы с очень высокими коэффициентами смертности и сверхсмертности мужчин.

Выводы. В Украине превышение смертности мужчин над смертностью женщин значительно выше, чем в развитых странах мира. Наивысшая сверхсмертность мужчин наблюдается в таких регионах, как Киевская, Черниговская, Днепропетровская, Кировоградская, Житомирская.

Ключевые слова: сверхсмертность мужчин, Украина, регион, город, село.

Super-mortality of men in Ukraine: regional peculiarities

L.A. Chepelevska

State Enterprise "Ukrainian Institute of Strategic Studies of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv

Purpose – to identify regional peculiarities of men's immortality in Ukraine.

Materials and methods: system approach, demographic, mathematical statistics, materials – data of the State Statistics Service of Ukraine.

Results. The mortality and morbidity rates of men in the regions of Ukraine among the total, urban and rural population were obtained. Estimates of Ukraine's regions according to mortality and mortality rates of men. Revealed regions with extremely high mortality and mortality rates among men.

Conclusions. In Ukraine, excess mortality of men over women's mortality is much higher than in developed countries, especially in certain regions, such as Chernihiv, Zaporozhye, Kirovograd, Zhytomyr, and Kyiv. In these regions, male mortality reaches 20%.

Key words: super-mortality of men, Ukraine, region, city, village.

Відомості про автора

Чепелевська Людмила Андріївна – д.мед.н., професор, зав. відділом медико-демографічних досліджень ДУ „Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”; пров. Волго-Донський 3, м. Київ, 02099, Україна.

Сучасний стан та тенденції смертності дітей поза стаціонаром

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

Мета роботи – вивчити, проаналізувати стан та визначити тенденції смертності дітей поза стаціонаром з числа тих, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України за період 2007–2017 рр.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 2007–2017 рр., власні розрахунки та статистичне оброблення результатів проведено із використанням методів: аналітичного, статистичного, порівняльного аналізу, системного підходу.

Результати дослідження та висновки. Проаналізовано сучасний стан смертності дітей поза стаціонаром, яка є значним резервом скорочення рівнів малюкової та дитячої смертності в цілому, визначено її тенденції. Встановлено необхідність попередження випадків смертності дітей поза стаціонару шляхом детального аналізу причин дитячої смертності, розробки стратегії та впровадження системних заходів щодо скорочення дитячої смертності.

Ключові слова: смертність дітей, смертність дітей поза стаціонаром, тенденції смертності.

Вступ

Протягом останніх років у багатьох країнах світу спостерігається певний прогрес у скороченні дитячої смертності, відбуваються позитивні зміни в організації охорони здоров'я матері та дитини, що відображається у зниженні репродуктивних втрат, але при цьому між регіонами і країнами продовжують існувати диспропорції, зберігаються і нерівності всередині країн, обумовлені географічним положенням або соціально-економічним статусом. Згідно з оцінками ВООЗ, у 2017 р у світі померло 6,3 млн дітей у віці до 15 років, з них 5,4 млн дітей не дожили до п'ятирічного віку, а 2,5 млн цих дітей померли протягом першого місяця життя, тобто кожен день вмирало 15 тис. дітей молодше п'яти років. Тілесні ушкодження (включаючи дорожньо-транспортний травматизм, утоплення, опіки і падіння) входять до числа основних причин смерті і стійкої інвалідності серед дітей у віці 5–14 років, тенденції смертності дітей старшого віку і підлітків відображають базове розподіл ризиків в цих вікових групах, при якому серед дітей старшого віку і підлітків молодшого віку менше поширені дитячі інфекційні захворювання і частіше відбуваються нещасні випадки і тілесні ушкодження, особливо утоплення та дорожньо-транспортні травми. При цьому слід зазначити, що достатньо висока частка смертей дітей відбувається поза стаціонаром, більше половини випадків смерті дітей раннього віку відбувається через стани, яким можна запобігти або лікувати при наявності доступу до простих і доступних за вартістю заходів, тому смертність дітей, особливо, поза стаціонаром є значним резервом зниження рівнів як дитячої смертності в цілому, так і малюкової смертності. По мірі протидії дитячої смертності у глобальному порядку денному в галузі охорони здоров'я дітей з'являються нові пріоритети, такі як вроджені пороки розвитку, травми і неінфекційні захворювання (хронічні респіраторні хвороби, набуті хвороби серця, онкологічні захворювання дітей, діабет і ожиріння). За

оцінками, кожна 33 дитина народжується з вродженими вадами розвитку, тобто щорічно народжується 3,2 млн дітей з інвалідністю, обумовленою вродженими вадами. Глобальний тягар хвороб, обумовлений неінфекційними захворюваннями, що вражають дітей в дитинстві і пізніше в житті, швидко зростає, незважаючи на те, що багатьом факторам ризику можна запобігати, тому ще у 2015 р. Організацією Об'єднаних Націй було прийнято Цілі сталого розвитку, що спрямовані на забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю всіх дітей, зокрема Ціль 3 передбачає до 2030 р. покласти край випадкам смерті новонароджених та дітей до п'яти років, які можна попередити, і скоротити смертність новонароджених до 12 на 1 тис. живонароджень, скоротити дитячу смертність у віці до п'яти років до 25 на 1 тис. живонароджень (ЦСР 3.2). З урахуванням вищенаведеного, дослідження стану та тенденцій випадків смерті дітей, що відбуваються поза стаціонаром є надзвичайно актуальним [1–17].

Мета роботи – вивчити, проаналізувати стан та визначити тенденції смертності дітей поза стаціонаром з числа тих, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України за період 2007–2017 рр.

Матеріали та методи

Проаналізовано дані ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 2007–2017 рр., власні розрахунки та статистичне оброблення результатів проведено із використанням методів: аналітичного, статистичного, порівняльного аналізу, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження рівень смертності дітей поза стаціонаром у віці 0–17 років з числа дітей, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів

сфери управління МОЗ України, протягом 2007–2017 рр. знизився на 22,7% (з 0,22 на 1 тис. осіб відповідного віку у 2007 р. до 0,17 на 1 тис. осіб відповідного віку у 2017 р.), при цьому питома вага випадків дитячої смертності поза стаціонару в загальній структурі смертності дітей, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України, за вищезазначений період зросла в порівнянні з вихідним роком спостереження на 39,3% (2007 р. – 35,71%; 2017 р. – 49,75%). В цілому, починаючи з 2010 р. питома вага смертності дітей поза стаціонару у віці 0–17 років в загальній структурі смертності дітей, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України, становить в середньому 50%, тобто смертність дітей поза стаціонару складає близько половини серед всіх випадків смерті дітей. Найбільший внесок у питому вагу смертності дітей у віці 0-17 років поза стаціонаром протягом періоду спостереження у загальній структурі смертності дають випадки смерті поза стаціонаром серед дітей у віці до 1 року життя – 13,98%, 15–17 років – 10,96%, в той час коли частка дітей, померлих поза стаціонаром у віці 1–14 років

складає 24,82% (частка даної вікової групи поступово зростає протягом 2007–2017 рр. з 15,56% у 2007 р. до 24,82% у 2017 р.). Протягом 2007-2017 рр. рівні смертності дітей поза стаціонаром у віці 0-14 років і зокрема до 1 року життя мають тенденцію до зниження на 30,4% у 2017 р. відносно вихідного 2007 р. (у віці 0-14 років) та на 40,7% (у віці до 1 року життя), при тому, що питома вага випадків смерті дітей поза стаціонаром у загальній структурі смерті дітей за даними віковими групами зростає (0-14 років: 2007 р. – 36,17%, 2017 р. – 46,11%; до 1 року життя: 2007 р. – 36,9%, 2017 р. – 43,02%). Дитяча смертність у віці 15-17 років зросла на 25% у 2017 р. в порівнянні з 2007 р. (2007 р. – 0,2 на 1 тис. дітей відповідного віку; 2017 р. – 0,25 на 1 тис. дітей відповідного віку). Слід зауважити, що в цій віковій групі, починаючи з 2008 р. майже у 2 рази в порівнянні з 2007 р. зросла і частка випадків смерті дітей, що відбулись поза стаціонаром в загальній структурі смертності даної вікової групи з 33,94% у 2007 р. до 69,07% у 2017 р., тобто серед всіх смертельних випадків у віці 15–17 р. майже 70% відбуваються поза стаціонаром (табл. 1, табл. 2).

Таблиця 1

Рівень дитячої смертності поза стаціонаром за віком та питома вага смертності поза стаціонаром за віком з числа дітей, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України за період 2007–2017 рр.

Рік	0–17 років		0–14 років		15–17 років		До 1 року життя	
	Рівень смертності (на 1 тис. відповідного віку)	Питома вага випадків смерті поза стаціонару (%)	Рівень смертності (на 1 тис. відповідного віку)	Питома вага випадків смерті поза стаціонару (%)	Рівень смертності (на 1 тис. відповідного віку)	Питома вага випадків смерті поза стаціонару (%)	Рівень смертності (на 1 тис. відповідного віку)	Питома вага випадків смерті поза стаціонару (%)
2007	0,22	35,71	0,23	36,17	0,20	33,94	1,62	36,90
2008	0,26	47,13	0,25	43,70	0,31	61,25	1,48	39,30
2009	0,25	49,04	0,24	45,78	0,28	63,72	1,36	40,60
2010	0,25	50,74	0,23	46,92	0,31	67,33	1,28	43,10
2011	0,23	49,66	0,22	45,78	0,29	67,61	1,28	42,96
2012	0,21	48,12	0,20	44,99	0,26	64,30	1,18	42,92
2013	0,20	49,89	0,18	45,99	0,27	67,70	1,01	40,94
2014	0,22	52,96	0,20	50,02	0,28	67,00	1,15	47,51
2015	0,20	50,24	0,19	46,29	0,29	70,40	1,10	43,29
2016	0,18	49,98	0,17	46,50	0,27	66,80	1,00	43,72
2017	0,17	49,75	0,16	46,11	0,25	69,07	0,96	43,02

Таблиця 2

Питома вага випадків смерті дітей за віком, що відбулись поза стаціонаром в загальній кількості всіх випадків смерті з числа дітей, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України за період 2007–2017 рр.

Рік	Питома вага дітей у відповідному віці, померлих поза стаціонаром (%)		
	до 1 року	1–14 років	15–17 років
2007	13,24	15,56	6,91
2008	14,66	20,50	11,96
2009	15,57	21,90	11,57
2010	15,26	22,86	12,62
2011	15,93	21,73	11,99
2012	15,81	21,77	10,59
2013	15,27	22,47	12,15
2014	16,56	24,80	11,60
2015	15,41	23,30	11,53
2016	14,69	23,85	11,43
2017	13,98	24,82	10,96

Враховуючи, що значну частку у загальну структуру смертності дітей поза стаціонаром вносить смертність дітей поза стаціонаром, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України у віці до 1 року життя має сенс визначити структуру провідних причин смертності дітей поза стаціонаром даної вікової групи протягом 2011–2017 рр., розподіл провідних рейтингових місць якої протягом років дослідження фактично не змінився.

Так у 2017 році, як і у попередні роки, найбільша частка (I місце) серед причин смерті дітей у віці до 1 року належить класу травм, отруєнь та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх причин (S00-T98) – 28,07%. II місце посідають симптоми, ознаки та відхилення від норми (R00-R99) – 21,93% (випадки смерті дітей поза стаціонару за даним класом в переважній більшості відбуваються внаслідок синдрому раптової смерті немовляти (R95)), на III місці в структурі знаходиться клас хвороб органів дихання (J00-J99) – 14,04%, IV місце посідають уроджені аномалії (Q00-Q99) – 13,74%, V місце – хвороби нервової системи (G00-G99) – 5,85%, які у попередні роки періодично конкурують за це місце з хворобами ендокринної системи, розладами харчування (E00-E90). Дослідити причини смерті дітей поза стаціонаром у віці до 1-го року життя у 2007–2010 рр. не представляється можливим, оскільки ці дані у даний період не підлягали збору і не були включені до статистичних форм (табл. 3).

Таблиця 3

Питома вага провідних причин смертності поза стаціонаром дітей у віці до 1 року що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України за період 2011–2017 рр.

Провідні причини смерті	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Україна	604	100	570	100	490	100	478	100	445	100	383	100	342	100
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби A00-B99	19	3,14	13	2,28	21	4,29	12	2,51	12	2,69	6	1,57	8	2,34
Новоутворення C00-D48	2	0,33	6	1,05	3	0,61	4	0,84	2	0,45	5	1,31	0	-
у т.ч. злоякісні C00-C97	2	-	2	-	2	-	4	-	2	-	2	-	0	-
Хвороби крові і кровотворних органів D50-D89	7	1,15	6	1,05	1	0,20	1	0,21	4	0,90	3	0,78	8	2,34
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування E00-E90	24	3,97	19	3,33	21	4,28	17	3,56	14	3,15	19	4,96	16	4,68
Хвороби нервової системи G00-G99	21	3,48	20	3,51	16	3,26	21	4,39	22	4,94	12	3,13	20	5,85
Хвороби ока та придаткового апарату H00-H59	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Хвороби вуха та сосковидного відростку H60-H95	0	-	0	-	0	-	1	0,21	0	-	0	-	0	-
Хвороби системи кровообігу I00-I90	15	2,48	17	2,98	13	2,65	9	1,88	15	3,37	8	2,09	10	2,92
Хвороби органів дихання J00-J99	54	8,94	63	11,05	53	10,81	66	13,80	73	16,40	65	16,97	48	14,04
Хвороби органів травлення K00-K93	4	0,66	1	0,18	4	0,81	4	0,84	2	0,45	3	0,78	4	1,17
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини L00-L99	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0,26	0	-
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	0	-	0	-	0	-	1	0,21	0	-	0	-	0	-
Хвороби сечостатевої системи N00-N99	1	0,16	0	-	0	-	1	0,21	0	-	0	-	1	0,29

Окремі стани, які виникли в перинатальному періоді P05-P96	20	3,31	10	1,75	10	2,04	20	4,18	5	1,12	9	2,35	9	2,63
Уроджені аномалії Q00-Q99	66	10,93	79	13,86	45	9,18	48	10,04	55	12,36	59	15,40	47	13,74
в т.ч. інші вроджені вади розвитку нервової системи	2	-	12	-	5	-	10	-	5	-	10	-	10	-
в т.ч. уроджені вади розвитку системи кровообігу Q20-Q28	30	-	41	-	23	-	24	-	27	-	25	-	24	-
Симптоми, ознаки та відхилення від норми R00-R99	161	26,65	153	26,84	134	27,34	115	24,06	88	19,76	61	15,93	75	21,93
у т.ч. синдром раптової смерті немовляти R95	157	-	148	-	130	-	109	-	82	-	56	-	70	-
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин S00-T98	210	34,77	182	31,92	169	34,48	158	33,05	153	34,38	132	34,46	96	28,07

Протягом 2011–2017 рр. спостерігаються регіональні відмінності у рівні смертності дітей поза стаціонаром у віці до 1 року життя, так у 2017 р. при загальноукраїнському рівні смертності дітей поза стаціонаром у віці до 1 року життя з числа тих, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України, який складає 0,96 на 1 тис. дітей відповідного віку, в 13 областях України вищезазначений показник перевищує загальноукраїнський рівень смертності дітей поза стаціонаром у віці до 1 року життя, в 12 областях нижчий за

загальноукраїнський. Найвищі рівні смертності дітей поза стаціонаром у віці до 1 року життя з числа тих, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України спостерігаються у Луганській (2,07 на 1 тис. дітей відповідного віку), Закарпатській (1,76), Донецькій (1,65), Херсонській (1,53), Вінницькій (1,52) областях. Найнижчі рівні вищезазначеного показника у м. Київ (0,27 на 1 тис. дітей відповідного віку), Харківській (0,45) та Київській областях (0,6 відповідно) (табл. 4).

Таблиця 4

Померло дітей віком до 1 року поза стаціонаром з числа тих, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України

Адміністративні території	На 1 тис. дітей відповідного віку						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Україна	1,28	1,18	1,01	1,15	1,10	1,00	0,96
Вінницька	1,66	1,39	1,25	0,85	1,28	1,23	1,52
Волинська	1,27	1,33	0,70	0,79	1,27	1,20	1,02
Дніпропетровська	1,45	0,90	1,07	1,52	1,21	0,81	1,18
Донецька	1,38	1,75	1,59	1,48	1,32	1,48	1,65
Житомирська	1,58	1,26	1,39	1,83	1,18	1,12	1,05
Закарпатська	2,03	1,78	1,78	1,64	1,87	2,24	1,76
Запорізька	1,64	1,01	1,21	1,24	1,17	0,93	0,81
Ів.-Франківська	0,94	0,49	0,97	1,03	1,06	0,59	0,75
Київська	1,09	1,34	1,07	0,68	0,87	0,77	0,60
Кіровоградська	2,66	1,61	3,12	2,75	1,36	2,63	1,26
Луганська	1,47	1,15	1,04	1,91	0,37	1,05	2,07
Львівська	0,60	0,76	0,44	0,51	0,53	0,71	0,74
Миколаївська	1,22	1,19	0,87	1,36	1,17	1,00	1,26
Одеська	1,77	1,26	1,12	1,16	1,84	1,59	1,31
Полтавська	1,04	1,09	1,09	1,61	0,67	0,89	0,71
Рівненська	0,94	1,09	0,63	1,13	1,11	0,91	0,49
Сумська	1,60	0,93	1,24	0,86	0,96	0,46	0,75
Тернопільська	1,31	1,02	0,09	0,62	1,13	0,69	1,13
Харківська	0,76	0,91	0,55	0,85	0,90	0,71	0,45
Херсонська	2,55	1,65	1,55	1,93	1,21	0,92	1,53

Хмельницька	0,65	1,16	0,94	1,23	0,95	0,54	1,09
Черкаська	0,69	0,76	1,03	1,31	0,62	0,85	0,72
Чернівецька	1,68	1,09	0,80	0,97	1,76	1,59	0,96
Чернігівська	1,58	1,25	1,15	1,09	1,14	1,13	0,72
м. Київ	0,34	0,20	0,17	0,49	0,55	0,43	0,27

В загальній структурі смертності дітей віком до 1 року життя з числа тих, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України питома вага випадків смерті дітей, що відбулись поза стаціонаром у 2017 р. склала 43,02% (загальноукраїнський показник), при цьому в 14 областях України частка смертей, що відбулись поза стаціонаром у віці до 1 року життя вища за загальноукраїнський показник

(найвища частка смертей дітей поза стаціонаром у віці до 1 року життя спостерігається у Херсонській області, де 70% від усіх випадків смерті відбувається у вищезазначеному віці поза стаціонару, у Кіровоградській області – 66,67%, у Вінницькій області – 60% смертей дітей у віці до 1 року відбувається поза стаціонаром, Миколаївській – 56,52%, у Дніпропетровській області – 55%) (табл. 5).

Таблиця 5

Померло дітей віком до 1 року поза стаціонаром з числа тих, що перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України

Адміністративні території	Питома вага серед померлих дітей у віці до 1 року						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Україна	42,96	42,92	40,94	47,51	43,29	43,72	43,02
Вінницька	50,94	43,40	48,84	45,16	48,78	50,00	60,00
Волинська	52,94	44,19	33,33	40,74	39,53	45,45	48,00
Дніпропетровська	46,67	57,55	44,44	63,75	41,00	36,23	55,00
Донецька	40,77	45,33	50,41	61,54	50,00	41,67	41,18
Житомирська	44,90	39,13	40,00	61,90	42,11	46,67	44,44
Закарпатська	38,54	32,04	40,24	44,78	33,00	43,53	34,18
Запорізька	47,46	52,94	46,81	52,27	48,84	44,12	48,00
Ів.-Франківська	37,50	22,86	34,04	53,13	42,50	39,13	44,00
Київська	41,18	65,85	48,89	36,84	51,43	59,26	46,15
Кіровоградська	54,17	42,11	70,45	71,05	41,94	65,71	66,67
Луганська	40,54	34,78	36,21	34,48	12,50	26,32	34,62
Львівська	29,82	45,83	28,89	34,88	39,47	44,19	47,50
Миколаївська	38,46	34,09	26,83	38,64	48,28	44,00	56,52
Одеська	36,22	29,82	30,61	38,75	41,74	44,83	37,35
Полтавська	58,33	60,00	65,22	64,71	39,13	61,11	38,10
Рівненська	32,00	32,20	21,57	38,00	34,62	29,79	17,50
Сумська	51,72	36,00	44,44	42,11	40,91	28,57	40,00
Тернопільська	46,88	54,55	6,25	46,67	57,14	53,85	52,38
Харківська	43,18	46,00	37,84	34,38	53,49	40,48	28,57
Херсонська	59,18	67,86	50,00	68,75	52,00	37,50	70,00
Хмельницька	29,03	47,06	44,83	37,78	44,83	24,14	41,94
Черкаська	25,81	36,00	41,38	41,67	33,33	56,25	41,18
Чернівецька	58,06	42,86	36,00	44,00	54,29	66,67	47,37
Чернігівська	53,57	70,59	44,00	58,82	58,82	35,71	46,15
м. Київ	35,71	30,00	29,41	42,86	54,84	48,15	34,78

Висновки

Таким чином, проведений аналіз смертності дітей поза стаціонаром свідчить про необхідність попередження випадків смертності дітей поза стаціонару шляхом

розробки стратегії та впровадження системних заходів щодо скорочення дитячої смертності, особливо це стосується виключення факторів немедичного характеру, таких як травми, асфіксії; виключення нерівностей та вплив на соціально-економічні детермінанти; покращення

якості педіатричних послуг; доступності основних послуг охорони здоров'я без фінансових обтяжень; застосуванні мультисекторального підходу, тощо.

Перспективи подальших досліджень полягають у ретельному комплексному аналізі випадків смерті дітей, в тому числі і тих, що відбуваються поза стаціонару,

вивченні їх детермінант із наступною розробкою та обґрунтуванням функціонально-організаційної системи попередження дитячої смертності, що має сприяти зниженню рівня дитячої смертності та попередженню випадків смерті дітей, яким можна запобігти, зниженню рівнів захворюваності та інвалідності дитячого населення в Україні.

Література

1. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee ACC, Waiswa P et al.; for The Lancet Every Newborn Study Group. Progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014;384(9938):189–205. doi:10.1016/S0140–6736(14)60496–7.
2. *Child mortality estimates*. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2015 (<http://www.childmortality.org/index.php?r=site/index>, accessed 22 February 2016).
3. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C et al. National, regional and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2 тис.: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4(2):e98–e108. doi:10.1016/S2214–109X(15)00275–2.
4. *Placing healthy women, children and adolescents at the heart of the post-2015 Sustainable Development Indicator Framework*. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2015 (http://www.who.int/pmnch/post2015_draft_indicator.pdf, accessed 20 June 2016).
5. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2 тис.–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2014;385(9966):430–40. doi:10.1016/S0140–6736(14)61698–6.
6. Bradshaw D, Chopra M, Kerber K, Lawn JE, Bamford L, Moodley J et al. Every death counts: use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. *Lancet*. 2008;371(9620):1294–304. doi:10.1016/S0140–6736(08)60564–4.
7. Theiss-Nyland K, Rechel B. Death reviews: maternal, perinatal and child. PMNCH Knowledge Summary 27. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2013 (<http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks27.pdf>, accessed 22 June 2016).
8. Durfee M, Parra JM, Alexander R. Child fatality review teams. *Pediatr Clin North Am*. 2009;56(2):379–87. doi:10.1016/j.pcl.2009.01.004.
9. Sidebotham P, Fox J, Horwath J, Powell C. Developing effective child death review: a study of "early starter" child death overview panels in England. *Inj Prev*. 2011;17(Suppl 1):i55–63. doi:10.1136/ip.2010.027169.
10. *Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents Health 2016-2030*. <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>
11. World Health Organization, *Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016*, WHO, Geneva, 2018.
12. Chao, F. et al., 'National and regional under-5 mortality rate by economic status for low-income and middle-income countries: a systematic assessment', *The Lancet Global Health*, vol. 6, No. 5, 01 May 2018, pp. E535-E547.
13. World Health Organization and Maternal and Child Epidemiology Estimation Group (MCEE), *Child causes of death, by Country and by Region, 2 тис.-2016*. Geneva, World Health Organization; 2018.
14. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), *Levels & Trends in Child Mortality*, UNICEF, New York, 2017, <www.childmortality.org>.
15. Guillot, M., P. Gerland, F. Pelletier, A. Saabneh, 'Child Mortality Estimation: A global overview of infant and child mortality age patterns in light of new empirical data', *Plos Medicine*, vol. 9, no. 8, 2012.
16. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, *Levels and Trends in Child Mortality Report 2017*, p. 27.
17. *Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Geneva: WHO, 2014.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.10.2018 р.

**Современное состояние и тенденции
смертности детей вне стационара**

С.В. Дудник

ГУ «Украинский институт стратегических
исследований МЗ Украины»

Цель работы – изучить, проанализировать состояние и определить тенденции смертности детей вне стационара из числа находившихся под наблюдением детских поликлинических учреждений сферы управления МОЗ Украины за период 2007–2017 гг.

Материалы и методы. Проанализированы данные ГУ «Центр медицинской статистики МЗ Украины» за период 2007–2017 гг. Собственные расчеты и статистическая обработка результатов проведены с использованием методов: аналитического, статистического, сравнительного анализа, системного подхода.

Результаты исследования и выводы. Проанализировано современное состояние смертности детей вне стационара, которая является значительным резервом сокращения уровней младенческой и детской смертности в целом, определены ее тенденции. Установлена необходимость предупреждения случаев смертности детей вне стационара путем детального анализа причин детской смертности, разработки стратегии и внедрения системных мер по сокращению детской смертности.

Ключевые слова: смертность детей, смертность детей вне стационара, тенденции смертности.

**Modern state and tendencies
of child mortality outside the hospital**

S.V. Dudnyk

SE “Ukrainian institute of strategic researches
of the Ministry of Health of Ukraine”

Purpose – to study, analyze the state and determine the trends of children mortality outside the hospital among the children’s polyclinic institutions, which are under the supervision of the Ministry of Health of Ukraine for the period 2007–2017.

Materials and methods. The data of the State Institution “Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine” were analyzed for the period 2007–2017. Own calculations and statistical processing of the results were carried out using the methods: analytical, statistical, comparative analysis, system approach.

Results and conclusions. The current state of child mortality outside the hospital, which is a significant reserve for reducing infant and child mortality rates as a whole, is analyzed; its trends are determined. The need to prevent child mortality outside the hospital has been established, which should be carried out by conducting a detailed analysis of the causes of infant mortality, developing strategies and introducing systemic measures to reduce infant mortality.

Key words: mortality of children, mortality of children outside the hospital, tendencies of mortality.

Відомості про автора

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., вчений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3.

УДК 314.4:001.8(477)

Л.А. Чепелевська, О.П. Рудницький

Проблеми надсмертності чоловіків працездатного віку в Україні та світі (огляд літератури)

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

Мета роботи – аналіз надсмертності чоловіків в Україні з 1965 по 2017 рр. за даними наукових досліджень.

Методи дослідження: бібліосемантичний, контент-аналіз.

Результати. На підставі даних наукових робіт дослідників в Україні та світі проведено історичний аналіз рівня та тенденцій надсмертності чоловіків працездатного віку в Україні та розвинених країнах світу.

Висновки. В Україні спостерігається негативна динаміка смертності чоловіків працездатного віку, значне перевищення смертності чоловіків над смертністю жінок, а також над рівнем смертності чоловіків в країнах світу.

Ключові слова: надсмертність чоловіків, працездатний вік, Україна, Європа.

Вступ

Найгострішою демографічною проблемою сучасної України є висока передчасна смертність чоловічого населення у працездатному віці, рівень якої неухильно зростає і нині майже у 3 рази перевищує показники країн Євросоюзу. Внаслідок прискореного вимирання поколінь чоловіків у віці 16–59 років нині їх смертність у 3–4 рази вища, ніж у жінок, що зазвичай характерно для воєнних часів [3].

Критичний стан з доживанням чоловіків працездатного віку потребує невідкладних заходів на рівні владних структур, спрямованих на подолання кризи смертності. Однак розробка цих заходів соціальної політики вимагає належного науково-інформаційного підґрунтя, побудованого на основі об'єктивного аналізу сучасного стану ситуації та перспектив її розвитку.

Мета роботи – аналіз надсмертності чоловіків в Україні з 1965 по 2017 рр. за даними наукових досліджень.

Методи дослідження – бібліосемантичний, контент-аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення

Нині доробок науковців у царині вивчення актуальних питань кризи смертності у нашій країні достатній для аналізу даної проблеми. Він міг би бути ще значнішим, якби не засекречення статистики смертності до кінця 80-х років минулого сторіччя. Зі зняттям грифу секретності, став наприкінці 1980-х років можливим аналіз динаміки показників смертності чоловіків у віці 16–59 років, хоч знадобилося чимало часу, щоб переробити величезні масиви інформації, накопичені в архівах статистичного відомства. Власне тільки тоді дослідники змогли отримати досить розгорнуту картину про те, що відбувалося зі смертністю чоловіків у другій половині ХХ століття і особливо за останні 25 років, коли в Україні у мирний час розгорнулася нова криза смертності [11].

На відміну від багатьох соціальних процесів, кількісна сторона яких буває проблемною, динаміка смертності, при наявності вихідної інформації існує, хоч і тривалий час і була недоступна дослідникам, – добре піддається вимірюванню, що дозволяє непогано визначити природу, причини, масштаби і розвиток нинішньої кризи смертності.

Актуальні питання дослідження смертності і тривалості життя населення в цілому і окремих статево-вікових контингентів зокрема, знайшли висвітлення у наукових працях зарубіжних і вітчизняних вчених.

Зусиллями перелічених науковців було досліджено проблему чоловічої надсмертності у працездатному віці. Однак перш ніж перейти до узагальнення основних положень наукових праць з цього питання, потрібно зупинитися на визначенні терміну «надмірна смертність» (надсмертність). Практично всі дослідники цієї проблеми сходяться на такому визначенні цього поняття. Надсмертність населення є відносним поняттям, зміст якого полягає у порівнянні з певною мірою смертності, тобто поєднання кількісних та якісних показників того чи іншого режиму смертності, який обраний. Коли порівнюється смертність чоловіків зі смертністю жінок, мова йде про чоловічу надсмертність. Аналогічно можна порівнювати смертність населення у поточному році з показниками смертності у відносно сприятливий період або з кращими показниками, досягнутими в інших країнах. Таким чином, вимірюючи надсмертність, ми визначаємо масштаби втрат, до яких призвела негативна динаміка процесу вимирання, а разом з тим і джерела, і причини цих втрат, на подолання яких має бути спрямована державна політики [7].

Як відомо, смертність залежить від повікової інтенсивності вимирання чоловіків та структури населення. «Інтенсивна» компонента смертності – це та компонента, обумовлена процесом вимирання, залежна від якості життя та зовнішніх чинників, з одного боку, та генетичних особливостей населення – з іншого. Її умовно можна розділити на дві складові: «ту, яка може бути

усунута» та «неусувну». «Неусувна» складова визначається мінімальним рівнем смертності за найкращих можливих у сучасному світі умов. Надмірна смертність є «усувною», на неї можна впливати, її потрібно звести до мінімуму. Втрати від надмірної смертності можна оцінити як різницю між реальним та гіпотетичним числом смертей за умови збереження того чи іншого сприятливого вікового профілю вимирання чоловіків працездатного віку [15].

Траєкторія динаміки смертності чоловіків віком 16–59 років у минулому столітті, була неоднозначною: періоди зростання її рівня змінювалися періодами зниження. Позитивними змінами відзначаються 17 повоєнних років (1948–1964), протягом яких рівень смертності цього вікового контингенту зменшився у два рази, а його внесок у зростання тривалості життя становив 5 років, або понад 30% від величини загального приросту. Відставання України від країн Західної Європи за показниками смертності чоловіків працездатного віку у середині 1960-х років було мінімальним. Такого значного прогресу у життєздатності чоловічого населення Україна ще не знала. На жаль, зберегти ці позитивні зрушення у процесах вимирання чоловіків у працездатному віці Україна не змогла, і з другої половини 1960-х років ситуація зі смертністю даного контингенту стала поступово погіршуватися на всіх ділянках вікового профілю. Внесок чоловіків трудоактивного віку у зменшення тривалості життя у 1965–1984 рр. становив 2,7 року, або 71,1% від загального скорочення [19].

На тлі країн Західної Європи ситуація в Україні склалася вкрай неблагополучно. Маючи у середині 1960-х років практично однакові із Західно-Європейськими країнами показники смертності чоловіків у віці 16–59 років, через 19 років безнадійно відстала від них.

Це сприймається як парадокс. Однак цей парадокс дістає пояснення, якщо його розглядати у контексті медико-демографічної політичної та соціально-економічної обстановки тих років [9].

Успіхи у боротьбі з «усунутими» причинами смертності досягли в середині 1960-х років своєї межі. З причин смерті виявилися «вибраними» більшість хвороб, які піддаються лікуванню за допомогою антибіотиків, імуно- та хіміотерапії. Домінуючими в структурі причин смерті стали хронічні, важко виліковні недуги, а економічні та соціальні зміни призвели до посилення таких несприятливих чинників, як забруднення довкілля, низький рівень охорони праці, застарілі технології, погіршення адаптованості населення до умов життя, широке розповсюдження гігієнічно нераціональних і навіть шкідливих стереотипів поведінки, а також історично-стереотипне нехтування цінністю людського життя, як на державному, так і на індивідуальному рівнях [5].

Парадокс обвального погіршення ситуації зі смертністю українських чоловіків працездатного віку після 1965 року знаходить пояснення в особливому характері хронічних дегенеративних захворювань та їх зв'язок з екстенсивними шляхами повоєнної модернізації економіки. Між початком і кінцем цих захворювань досить значний період часу. Спочатку ці хвороби

практично завжди мають скритий характер, і в момент появи симптомів, як правило, вже неможливо сподіватися на цілковите повернення здоров'я в норму. Залишається тільки догляд та лікування, які передбачають зміну способу життя, що дозволяє сповільнити розвиток хвороби або призупинити його. Таким чином, підвищення смертності українських чоловіків у працездатному віці є головним чином наслідком подій 10–20-річної давності, які призвели до значного збільшення захворюваності певними хронічними дегенеративними хворобами [6].

Суть проблеми полягає у тому, що шкідливий для здоров'я спосіб життя у першу чергу отримав поширення серед чоловіків, коли вони були молодими. Наслідки такого способу життя привели частину з них до смерті у середньому віці, а інша частина захворіла на серйозні недуги ендогенного походження.

За таких умов серйозні позитивні зрушення у режимі смертності чоловіків віком 16–59 років були можливими тільки при встановленні контролю над основними чинниками ризику та ефективної боротьби з хронічними захворюваннями і зовнішніми причинами смерті. Але ці тривожні зміни в ситуації з доживанням дорослого чоловічого населення не викликали адекватної реакції на державному рівні. Нові завдання, які постали перед українським суспільством не були належним чином оцінені і в Україні розгорнулася затяжна криза смертності населення в цілому і чоловічого населення працездатного віку зокрема [12].

Антиалкогольна кампанія, яка розпочалася у травні 1985 року детермінувала значне але короткочасне зниження смертності чоловіків 16–59 років та продовження тривалості життя. Протягом 1985–1987 рр. рівень смертності цього контингенту чоловічого населення України знизився на 15%, а тривалість життя зросла майже на два роки. Однак переломити негативні тенденції епохи «застою» не вдалося, і з 1988 р. спад рівня смертності припинився. Наприкінці 1980-х років зростання смертності було повільним, але в першій половині 90-х років минулого сторіччя різко прискорилося, що обумовило підвищення чоловічої надсмертності. На той час смертність чоловіків працездатного віку була у 2,7 разу вища, ніж у жінок [1].

Результатом підвищення інтенсивності вимирання населення України під час економічної кризи стало значне скорочення тривалості життя, чия динаміка вирішальною мірою визначалась змінами смертності чоловіків працездатного віку. Сумарний внесок смертності чоловіків у зменшення тривалості життя дорівнював 3,5 року, що становить 81,4% від загальної величини зменшення [18].

Після різкого загострення ситуації зі смертністю чоловіків працездатного віку настав 3-річний період (1986–1989 рр.) незначного її покращення. Скорочення коефіцієнтів їх смертності спостерігалось у вікових групах з максимальними значеннями показників вимирання у першій половині 1990-х років.

Однак закріпити позитивні зміни у динаміці смертності дорослих чоловіків без покращення матеріального благополуччя і підвищення ефективності роботи системи охорони здоров'я не вдалося, і з 1999 р. розпочинається чергове погіршення ситуації зі

смертністю, яке тривало до 2005 р. За період 1999–2005 рр. рівень смертності досліджуваного контингенту підвищився на 7%, а середня тривалість життя зменшилася на 0,5 року [14].

Самий останній період – після 2005 року – характеризується появою певних позитивних тенденцій смертності та тривалості життя чоловіків працездатного віку. Але не можна не враховувати, що це в основному – відновлюване зростання тривалості життя після кризового її падіння у 1990-х роках. Воно призвело до того, що Україна після 2005 р. повернулася на рівень показників смертності дорослих чоловіків, які були досягнуті у докризовий період.

Суттєве загострення ситуації зі смертністю населення України у 90-х роках минулого сторіччя спричинене комплексом факторів, пов'язаних з перехідним періодом до ринкової економіки: 1) погіршенням умов життя і повальним зубожінням населення; 2) кризовим станом довілля; 3) серйозним зниженням якості роботи системи охорони здоров'я; 4) соціально-психологічним стресом та викликаною ним дезадаптацією людності.

Широкомасштабна криза здоров'я і детермінована нею криза смертності за роки незалежності є головним чином кризою дорослого чоловічого населення [13].

Соціально-економічна криза трансформаційного періоду призвела до катастрофічного погіршення стандартів життя. За роки незалежності рівень життя в Україні знизився майже втричі. Нині тільки у декількох Європейських країнах середньодушовий ВВП нижчий, ніж в Україні. Критична ситуація склалася у галузі споживання, суттєво погіршилися такі параметри якості життя, як умови та безпека праці й можливості відпочинку.

Виявляє тенденцію до погіршення і стан довілля. Хоча спад виробництва, зупинка низки підприємств сприяли скороченню викидів, однак одночасно зменшилось виділення бюджетних коштів і коштів підприємств на заходи по відтворенню природних ресурсів, охорони навколишнього середовища, почастішали випадки техногенних аварій з серйозними екологічними наслідками. Підсилюють неблагополуччя у довіллі і наслідки аварії на ЧАЕС [2].

Широко визнано, що забруднення навколишнього середовища пагубно впливає на здоров'я людини. Забруднення повітря, води, ґрунтів та харчових продуктів є не тільки причиною виникнення низки хвороб, але також певною мірою й смертності від них. Окрім того, проживання у забрудненому довіллі завдає значної шкоди добробуту населення, оскільки воно створює почуття постійної загрози. У таких умовах заклики відмовитися від шкідливих звичок, що загрожують здоров'ю у віддаленій перспективі, не знаходять позитивної реакції у населення, оскільки загроза здоров'ю існує у сьогоденні, а не у віддаленій перспективі. Тим не менше слід відзначити, що смертність, ймовірно, не є чутким індикатором впливу забруднення довілля на здоров'я людності.

Окрім перелічених чинників свій внесок у поглиблення сучасної кризи смертності вносить занепад системи охорони здоров'я. Розхитана непродуманими реформами, в умовах вкрай незадовільного фінансування

система охорони здоров'я нездатна ефективно протистояти негативним впливам соціально-економічної кризи на здоров'я людей. Погіршення роботи органів охорони здоров'я, платність послуг і дорожнеча ліків стали серйозною соціальною проблемою та вагомим фактором передчасної смертності від захворювань, яким можна запобігти. Через відсутність адекватної і своєчасної медичної допомоги, в умовах надзвичайно низької культури життєзбереження у населення накопичується величезний тягар хронічних патологій, який неминуче стає джерелом значної кількості передчасних смертей у кризові роки [10].

Стосовно ролі медицини в укріпленні життєздатності населення не існує консенсусу. Медицина навряд чи здатна вилікувати більшість локалізацій раку і відвернути патологічні процеси хронічних захворювань, якщо вони вже призвели до морфологічних змін. Однак визнано, що медицина може відігравати набагато більш важливу роль у зниженні смертності, якщо не зводити її значення тільки до застосування певних терапевтичних методів, а розглядати у якості і авторитетного джерела рекомендацій про те, як уникнути тих чи інших шкідливих для здоров'я звичок, не можна заперечувати, що медицині вдається сповільнити поширення хронічних недуг і в багатьох випадках вилікувати гострі ускладнення низки захворювань. Оскільки медицина дозволяє таким чином відстрочити смерть, вона відіграє важливу роль у зниженні смертності.

Підвищення смертності у першій половині 90-х років обумовлено також стресорно-психологічним фактором. Соціально-економічні перетворення 1990-х років призвели до краху радянської системи патерналізму, яка забезпечувала низку соціальних гарантій. В пост-радянський період люди були змушені усвідомити, що держава не зможе більше підтримувати старі гарантії, і вони повинні турбуватися про себе самі. Масова адаптація до нових незвичних умов була неможливою без сильних соціально-психологічних стресів. Головними жертвами синдрому адаптації стало чоловіче населення працездатного віку, на яке ліг основний тягар активного пристосування до нових економічних умов [16].

Причинами надмірної смертності чоловіків у віці 16–59 років є, по-перше, специфічна структура причин смерті, в якій високий рівень смертності ендогенного походження поєднується з не менш значущим рівнем вимирання від екзогенних патологій, причому внесок останніх суттєво посилюється; по-друге, низький середній вік смерті практично від усіх класів причин смерті; по-третє, висока смертність від так званих соціально детермінованих хвороб, жертвами яких є насамперед чоловіки молодого та середнього віку [8].

В середньому 74–75% смертей чоловічого населення працездатного віку відбувається в Україні через хвороби неінфекційного походження. При цьому головну роль відіграють патології системи кровообігу (до 40% усіх смертей у віці 16–59 років). Нині рівень серцево-судинної смертності дорослих чоловіків в Україні більш ніж у 4 рази перевищує відповідний показник країн Західної Європи. Від цих захворювань українці вмирають значно раніше, ніж жителі розвинених країн; їх висока розповсюдженість

є наслідком накопиченого впливу різних чинників, у тому числі стресорно-психологічної природи.

Специфічною особливістю структури причин смерті чоловічого населення віком 16–59 років в Україні є: нижча у порівнянні із розвиненими країнами частка новоутворень, значно вища питома вага від зовнішніх причин смерті, відчутне збільшення внеску інфекційних захворювань, хвороб органів травлення тощо. Ситуація стосовно раку може бути пов'язана як з реально нижчою роллю онкологічної смертності, так і ще більшою мірою із заміщенням новоутворень іншими причинами, від яких вмирають у молодому віці, не доживаючи до віку експозиції даної недуги, а також з недосконалою діагностикою, коли за життя людини рак не був виявлений.

Найвище зростання смертності чоловіків у віці 16–59 років за роки незалежності було характерне для класу інфекційних та паразитарних хвороб (у 4 рази), хвороб органів травлення (у 3 рази), зовнішніх причин (в 1,5 разу), уточнених та невідомих причин смерті (у 5 разів). Саме по цих класах причин смерті спостерігається різка статева нерівність, яка полягає у кількаразовому перевищенні смертності чоловіків над відповідними показниками жінок, особливо у середньому та зрілому віці. Значні масштаби неприродної і насильницької смертності українських чоловіків є однією з головних причин, що перешкоджає їм дожити до старості і померти від хронічних хвороб, пов'язаних із старінням.

Проблема смертності чоловічого населення полягає не лише в істотному зростанні її кількісних індикаторів, але й у несприятливих зрушеннях якісних характеристик. Мова йде про помолодшання смертності від майже всіх основних класів причин смерті. Якщо в країнах Західної Європи смерті від більшості причин концентруються у старшому віці, то в Україні за останню чверть сторіччя вік смерті від інфекційних захворювань знизився на 6 років, хвороб органів травлення – на 10 років, захворювань органів дихання – на 7 років, хвороб системи кровообігу – на 2 роки.

Ще один з важливих аспектів проблеми смертності чоловіків працездатного віку стало стрімке поширення так званих патологій з соціальним «корінням»: хвороб, пов'язаних із зловживанням алкоголем, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу. Їх розповсюдження відображає масштаби соціальної деградації, маргіналізації населення і низхідної соціальної мобільності. За існуючими оцінками у 2013 р. із кожної сотні 20-річних чоловіків 34 особи помирали до досягнення пенсійного віку, з них 14 – від алкозалежних хвороб. Слід відзначити, що значна частина смертей чоловіків віком 16–59 років обумовлена комбінованим впливом алкоголю та інших причин смерті, де алкоголь був не єдиним, але дотичним чинником смерті. Відчутних втрат чоловічому населенню у працездатному віці завдають також епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу.

Ретельний аналіз на підставі наявних у науковому обігу праць стосовно смертності чоловічого населення працездатного віку в Україні свідчить, що проблема доживання цього контингенту людності – де проблема передчасного вимирання від чинників, безпосередньо не пов'язаних з віком та постаріння організму, а від причин,

яким можна запобігти. Водночас це проблема вибору поведінки, проблема способу та якості життя, якості життєдіяльності населення. Є підстави вважати, що сформований в Україні «консервативний» режим смертності є проявом соціальної незрілості, неготовності суспільства до засвоєння сучасної культури життєзберігаючої поведінки. Змінюючи спосіб життя, можна певним чином поліпшити стан здоров'я і знизити ризик захворіти та вмерти передчасно.

Надмірна смертність населення у віці 16–59 років в Україні помітно скорочує середню тривалість життя, зменшуючи період трудової діяльності. Демоекономічні наслідки полягають не лише у зростаючих витратах системи охорони здоров'я на лікування багатьох хронічних захворювань. Висока передчасна смертність дорослих чоловіків позначається як на життєвому рівні господарств через втрату годувальника сім'ї, так і на макроекономічному рівні через скорочення обсягів робочої сили та збільшення демоекономічного навантаження на трудоактивне населення. За орієнтовними розрахунками економічні збитки внаслідок передчасної смертності чоловіків віком 16–59 років становила у 2013 р. в Україні понад 50 млрд гривень. Абсолютну кількість втрачених років потенційного життя чоловіків працездатного віку можна також представити як втрачений внаслідок передчасної смертності трудовий внесок впродовж 40 років майже 60 тис. осіб, тобто населення 60-тисячного провінційного міста. Тому зменшення смертності чоловіків у працездатному віці є не лише значним резервом підвищення тривалості життя, але й резервом економічної розбудови. Резерви подовження тривалості життя чоловіків у віці 16–59 років є доволі значними. Для їх реалізації необхідне насамперед визначення цільових груп, тобто груп підвищеного ризику, характеристики яких є найбільш несприятливими і негативно позначаються на показниках життєздатності чоловічого населення віком 16–59 років, а також оцінці ролі окремих причин смерті у формуванні існуючого режиму доживання населення [17].

Аналіз можливостей подовження середньої тривалості життя в Україні дає підстави стверджувати, що максимально підвищити рівень дожиття чоловіків 16–59 років можливо шляхом скорочення їх надсмертності. Максимальні резерви подовження тривалості життя закладені у зниженні смертності чоловіків віком 45–60 років. Зокрема скорочення смертності цього вікового контингенту дає приріст тривалості життя на 1,5 року. Резерви подовження у перспективі тривалості життя для вікового контингенту чоловіків у віці 16–59 років тісно пов'язані з позитивними зрушеннями у структурі причин смерті та наближенням вікового і нозологічного профілю вимирання до сучасного режиму смертності у розвинених країнах. Йдеться, по-перше, про скорочення смертності та послаблення внеску захворювань екзогенної етіології (інфекційних захворювань, хвороб органів травлення, дихання, зовнішніх причин) насамперед серед чоловіків молодших вікових груп у працездатному віці. По-друге, витіснення захворювань системи кровообігу та раку у більш пізні вікові групи, що дасть змогу помітно підвищити показники дожиття чоловічого населення.

Резерви, пов'язані із скороченням смертності дорослих чоловіків більшою мірою піддаються впливу медико-санітарних заходів. Резерви, обумовлені відсуненням смертей від хвороб системи кровообігу та раку у старшій віковій групі, окрім медицини залежать від зміни поведінки дорослих чоловіків та запобігання хронізації та загострення хвороб. Якби можна було повністю ліквідувати смертність від інфекційних захворювань, патологій органів дихання і органів травлення, то чоловіки у 2013 р. отримали б при народженні «додатково» майже 3 роки життя.

Попри посилення впливу екзогенних причин найбільш значущими у контексті пошуку резервів подовження тривалості життя є хвороби системи кровообігу, що посідають одне з провідних місць у структурі захворюваності і є головною причиною інвалідності та смертності чоловіків у віці 16–59 років. Як відомо, збільшення частки серцево-судинних захворювань призводить до позитивних зрушень у динаміці тривалості життя, оскільки від цього класу причин смерті вмирають переважно у старшому віці. В Україні у 2013 р. середній вік смерті від хвороб системи кровообігу становив для чоловіків 70 років і скоротився порівняно з 1991 р. на 3,5 року.

При прогнозуванні смертності чоловічого населення працездатного віку в Україні виходять здебільшого з того, що цілеспрямована політика по зменшенню надмірного їх вимирання може досить швидко привести до позитивних результатів, аж до досягнення найближчим часом рівнів країн Східної Європи. А найбільш оптимістичні прогнозні оцінки виходять із можливості зростання тривалості життя цієї категорії населення впродовж двох з половиною десятиліть до сучасних показників країн Західної Європи [4].

Така перспектива видається нереалістичною з декількох причин. По-перше, протягом 70-х – першої половини 80-х років втрати тривалості життя у чоловіків Східної Європи були суттєво менші, ніж в Україні. По-друге, період соціально-економічних реформ у східноєвропейських державах був не тривалим і не позначився ні на тенденціях, ні на структурі смертності, що дає підстави говорити про спадкоємство трендів еволюційного та реформаційного періодів.

Аналіз соціально-економічної ситуації у Східній Європі свідчить, що тут реформаційний період доволі короткий і не вніс принципово нових тенденцій в еволюційні траєкторії смертності періоду 1970–80-х років.

В Україні про тяжкість тенденцій смертності у період до і після 1985 р. не дозволяють говорити наступні факти. Відбулося зростання смертності чоловіків віком 16–59 років у 1985–2013 рр. порівняно з періодом 1965–1984 рр. на 25%. На порядок денний повернулися взяті практично під контроль в минулі роки (до 1985 р.) переважно екзогенні хвороби (туберкульоз, пневмонія), а також насильницькі причини.

На етапі соціально-економічних реформ окреслюється головний процес, який визначає облік цього етапу режиму доживання дорослих чоловіків в Україні – це істотна соціальна диференціація населення, в ході якої відбулася стрімка маргіналізація українського

суспільства. Причому, з одного боку, суттєво різноманітним став склад маргінальних груп, з іншого – колосально зросла їх чисельність. Окрім традиційно приналежних до маргінальних прошарків осіб БОМП і ув'язнених, в їх число попала значна кількість безробітних з великим стажем та інші [20].

За чверть віку періоду реформ встиг сформуватися значний прошарок населення, який живе на грані або за межею бідності, зі всіма витікаючими звідси звичками і чинниками ризику. Гіпотеза маргіналізації населення України (в основному чоловіків) включає в себе як невід'ємну складову більшості гіпотез, що претендують на пояснення зростання надмірної смертності дорослих чоловіків в Україні і алкоголізацію і зловживання тютюнопалінням, і неправильним харчуванням, і відчуженістю від охорони здоров'я, і емоційно-психологічним стресом, якого просто не могло не бути у переважній більшості жителів України за рахунок яких і здійснювалися реформи перехідного періоду. Маргіналізація українського населення в першу чергу зачепила людей, чия молодість припала на період реформ, вони не мали ні соціальної, ні економічної основи, тому всі негативні процеси зачепили їх максимально. Власне тому групою ризику у 90-ті роки виявилось чоловіче населення молодшого працездатного віку, що не могло не позначитися на їх смертності. У даному випадку віковий градієнт смертності чоловіків у працездатному віці виступає як її соціальний градієнт.

З врахуванням механізмів соціальної маргіналізації, яка визначала підвищення смертності українських чоловіків у віці 16–59 років у період реформ, відбувався процес соціального відбору, у результаті якого групи підвищеного ризику смертності у молодому віці продовжували прискорено вимирати. У підсумку до старшого віку доживають переважно соціально адаптовані особи з властивими їм більш низькими ризиками смертності.

Прогноз зниження надсмертності і подовження тривалості життя чоловіків працездатного віку буде у даному випадку визначатися співвідношеннями між маргінальними і соціально-адаптованими групами населення. Аж до нинішнього часу загальний курс державної соціальної політики дає вагомий підстави константувати, що масштаби маргінальних груп, як мінімум, не стануть зменшуватися. Що стосується об'явлених державних проектів у царині охорони здоров'я, то вони направлені, перш за все, на соціально адаптоване доросле чоловіче населення, тоді як проблеми маргінальних груп, очевидно, будуть вирішуватися з допомогою механізмів соціального відбору.

Прогнози смертності населення України, особливо на тривалу перспективу, при наявних тенденціях розвитку суспільства і соціальної системи в Україні видаються досить песимістичними при здійснюваних державою напрямках реформ (платна освіта і охорона здоров'я, стопроцентна оплата житлово-комунального сектору) Україна матиме всі прикмети, характерні для відносинах сировинних економік при архаїчних соціальних відносинах і висока якість життя (і, відповідно, здоров'я) для дуже вузької верстви населення і мінімальні можливості для перспективи більшості населення. Альтернатива такої

перспективі звичайно існує, але її реалізація можлива тільки при змінах у концепції державної політики: переважання цінностей людського розвитку над економічним зростанням, відмова від ідеології затрат у соціальній сфері на користь стратегії соціальних інвестицій; втілення принципу соціальної солідарності в реальне життя держави та громадських інститутів.

При цьому слід виходити з того, що ніде в світі зниження смертності чоловічого населення працездатного віку (як і всіх інших статево-вікових груп людності) не відбулося само собою.

Висновки

Успіхи Заходу у підвищенні тривалості дорослого чоловічого населення потребували мобілізації величезних матеріальних ресурсів, включаючи витрати на охорону

здоров'я, охорону довкілля, пропаганду здорового способу життя, розвиток наукових досліджень; одночасно були переглянуті законодавчі акти, пов'язані з охороною здоров'я. Але крім того, різко підвищилася активність самого населення, спрямована на оздоровлення способу життя і довкілля, змінилась масова поведінка людей, що впливає на збереження їх здоров'я. В кінцевому рахунку, змінився весь соціальний клімат, в якому проходить повсякденне життя людей.

Перспективи подальших досліджень

В подальшому необхідно проводити поглиблений аналіз надсмертності чоловіків в Україні з урахуванням аналізу наукових джерел і даних Державної служби статистики України.

Література

1. *Войтенко В.П.* Смертність і тривалість життя: аналіз та прогноз. – К.: Здоров'я, 1990. – 165 с.
2. *Гладун О.М.* Нариси з демографічної історії України ХХ століття. – К., 2018. – 224 с.
3. *Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки і складові, напрями протидії / за ред. В. Стешенко.* – К., 2001. – 560 с.
4. *Демографічні перспективи України до 2026 року / В. Стешенко, О. Рудницький, О. Хомра, А. Стефановський.* – К.: Ін-т економіки, 1999. – 60 с.
5. *Корчак-Чепурковський Ю.А.* Таблицы доживаемости и средней продолжительности жизни для населения Украинской ССР за 1958-1959 годы. – Институт экономики НАН Украины. – Киев, 1996. – 78 с.
6. *Курило І.* Деякі демографічні передумови формування економічної активності та соціальної стратифікації населення України: [Демографія і процеси відтворення] / І. Курило // Україна: аспекти праці. – 2003. – № 8. – С. 19–25.
7. *Левчук Н.М.* Асоціальні явища в Україні у демографічному вимірі. – К., 2001. – 492 с.
8. *Лехан В.М.* Обізнаність організаторів охорони здоров'я щодо ефективності поєднання медичних послуг та послуг громадського здоров'я / В.М. Лехан, Л.О. Гриценко, Л.В. Крячкова // Матеріали наук.-практ. конф. з Міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2018 р., який присвячено загальному охопленню послугами охорони здоров'я та 70-річчю ВООЗ і проводиться під гаслом: «Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди» (Київ, 05–06 квітня 2018 р.). – Київ, 2018. – С. 32–35.
9. *Лібанова Е.М.* Низька тривалість життя населення – основний прояв тотальної демографічної кризи в Україні / Е.М. Лібанова // Журн. АМН України. – 2007. – № 13 (3). – С. 411–447.
10. *Лібанова Э.М.* Продолжительность жизни населения (Опыт комплексного регионального исследования) / Э.М. Либанова // Академия наук Украины. Совет по изучению производственных сил Украины. – Київ: Наукова думка, 1991. – 200 с.
11. *Людський розвиток в Україні: можливості та напрями соціальних інвестицій: Колективна науково-аналітична монографія / За ред. Е.М. Лібанової.* – К.: Ін-т демократії та соц. досліджень НАН України, 2006. – 356 с.
12. *Пирожков С.І.* Сучасна демографічна ситуація в Україні: проблеми, перспективи, шляхи вирішення (науково-аналітична доповідь) / С.І. Пирожков // Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України. – Київ, 2007. – 72 с.
13. *Пирожков С.І.* Демографічний і трудовий потенціал / С.І. Пирожков // Вибрані наукові праці. Т.1. – К., 2008. – 933 с.
14. *Рудницький О. П.* Демографічні втрати пострадянських держав після розпаду СРСР / О. П. Рудницький // Формування ринкової економіки. Збірник наукових праць. – Т. І. – К., 2006.
15. *Рудницький Е. П.* Методические проблемы изучения продолжительности жизни населения Украины / Е. П. Рудницький // Демографические исследования. – 1990. – Вып. 14. – С. 44-50.
16. *Рудницький О. П.* Причини смерті населення / О. П. Рудницький // Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки і складові, напрями протидії. – К., 2001. – С. 333-350.
17. *Рудницький О. П.* Підвищення смертності та зниження середньої тривалості життя / О. П. Рудницький // Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки і складові, напрями протидії. – К., 2001. – С. 320-332.
18. *Слабкий Г.О.* Сучасні та прогнозні тенденції смертності населення України / Г.О. Слабкий, Л.А. Чепелевська, О.В. Любінець. – Київ, 2010. – 179 с.

19. *Чепелевська Л.А.* Регіональні особливості смертності населення України за основними причинами смерті в динаміці за 10 років (1995-2004 рр.) / Л.А. Чепелевська, Г.І. Баторшина, О.В. Любінець // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 4. – С. 5–12.
20. <http://lektsii.com/1-177105.html> – електронний ресурс.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.09.2018 р.

Проблемы сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста в Украине и мире (обзор литературы)

Л.А. Чепелевская, А.П. Рудницкий
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель работы – анализ сверхсмертности мужчин в Украине с 1965 по 2017 гг. по данным научных публикаций.

Методы исследования: библиосемантический, контент-анализ.

Результаты. На основании данных научных работ исследователей в Украине и мире проведено исторический анализ уровня и тенденций сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста в Украине и развитых странах мира.

Выводы. В Украине наблюдается негативная динамика смертности мужчин трудоспособного возраста, значительное превышение смертности мужчин над смертностью женщин, а также над уровнем смертности мужчин в развитых странах мира.

Ключевые слова: сверхсмертность мужчин, трудоспособный возраст, Украина, Европа.

Problems of super-mortality of men of working age in Ukraine and in the world (literature review)

L.A. Chepelevska, O.P. Rudnitsky
State Enterprise “Ukrainian Institute of Strategic Studies of the Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv

The purpose of the work is to analyze the man's super-mortality in Ukraine from 1965 to 2017, according to researches data.

Methods of research: bibliosemantic, content analysis

Results. On the basis of the research data, researchers in Ukraine and the world conducted a historical analysis of the level and trends of the death rate of men of working age in Ukraine and developed countries of the world.

Conclusions. Ukraine has a negative dynamics in the mortality rate of men of working age, a significant excess of men mortality over women's mortality and men's mortality rates in countries around the world.

Key words: super-mortality of men, working age, Ukraine, Europe.

Відомості про авторів

Чепелевська Людмила Андріївна – д.мед.н., професор, зав. відділом медико-демографічних досліджень ДУ „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”, пров. Волго-Донський 3., м. Київ, 02099, Україна.

Рудницький Омелян Павлович – ст.н.с. відділу медико-демографічних досліджень ДУ „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”, пров. Волго-Донський 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 616.31:378.1:001.8

N.V. Hasyuk¹, O.V. Klitynska², I.V. Antonyshin¹, Y.O. Mochalov²

Ways of formation and extending of clinical and analytical thought of students-dentists under the activities of student scientific society

¹I. Horbachevsky Ternopil State medical university, Ternopil, Ukraine

²State higher educational establishment "Uzhhorod national university", Uzhhorod, Ukraine

In our opinion, the combined use and testing of different methods of holding scheduled meetings of the student scientific community in the form of a discussion, and in particular its kind of round table, enables the formation, deepening of clinical and analytical thinking, and also creates the preconditions for improvement through communication and discussion of the rendered on consideration of material. The above facts contribute to the modernization of the culture of individual cognitive activity, develop creativity, reveal opportunities and encourage active independent work with further extrapolation of the acquired practical skills in future dental practice.

It should be noted that at the stage of summarizing the results of the whole discussion, the responsible student of the scientific society has the opportunity to use the methods of organization of evaluation activities, receiving feedback (questionnaire, questionnaire, tables on the criteria for evaluating the discussion and mandatory statements are made on the part of each circle) At the stage of expressing gratitude for participating in the discussion, the leader verbally and nonverbally expresses his gratitude to the participants for their participation in discussing the issues and consider it necessary to focus on the personal qualities of each participant and his role in the team, with the method of raising motivation.

Key words: *discussion, analytical thinking, formation, consciousness, student scientific society.*

Introduction

The continuous process of updating and reorganization in the medical education system requires new approaches to improving not only the content of the curriculum in educational institutions of the medical profile, methodical basis, but also the forms and methods of work of teachers with students [1–3].

Focusing on the humanization of the field of training and education of medical students, the formation of the student's personality, the recognition of its value and the need for modern society, first of all, it should be remembered that the personality of students is formed by the personality of the teacher himself [11, 27–29].

An integral part of each teacher's work is work with group students, which is closely linked with the educational process, which allows them to consolidate their theoretical knowledge on a daily basis, improve practical skills of different character and develop scientific clinical thinking [4, 23–26].

The signing by Ukraine of the Bologna Agreement expands the opportunities of educational institutions in designing the pedagogical process in accordance with international standards and requirements while preserving, of course, their own national achievements in education. All this makes a new look at the problems of quality management education in higher education institutions in Ukraine [9, 19–22].

Influence of the educational environment of the department on the development of such qualities of the student as analytical thinking and unconventional approach in practice, rejection of stereotypes, ability to innovate, interest in everything new, critical comprehension of the proposed, the

ability to choose the most effective behavior for the solution of the clinical situation, allows to form a specialist in your case .

The aim of our approach in preparing the future dentist is activation and development the clinical, analytical thinking of a specialist in the conditions of modern medical education, gaining the ability to work in a team with the ability to express their own opinion.

Research results

It is well known that discussion is a way of organizing joint activities in order to intensify the decision-making process in a group; a method of training that increases the intensity and effectiveness of the educational process by actively involving students in the collective search for new scientific directions [10, 13–15].

Using our own experience during the meetings of student scientific society, we can distinguish the following signs of discussion: consideration, exchange of views and ideas between the participants; study of a question, problems from different perspectives; active interaction of participants, based on multilateral communication; construction and appropriation of new knowledge. There are several types of discussion in scientific literature and pedagogical practice [8, 16–18].

First, the debate – this kind of discussion, involving "fighting words", desire to win. Their purpose is to find the best arguments in defense of their position, exacerbation and clarify their own point of view, demonstrated by the weak validity of the opposite opinion. Debates can take place both verbally and in writing [19–21].

Negotiations, as a kind of discussion, are used to discuss the situation and find a solution, find a compromise, reach

consensus, and establish cooperation among the group students. Using our own experience, the most productive among the contingent of medical students is the kind of discussion in the form of a "Round Table" – a conversation that allows organizing an exchange of thoughts and ideas.

During the preparation for the discussion, we consider it necessary to adhere to the following steps below.

An integral part is the preparatory work, the purpose of which is to solve the following tasks: the formulation of the topic and aim of the discussion. From our experience, we can argue that the effectiveness of the discussion depends on the relevance of the topic and the clearly defined goal.

Widely formulated theme involves the definition of the main areas of research work of students, collecting and organizing information on this topic, finding alternatives, interpreting the arguments and examples. A narrowly formulated theme usually ends with a group decision on the issues discussed with the direct involvement of a teacher in the context of a teacher-student.

We consider the most general purposes of the discussion:

- analysis of the existing teacher's experience from various scientific directions, comprehension and consideration of the discussed issues from different sides, analytical attitude to the worked out literary sources on the given subjects;
- formation of a new view on the solution of a scientific problem within the framework of compromise decisions to the problem at the expense of clearly formulated research purposes;
- verification of formulated hypotheses in practice, taking into account the information received earlier.

The next stage of the meeting of the scientific society in the framework of the discussion is the presentation of the program of joint activities, the distribution of roles by the head of the department.

Responsible for the work of the student's scientific society of the department acquaints the participants with the algorithm of the discussion, distributes roles, such as observers and participants of the debate, supporters and opponents, and necessarily emphasizes the need to express their opinions on the issues discussed by each participant. At this stage, it is also necessary to arrange the harmonization of concepts and terms. This is the most important condition for mutual understanding in the process of discussion, and will contribute to a deep and meaningful consideration of tasks.

Otherwise, the debate can turn into an unnecessary dispute, in which much of the time will be spent to clarify the understanding of the statements of each participant. Determination of the norms of the group's work is very important in the process of discussion.

Responsible for the work of the scientific society reminds the rules of organization of the group work. Participants can add, if necessary, new view, at the same time everyone's opinion must be interesting, which makes it possible to feel the significance of the personality of young scientists.

The next step is to arrange questions or statements for a group discussion. Statements for discussion should be formulated in such way that participants can understand them, find arguments to confirm or refute the proposed problem

issues, analyze their knowledge and experience and use them in the debate process to reach the final result and discuss it.

Conducting the discussion involves the following activities: organization of dispute of specific privileged issues, demonstration of a motion picture film, illustrative materials, a description of a specific clinical case from the teacher's experience, the use of literary sources on this topic, the invitation of experts will allow smooth transition to controversy the theme, increase the attention of participants, adjust for productive debate problems.

Observation of the development of group dynamics, performance of work standards and atmosphere in the group; regulation of these processes is a function responsible for the work of student scientific society. Compliance with the rules of the stages of the discussion and the rules of performance of each participant promotes its more active, dynamic work, speeches of a large number of participants, and also avoids unnecessary pauses and delaying the discussion process.

The observance of the purpose of the discussion is particularly important, the curator must be careful that the participants of the debate do not deviate from the topic, so that the conversation is based on the controversy of the theme (issues, problems), and not on the dispute of the personalities of the students themselves. From our experience, we consider it necessary to tactfully stop participants deviating from the topic, and by means of questions, fixations or interim analysis of thoughts, ideas direct students to discuss issues, problems.

An intermediate analysis of participants' statements at certain intervals will facilitate a smooth transition to the next round of discussion, feedback received by students.

An integral part is the question as a means of organizing and conducting a discussion. The presence of problematic scientific issues is the main tool for organizing meaningful work. Their use gives the leader the opportunity to organize not an automatic immersion in the subject of discussion, but to concentrate the attention of its participants on the content of the expressed arguments, theses, and statements. The final stage involves solving the following tasks:

- summing up the discussion;
- expressing gratitude to the members for participating in the discussion.

Responsible for the student scientific society can use methods of the organization of evaluation activities, receive feedback (questionnaire, tables on the criteria for evaluating the discussion, and binding is to express proposals from each side member) at the stage of summarizing the results of the whole discussion.

At the stage of expressing gratitude for participating in the discussion, the leader verbally and nonverbally expresses his gratitude to the participants for their participation in the discussion of the issues and considers it necessary to focus on the personal qualities of each member and his role in the team in order to enhance the motivation.

Conclusions

Thus, the complex use of various methods of conducting meetings of a student's scientific society in the form of a discussion, and in particular its kind of «Round

Table» provides for the formation and deepening of clinical and analytical thinking, improves at the expense of communication and discussion of the proposed material of the perception of fundamental knowledge, modernizes the culture of individual cognitive activity, develops creative potential, reveals opportunities and encourages independent work with further extrapolation of the acquired practical skills in future dental practice.

References

1. *Гуревич Р.С.* Інформаційно-комунікаційні технології в навчальному процесі і наукових дослідженнях // Р.С. Гуревич, М.Ю. Кадемія. – К. : Освіта України, 2007. – 396 с.
2. *Дичковська І.М.* Інноваційні педагогічні технології / Дичковська І.М. – К., 2004. – 172 с.
3. *Морзе Н.В.* Моделі ефективного використання інформаційно-комунікаційних та дистанційних технологій навчання у вищому навчальному закладі [Електронний ресурс] / Н.В. Морзе, О.Г. Глазунова // Інформаційні технології і засоби навчання. – 2008. – № 2 (6). – Режим доступу : <http://www.ime.edu-ua.net/em6/emg.html>.
4. *Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012-2021 роки* [Електронний ресурс] – Київ: 2012. – Режим доступу : <http://www.nmu.edu.ua/legis2.php>.
5. *Alfred M.* Strangers in the mirror: immigrant students in the higher education classroom / M. Alfred, R. Swaminathan // Adult Learning. – 2001. – Vol. 12, № 4. – P. 1-13.
6. *Althach P.* The internalization of higher education: motivations and realities / P. Althach, J. Knight // Journal of Studies in International Education. – 2007. – Vol. 11, № 3/4. – P. 290-305.
7. *Benevento M.* Role of mass spectrometry-based proteomics in the study of cellular reprogramming and induced pluripotent stem cells / M. Benevento, J. Munoz // Expert Rev. Proteomics. – 2012. – Vol. 9, № 4. – P. 379-399.
8. *Bezrukova V.S.* Mobility of the education system / V.S. Bezrukova. – Yekaterinburg, 1997. – 194 p.
9. *Bligh J. G.* Trends in medical education / J.G. Bligh // Eur. J. Dent. – 1998. – Vol.2, N1. – P.2-7.
10. *Discussion* in scientific and technical propaganda and active learning. – М.: Medicine. – 1990. – P. 4 – 6.
11. *Gasyuk N.V.* The role of a student's scientific society in forming the scientific component of the personality of future specialists / N.V. Gasyuk // Collection of materials of the regional scientific-practical conference «Ukrainian professional language: history and modern times». – Ternopil, 2014. – P. 1.
12. *Harden R.M.* A practical guide for medical teachers / R.M. Harden. – Edinburgh; New York: Elsevier Health Sciences, 2009. – 435 p.
13. *Higher education in the twenty-first century: vision and action* / UNESCO World Conference on Higher Education, Oct. 5-9, 1998, Paris : Declaration. – Mode of access : http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_eng.htm.
14. *Khominets V.V.* Scientific and Methodical aspects of increasing the professional skills of teachers / V.V. Khominets // Education of Zakarpattia. – 2006. – No. 4. – P. 78–88.
15. *Knight J.* Internalization remodeled definition, approaches, and rationales / J. Knight // Journal of Studies in International Education. – 2004. – Vol. 8, № 1. – P. 5-31.
16. *Kritz M.M.* Globalisation and internationalisation of tertiary education: Final Report submitted to the United Nations Population Division / M.M. Kritz // International Symposium on International Migration and Development, June 28-30, 2006, Turin: Final Report // UN/POP/MIG/SYMP/2006/02/Rev – Mode of access : http://www.un.org/esa/population/migration/turin/Symposium_Turin_files/P02_KRITZ_Rev3_Augst21.pdf.
17. *Krizko V.V.* Anthology of axiological education paradigm / V.V. Krizko. – K. : Education of Ukraine, 2005. – 440 p.
18. *Lee H.B.* Ha H. Mechanisms of epithelial-mesenchymal transition of peritoneal mesothelial cells during peritoneal dialysis / H.B. Lee // J. Korean Med. Sci. – 2007. – Vol. 22, № 6. – P. 943-945.
19. *Merzlyakova N.S.* Professional mobility of university student in the context of multicultural education / N.S. Merzlyakova // Bulletin of the Bashkir University. – 2009. – No. 3 – P. 1007–1010.
20. *Michael H.* Ross. Histology: a text and atlas: with correlated cell and molecular biology / Michael H. Ross, Wojciech Pawlina // 6th ed., 2011. – P. 105-157.
21. *Morita N.* Negotiating Participation and Identity in Second Language Academic Communities / N. Morita // TESOL Quarterly. – 2004. – Vol. 38, № 4. – P. 573-603.
22. *Report on trends and development in higher education in Europe 1998-2003* / Meeting of Higher Education Partners, 23-25 June, 2003 : UNESCO – CEPES Report [Electronic resource]. – Mode of access : <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001303/130336e.pdf>.
23. *Solomenko L.O.* Active teaching methods in the system of personality development / L.O. Solomenko // Chemistry. Biology. – 2001. – No. 25. – P. 112–114.
24. *Stepko M.P.* Ukrainian education in the Bologna process: experience, perspectives / M.P. Stepko // The director of school, myce, gymnasium. – 2006. – No. 6. – P. 107–111.
25. *Swanwick T.* Understanding medical education: evidence, theory and practice / T. Swanwick. – Oxford : Wiley-Blackwele and ASME, 2010. – 464 p.

26. *Sutnick A.I.* The global value of standards in medical knowledge and competence / A.I. Sutnik. – Changing medical education, 1993. – 27 p.
27. *Teaching differently. Active learning strategy* / E.K. Grigalchik, D.I. Gubarevich, I.I. Gubarevich, S.V. Petrusev. – Mn. : «BIP-S», 2003. – 182 p.
28. *Ukrainian Pedagogical Encyclopedia*. – K. : 1993. – P. 273–275.
29. *Yeroshenko G.A.* Personally-oriented ways of optimizing the education of future specialists / G.A. Yeroshenko, N.V. Gasyuk, O.D. Lisachenko // Materials of the XI International Scientific and Practical Conference devoted to the 200th anniversary of the foundation of the South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky's» Adaptation Opportunities for Children and Youth». – Odessa, 2016. – P. 38–40.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.10.2018 р.

Резюме. На нашу думку, поєднане використання та апробація різних методик проведення планових засідань студентського наукового товариства у вигляді дискусії, а саме її різновиду круглого стола, дає можливість формування, поглиблення клінічного та аналітичного мислення, а також створює передумови для покращення за рахунок спілкування та обговорення винесеного на розгляд матеріалу.

Вищенаведені факти сприяють модернізації культури індивідуальної пізнавальної діяльності, розвивають творчий потенціал, розкривають можливості і спонукають до активної самостійної праці з подальшим екстраполюванням отриманих практичних навичок у майбутню стоматологічну практику.

Слід відзначити, що на етапі підведення підсумків всієї дискусії відповідальний за роботу студентського наукового товариства має можливість використовувати методи організації оціночної діяльності, отримання зворотного зв'язку (опитувальник, анкета, таблиці з критеріями оцінювання дискусії і обов'язковим є висловлення пропозицій зі сторони кожного гуртківця).

На етапі висловлення подяки за участь у дискусії ведучий вербально і невербально висловлює свою подяку учасникам за участь в обговоренні питань і вважаємо за необхідне з мето підвищення мотивації акцентувати увагу на особистих якостях кожного із учасників та його ролі в команді.

Ключові слова: дискусія, аналітичне мислення, формування, свідомість, студентське наукове товариство.

Резюме. По нашему мнению, сочетанное использование и апробация различных методик проведения плановых заседаний студенческого научного общества в виде дискуссии, а именно ее разновидности круглого стола, дает возможность формирования и углубления клинического и аналитического мышления, а также создает предпосылки для улучшения, за счет общения и обсуждения, вынесенного на рассмотрение материала.

Вышеприведенные факты способствуют модернизации культуры индивидуальной познавательной деятельности, развивают творческий потенциал, раскрывают возможности и побуждают к активной самостоятельной работы с последующим экстраполированием полученных практических навыков в будущей стоматологическую практику.

Следует отметить, что на этапе подведения итогов всей дискуссии ответственный за работу студенческого научного общества имеет возможность использовать методы организации оценочной деятельности, получения обратной связи (опросник, анкета, таблицы с критериями оценивания дискуссии и обязательно высказывания предложений по стороны каждого кружковца).

На этапе выражения благодарности за участие в дискуссии ведучий вербально и невербально выражает свою благодарность участникам за участие в обсуждении вопросов и считаем необходимым с целью повышения мотивации акцентировать внимание на личных качествах каждого из участников и его роли в команде.

Ключевые слова: дискуссия, аналитическое мышление, формирование, сознание, студенческое научное общество.

Відомості про авторів

Гасюк Наталія Володимирівна – доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри терапевтичної стоматології Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України.

Клітинська Оксана Василівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою стоматології дитячого віку Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет».

Антонішин Ірина Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України.

Мочалов Юрій Олександрович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічної стоматології щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет».

Оцінка впливу дихальної гімнастики Хатха-Йоги на зміни функціонального стану організму людини за даними програмно-апаратного комплексу «Омега-М»

Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

Мета – оцінка впливу дихальної гімнастики за методикою ХАТХА-ЙОГИ на функціональний стан організму людини, геронтологічні показники та адаптаційні можливості організму при допомозі програмно-апаратного комплексу «Омега-М».

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на кафедрі фізичної реабілітації факультету здоров'я та фізичного виховання. В дослідженні при йняли участь викладачі кафедри, студенти, лікарі ужгородської міської поліклініки.

Для отримання даних проводився запис ЕКГ протягом 3–4 хвилин (300 кардіоциклів). ЕКГ реєструвалася в І стандартному відведенні, при накладенні електродів в області зап'ясття, в положенні сидячи.

Результати. найбільш дієвим впливом на зниження біологічного віку по відношенні до паспортного та рівня адаптації, вегетативної регуляції, нейрогуморальної регуляції, психоемоційного стану, комплексний показник здоров'я організму є застосування дихальної гімнастики за методикою ХАТХА-ЙОГИ.

Висновки. При аналізі результатів було встановлено, що застосування помірної гіпоксії яка відбувається при затримці дихальних фаз в момент вдиху та видиху позитивно впливає на зростання рівня адаптації, вегетативної регуляції, нейрогуморальної регуляції, психоемоційного стану, комплексний показник здоров'я організму, а також до зниження біологічного віку по відношенню до паспортного. Відношення біологічного віку до паспортного віку є одним із основних маркерів якості життя у сфері громадського здоров'я.

Ключові слова: ХАТХА-ЙОГА, дихальні вправи, адаптаційні можливості, біологічний вік, здоров'я, продовження життя.

Вступ

Здоров'я населення є важливою складовою потенціалу розвитку України. Вирішення проблеми відновлення працездатності населення яке активно залучене в виробничий процес суспільства є важливою задачею у вирішенні збереження його працездатності. Наслідки радіоактивного забруднення від аварії на ЧАЕС, постійних стресових ситуацій які пов'язані з теперішнім викликом перед суспільством особливо з проведенням бойових дій на сході держави стають відмінними рисами цивілізаційних процесів в Україні.

Одне з ведучих місць серед медичних наслідків цих впливів, на працездатність населення, яке визначається адаптаційним потенціалом організму та відмінність біологічного та паспортного віку, являються соматоневрологічні порушення, як нейроциркуляторна дистонія, астеничний синдром, неврози, які супроводжуються значними порушеннями в ефективній сфері, ведуть до функціональних змін діяльності внутрішніх органів, нейроендокринної регуляції [1, 2].

За умови нормального функціонального стану організму існує можливість зберігати стійкість до дії різних чинників і адаптуватися до змінних умов зовнішнього середовища. Тому проблема оцінки поточного рівня індивідуального здоров'я і контролю за його змінами набуває усе більш важливого значення. Своєчасне виявлення ризику розвитку захворювання дозволить не лише підвищити ефективність

профілактичних заходів для його запобігання, але і підняти рівень працездатності населення [1].

В даний час в Україні питання впровадження системи громадського здоров'я на всіх рівнях управління і вирішення питання здоров'я особистості як основної складової здоров'я суспільства є особливо актуальним [13].

Поряд з традиційними методами лікуванням та реабілітацією, цікавим напрямком є застосування нетрадиційних методів фізіотерапії з застосуванням дихальної гімнастики за методикою ХАТХА-ЙОГИ на геронтологічні показники та адаптаційні можливості організму, оскільки дані методики не вимагають великих фінансових затрат зі сторони держави та затрат коштів людини і є високо ефективні в оздоровленні та реабілітації [7, 11].

На сьогоднішній день в дослідженнях оцінки функціонального стану та резервів організму використовуються новітні методи з застосуванням програмно-апаратного комплексу «Омега-М» [10].

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Громадське здоров'я – це наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя та зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства. Одним з важливих шляхів вирішення цих проблем є пропаганда здорового способу життя.

Важливе значення зниження захворюваності населення та продовження його працездатності є здоров'я

людини. Здорова людини – здоров'я нації у вузькому змісті цього поняття. Бо в зміст здоров'я нації повинно входити його духовний, культурний, освітній рівень суспільства та особистості [5].

Також на стан здоров'я людини впливає екологічна обстановка в місці його проживання, якість харчування і наявність благополучних природних умов. у районі з екологічними проблемами підтримка здоров'я має першорядний характер.

Здоровий спосіб життя можна охарактеризувати, як активну діяльність людей, що направлена передусім, на збереження та покращення здоров'я.

Одним із маркерів громадського здоров'я є збільшення максимальної тривалості життя та працездатності населення.

У багатьох досліджах на безхребетних переконливо показано, що за допомогою голодування, зниження температури тіла або зміни концентрації CO_2 в організмі вдається знизити обмін речовин, затримати статево дозрівання і уповільнити або навіть зупинити старіння [6, 18]. При цьому відбувається редукція тіла, розсмоктування старих тканин і розблокування систем стовбурних клітин. За умови скасування впливу цих факторів організм починає самовідновлення за рахунок систем стовбурних клітин. Такий спосіб дозволяє збільшити тривалість життя деяких тварин в десятки разів [9].

Рядом дослідників раніше була запропонована робоча гіпотеза про один з механізмів старіння як наслідок десинхронізації біоритмів організму після статевого дозрівання [2, 16].

Саме зниження обміну речовин викликає уповільнення старіння незалежно від його причин і механізмів. Відзначимо, що, на відміну від багатьох видів, зимовий сон ведмедів супроводжується зниженням рівня обміну на 50–70%, при цьому оновлення білків відбувається інтенсивно [6, 9]. Процеси обміну речовин у ведмедів виявилися схожими на метаболізм у людини при повному голодуванні [9].

Можна очікувати, що при періодичному зниженні обміну речовин у людини старіння буде сповільнюватися. Багатьма авторами встановлено, що під час повільної хвилюватої фази сну людини знижується частота серцевих скорочень (на 5–10 за хв), частота дихання, артеріальний тиск, температура тіла (на 0,6–1,50), споживання O_2 (на 13%) і виділення CO_2 ; зниження основного обміну на 20% може відбуватися за рахунок м'язового розслаблення [12, 18].

Подальше зниження обміну можливо за рахунок розширення резервних можливостей людини. Найбільші практичні результати в цьому відношенні демонструють майстри східних психотехнік [16, 19].

Встановлено, що в умовах гіпотермії і гіпоксії-гіперкапічної середовища у щурів знижується активність супраоптичних і паравентрікулярних ядер гіпоталамуса, відповідальних за синхронізацію багатьох біоритмів, що призводить до уповільнення старіння і до підвищення стійкості організму до екстремальних факторів [12, 17].

Для цього, необхідно домогтися економічності зовнішнього дихання (ЕЗД), яка визначається споживанням O_2 і виділенням CO_2 , аеробними можливостями дихання і зменшенням хвилинного об'єму дихання (ХОД) [3, 4, 17]. Для підвищення резерву ЕЗД використовуються фізичні тренування. Оптимальне зменшення ХОД у спокої досягається в результаті тренування дихання обмеженням глибини вдиху за методикою В.В. Гневушева: 3–5 сек неповний вдих, вільний видих [3].

Одним із прийомів зниження обміну є вплив на організм газових середовищ з високим вмістом CO_2 і зниженим O_2 [1]. Встановлено, що в міру збільшення вмісту CO_2 в повітрі від 3 до 6% у людей помітно знижується споживання O_2 , видихання CO_2 і частоти дихання (ЧД). Підвищення в крові концентрації CO_2 сприяє утилізації O_2 в тканинах (ефект Веріго-Бора), розслабленню м'язів, які переходять, почасти, на анаеробний тип енергообміну [1, 2].

Встановлено, що CO_2 є універсальним потужним антиоксидантом, що уповільнює процес старіння [18].

Подальше зниження обміну можливо за рахунок розширення резервних можливостей людини. Найбільші практичні результати в цьому відношенні демонструють майстри східних психотехнік [14, 19].

Запропонований вище спосіб продовження життя, застосовують деякі йоги. Під час відвідин літнього йога, який виглядав 20-річним, причину своєї молодості сам йог пояснював тим, що він під час сну уповільнює ЧД в 10 разів. Відомо, що аборигени гір в умовах гіпоксії досягають великої старості і виглядають молодшими (менше зморшок), ніж довгожителі рівнин. Відомо також, що високогір'я є ефективним засобом профілактики старіння (за описом акад. Н.А. Агаджаняна [1]).

Проведені багаторазові дослідження виявили, що зниження метаболізму призводить до зниження в потребі кисню (O_2), підвищує концентрацію вуглекислоти (CO_2) та понижав температуру тіла. Відомо також, що зниження температури тіла веде до зростання розчинності вуглекислоти (CO_2) в крові і тканинній рідині [16, 17].

Поряд з традиційними методами лікуванням та реабілітацією, цікавим напрямком є застосування не медикаментозних методів адаптації організму до гіпоксії та гіперкапнії (надлишку CO_2) з використанням дихальної гімнастики. До яких належать методики за Стрельніковою та Бутейко [6]. Але їх виконання потребує довготривалого часу освоєння техніки дихання, окрім того, вони направлені на окремі конкретні задачі у відновленні здоров'я [6, 7].

Застосування дихальної гімнастики на основі повного Йогівського дихання за методикою ХАТХА-ЙОГИ є найбільш простим у виконанні та освоєнні. Не потребують довготривалого часу освоєння і призводять при проведенні затримки дихання при вдиху та видиху до адаптації організму до гіпоксії та гіперкапнії (надлишку CO_2), що впливає на адаптаційні можливості організму [19].

На сьогоднішній день в дослідженнях оцінки функціонального стану, резервів та адаптаційних можливостей організму використовуються новітні методи з застосуванням програмно-апаратного комплексу

«Омега-М», розробленого НПФ «Динаміка, Санкт-Петербург» (<http://www.dyn.ru>). В цілому для оцінки функціонального стану людини за допомогою апаратного комплексу «Омега-М» можливе використання таких методів: методи часового аналізу варіабельності ритму серця (статистичні і геометричні); нелінійні методи аналізу варіабельності ритму серця (аналіз кореляційної ритмографії; автокореляційний аналіз); варіаційної пульсометрії за Р. М. Басевським; аналіз хвильової структури серцевого ритму (спектральний аналіз); нейродинамічний і фрактальний аналізи; картування біоритмів мозку [2, 10, 14, 20].

Мета роботи – оцінка впливу дихальної гімнастики за методикою ХАТХА-ЙОГИ на функціональний стан організму людини, можливості збільшення активного способу життя за рахунок оцінки відношення паспортного віку до біологічного віку, як одного з маркерів геронтологічного показника та адаптаційні можливості організму при допомозі програмно апаратного комплексу «Омега-М».

Методи й організація досліджень

Дослідження проводились кафедрою фізичної реабілітації факультету здоров'я та фізичного виховання по вивченню впливу дихальної гімнастики за методикою ХАТХА-ЙОГИ на базі Ужгородської міської поліклініки та за участю викладачів і студентів факультету здоров'я та фізичного виховання. В дослідженні прийняли участь студенти 4–5 курсу, лікарі Ужгородської міської поліклініки та викладачі факультету, які дали згоду на обробку персональних даних.

Функціональний стан організму людей які прийняли участь у дослідженні оцінювався за представленими програмою «Омега-М» показниками вегетативної і центральної регуляції, станом ендокринної системи, психофізичного статусу, скринінг-діагностики стану серцево-судинної системи і нейрогуморальної регуляції.

Дослідження виконані відповідно плану наукової роботи кафедри фізичної реабілітації ДВНЗ «УжНУ» за темою: «Відновлення психофізичного потенціалу

організму осіб різного віку і статі, які мають відхилення у стані здоров'я з застосуванням новітніх реабілітаційних технологій» (№ державної реєстрації 0116U003326).

Методика проведення досліджень для визначення ефективності застосування запропонованої методики дихання за системою ХАТХА-ЙОГА. Спочатку проводився запис серцевого ритму на протязі 3-х хвилин в стані спокою пацієнта при його нормальному ритмі дихання.

Після того нами досліджувався вплив методики повного дихання за системою ХАТХА-ЙОГИ. Дихальний ритм складався з повного вдиху на протязі 4-х секунд, затримки дихання протягом 4-х секунд, видиху протягом 4-х секунд, затримки дихання протягом 4-х секунд. Процес дихання в обох випадках проводився протягом 3-х хвилин з одночасним записом серцевого ритму. Аналіз дослідження проводилось апаратом Омега-М, який використовує методику аналізу варіабельності серцевого ритму до і після впливу дихального ритму за методикою ХАТХА-ЙОГИ.

Приймання їжі не допускається протягом однієї години перед початком дослідження.

Нами досліджувались люди старшого віку. Пацієнт № 1 – який палить і не займається фізичними вправами, № 2 і 3 які не палять і займаються фізичними вправами, для порівняння – молода студентка № 4, яка активно займається фізкультурою і веде здоровий спосіб життя.

Результати дослідження та їх обговорення

Спочатку в процесі дослідження нами оцінювались досліджувані інтегральні показники які визначались за системою «комплексу комп'ютерної оцінки функціонального аналізу функціонального стану організму людини Омега-М»:

1. А – рівень адаптації організму в %;
2. В – показник вегетативної регуляції в %;
3. С – показник нейрогуморальної регуляції в %;
4. D – показник психоемоційного стану в %;
5. Health – комплексний показник здоров'я в %.

Наводимо основні результати даного проведеного дослідження в табл. 1.

Таблиця 1

Результати дослідження інтегральних показників

Досліджувані показники	1		2		3		4	
	до	після	до	після	до	після	до	після
A (%)	1	43	54	94	55	100	64	99
B (%)	3	28	59	96	62	99	90	97
C (%)	1	64	67	83	48	100	81	98
D (%)	1	53	50	91	53	100	74	95
Health (%)	1	47	57	91	54	100	77	97
ПВ/БВ (роки)	65/76	65/56	61/49	61/35	70/55	70/32	23/20	23/17

де: ПС – паспортний вік, БВ – біологічний вік, % – процентне відношення досліджуваних показників до абсолютного показника в системі «Омега-М».

З таблиці 1 видно, що інтегральний індекс здоров'я (коефіцієнт здоров'я) у всіх досліджуваних зростає, він

характеризує поточний стан здоров'я і базується на оцінці – адаптаційних можливостей організму людини,

показників вегетативної регуляції, показників центральної регуляції, психоемоційного стану, які в процесі проведення дихального акту теж зростають.

Окрім того нами оцінювались наступні досліджувані показники системного аналізу функціонального стану організму людини Омега-М:

1. ІВР – індекс вегетативної рівноваги методом спектрального аналізу серцевого ритму;
2. ІН – індекс напруженості методом варіаційного аналізу серцевого ритму;
3. НГР – показник нейрогуморальної регуляції методом нейродинамічного аналізу серцевого ритму;

4. ЕР – енергетичні ресурси організму методом нейродинамічного аналізу серцевого ритму;

5. ПЕС – показник психоемоційного стану організму методом нейродинамічного аналізу серцевого ритму;

6. СГБР – ступінь гармонізації біологічних ритмів методом фрактального аналізу серцевого ритму;

7. БВ – біологічний вік методом фрактального аналізу серцевого ритму.

Наводимо основні результати даного проведеного дослідження в табл. 2.

Таблиця 2

Результати дослідження показників системного аналізу функціонального стану організму людини

Досліджувані показники	1		2		3		4	
	до	після	до	після	до	після	до	після
ІВР (35–145 у.о.)	998	444	214	88	169	58	90	69
ІН (10–100 у.о.)	624	292	113	53	111	41	59	48
НГР (50–100%)	1	64	67	83	48	100	81	98
ЕР (150–600 у.о.)	7	146	144	398	154	425	212	458
ПЕС (50–100%)	1	53	50	91	53	100	74	95
СГБР (50–100%)	1	43	54	94	55	100	64	99
ПВ/БВ (роки)	65/76	65/56	61/49	61/35	70/55	70/32	23/20	23/17

де: ПВ – паспортний вік, БВ – біологічний вік, ІН, ІВР, НГР, ЕР, ПЕС, СГБР – досліджувані вище перераховані показники в системі Омега-М.

Результати дослідження дозволили встановити наступне:

1. ІВР – індекс вегетативної рівноваги характеризує співвідношення між активністю симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи. Якщо значення медіани цього показника знаходяться вище норми (35–145 у.о.), то це вказує на переважаючий вплив симпатичного відділу автономної нервової системи. На початку дослідження у всіх пацієнтів старшого віку мали переважаючий вплив симпатичного відділу автономної нервової системи, то після проведення дихальних вправ став переважати парасимпатичний вплив у пацієнтів № 2 і 3, оскільки вони ведуть здоровий спосіб життя і не палять, а у пацієнта № 1 особливо виражений вплив переважання симпатичної регуляції, хоча після дихальних вправ він сильно знизився.

2. ІН – індекс напруженості вказує на ступінь напруженості міокарда. Якщо значення медіани цього показника знаходяться вище норми (10–100 у.о.), то це вказує на переважаючий вплив симпатичного відділу автономної нервової системи. Для стану вегетативної рівноваги характерний центральний роз положення стовпців діаграми моди в діапазоні 0,7–1,0 сек. У пацієнта №1 характерний значне звуження діаграми та гістограми, а також переважання симпатичного впливу вегетативної нервової системи, що вказує на високу ступінь напруженості міокарду. Після проведення дихальних вправ значно знизився вплив симпатичної нервової регуляції, а значить і напруження в роботі міокарда. У пацієнтів № 2 і 3 індекс напруженості знаходиться приблизно в межах норми

і після проведення дихальних вправ знижується ступінь напруженості міокарда.

3. НГР – показник нейрогуморальної регуляції відображає інформацію про параметри нейрогуморальної регуляції пацієнта. Система нейрогуморальної регуляції управляє складом і структурою біохімічних речовин в організмі, забезпечує постійність внутрішнього середовища і пристосування організму до змін та умов його існування. Якщо значення медіани цього показника знаходяться в нормі (50–100%), то це вказує на те, що кожний елемент нейродинамічної матриці, який відповідає відповідний фізіологічний ритм окремих систем організму, забезпечує ефективну систему життєзабезпечення організму при мінімальних енергетичних затратах. В нашому випадку, у пацієнта №1 з явно низьким рівнем нейрогуморальної регуляції, після дихальних вправ настав оптимальний рівень регуляції та життєвий ресурс. У пацієнтів № 2 і 3 він був у нормі та після дихальних вправ явно зріс. У пацієнтки № 4 він був у нормі та після дихальних вправ явно зріс, але величина зростання не так сильно виражена, як у пацієнтів № 2 і 3.

4. ЕР – енергетичні ресурси характеризує загальний об'єм фізіологічних ресурсів організму та баланс між циклами витрачання і відновлення цих ресурсів при існуючому ритмі життя. Якщо значення медіани цього показника знаходяться в нормі (150–600 у.о.) та існує баланс між об'ємом відновлення ресурсів та об'ємом витрачання їх, то це вказує на те, що забезпечується ефективна система життєзабезпечення організму при мінімальних енергетичних затратах. У пацієнта № 1 до

проведення занять присутній явно низький рівень енергетичних ресурсів, а після дихальних вправ цей рівень збільшився майже до нижньої норми. У пацієнтів № 2, 3 і 4 енергетичні ресурси були у нормі та після дихальних вправ явно збільшились.

5. ПЕС – показник психоемоційного стану організму відображає інформацію про параметри психоемоційного стану пацієнта. Він характеризує, наскільки є глибоким вплив деструктивних впливів стресу на організм. Окрім того частотний спектр активності мозку і розбитий на діапазони, які відповідають відповідно частотам дельта, тета, альфа, бета і гамма ритмам розподілені рівномірно по всьому діапазоні частот, то це відповідає нормальному психоемоційному стану. Нормальне значення медіани цього показника знаходяться в межах 50–100%. У пацієнта № 1 до проведення дихальних вправ психоемоційний стан був явно деструктивним, та після проведення дихальних вправ явно змінився і увійшов в норму. У пацієнтів № 2, 3 і 4 психоемоційний стан був у нормі та після дихальних вправ явно покращився.

6. СГБР – показник ступені гармонізації біологічних ритмів представляє собою інформаційний показник імунного статусу організму, який демонструє його здатність до адаптації в нових умовах. Ступінь гармонізації біоритмів характеризує ступінь узгодженості регуляторних систем, відображає якість адаптаційних можливостей організму до змін впливу на організм, а також служить інформаційним показником, що характеризує стан імунної системи. Нормальне значення медіани цього показника знаходиться в межах 50–100%. У пацієнта № 1 до проведення дихальних вправ показник ступеня гармонізації біологічних ритмів був явно низький, то після проведення дихальних вправ явно змінився і

увійшов в норму. У пацієнтів № 2, 3 і 4 він був у нормі та після дихальних вправ явно покращився, а значить зріс адаптаційний потенціал організму до різного роду негативних впливів.

7. БВ – біологічний вік визначається геронтологічною кривою, яка представляє собою самий повільний біологічний ритм організму. Його період визначається тривалістю життя і складає 90–100 років. Вона графічно визначає відповідність між темпами накопичення організмом життєвих ресурсів і темпами витрачання їх. Даний показник являється найбільш дієвим маркером оцінки якості життя особистості. В нашому випадку після проведення дихальних вправ у всіх пацієнтів він зріс. Найбільш характерне його зростання проявляється у старших за паспортним віком людей.

Висновки

При аналізі результатів було встановлено, що застосування помірної гіпоксії, яка відбувається при затримці дихальних фаз в момент вдиху та видиху, позитивно впливає на зростання рівня адаптації, вегетативної регуляції, нейрогуморальної регуляції, психоемоційного стану, комплексний показник здоров'я організму, а також до зниження біологічного віку по відношенню до паспортного. Співвідношення біологічного віку до паспортного віку є одним із основних маркерів якості життя у сфері громадського здоров'я.

Отже, застосування дихальної гімнастики за методикою ХАТХА-ЙОГИ є ефективним засобом покращення якості життя. Особливо виражено це проявляється у людей старшого віку зі зниженим рівнем адаптації.

Література

1. Агаджанян Н.А. Резервы нашего организма / Н.А. Агаджанян, А.Ю. Катков. – М. : Знание, 1990. – 240 с.
2. Баевский Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития / Р.М. Баевский. Биологические ритмы. Т.1,2. М.:Мир, 1984. – 414 с.
3. Вейн А.М., Хехт К. Сон человека / А.М. Вейн, К. Хехт. – М.:Медицина, 1989. – 272 с.
4. Гаркави Л. Х. Активационная терапия / Л.Х. Гаркави – Ростов н/Д.: Изд-во Ростов. ун-та, 2006. – 256 с.
5. Гриценко, В. И. Биоэкология. Единое информационное пространство: Экология здоровья – в XXI век / В. И. Гриценко, М. И. Вовк, А. Б. Котова та ін. ; НАН України ; Междунар. научно-учеб. центр ЮНЕСКО информац. технологий и систем / В. И. Гриценко (ред.). – К. : Наукова думка, 2001. – 319 с.
6. Дикий Б.В. Вплив штучного гіпобіозу на адаптаційні реакції людського організму згідно теорії неспецифічних адаптаційних реакцій (НАРО) / Б.В. Дикий. /Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні», 17-18 трав. 2018 р. – Ужгород. – № 3 (50). – С. 28-31.
7. Дикий Б.В. Застосування вправ Хатха-Йоги та елементів аутогенного тренування у фізичній реабілітації школярів із хронічними бронхітами / Б. В. Дикий // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 1. – С. 45–49.
8. Заярный А. Н. Возможная роль пептидов в процессах старения и самообновления / А. Н. Заярный, В. Е. Чернилевский // Доклады МОИП. Общая биология. – М. : МОИП, 1998. – С. 33–36.
9. Калабухов Н.И. Спячка млекопитающих / Н.И. Калабухов. – М. : Наука, 1985. – 264 с.
10. Круглень В. А. Оценка изменения функционального состояния студентов за время занятий по ПАК «Омега-М» / В. А. Круглень // Проблемы здоровья и экологии УО «Гомельский государственный медицинский университет». – 2010. – № 4 (26). – С. 141–144.

11. Короткова Г. П. Интеграционные механизмы и морфогенез / Г. П. Короткова // Журн. общ. биол. – 1988, Т. 49, № 4. – С. 464–475.
12. Сипачев С.Г. Ритмичность роста животных / С.Г. Сипачев. – Тюмень. : Тюменский пед. ин-т. 1970. – 352 с.
13. Слабкий Г.О. Основні терміни, які вживаються у сфері громадського здоров'я / Г.О. Слабкий, В.І. Миронюк, Л.О. Качала, О.М. Ратаніна // матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні», 24-25 трав. 2017 р., Ужгород. – № 3 (44). – С. 235-245.
14. Смирнов К. Ю. Разработка и исследование методов математического моделирования и анализа биоэлектрических сигналов / К. Ю. Смирнов, Ю. А. Смирнов. – СПб., 2001. – 24 с.
15. Фролькис В.В. Экспериментальные пути продления жизни / В.В. Фролькис, Х.К. Мурадян Л. :Наука. 1988 – 248 с.
16. Чернилевский В. Е. Общебиологический подход к изучению притроды старения / В. Е. Чернилевский // “Геронтология и гериатрия”, Альманах, Вып. 1. М. : НИИ геронтологии МЗ РФ. 2001. С. 21-24.
17. Чернилевский В.Е. Искусственный гипобиоз как способ продления жизни / В. Е. Чернилевский // Профилактика старения. – 2001, Вып. 4. – С. 34-48.
18. Эберт Д. Физиологические аспекты йоги / Д. Эберт. – СПб. : Веды, 1993. – 144 с.
19. Яблунчанский Н. И. Вариабельность сердечного ритма в помощь практическому врачу : монография / Н. И. Яблунчанский, А. В. Мартыненко. – Харьков, 2010. – 131 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.09.2018 р.

Оценка влияния дыхательной гимнастики Хатха-Йоги на изменение функционального состояния организма человека за данными программно-аппаратного комплекса «Омега-М»

Б.В. Дикий

Ужгородский национальный университет,
г. Ужгород, Украина

Цель – оценка влияния дыхательной гимнастики за методикой ХАТХА-Йоги на функциональное состояние организма человека, геронтологические показатели и адаптационные возможности организма, при помощи программно аппаратного комплекса «Омега-м».

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре физической реабилитации факультета здоровья и физического воспитания. В исследовании приняли участие преподаватели кафедры, студенты, врачи ужгородской городской поликлиники.

Для получения данных производилась запись ЭКГ в течение 3-4 минут (300 кардиоциклов). ЭКГ регистрировалась в 1 стандартном отведении, при наложении электродов в области кисти, в положении сидя.

Результаты. Наиболее действенным влиянием на снижение биологического возраста по отношению к паспортному, а также уровня адаптации, вегетативной регуляции, нейрогуморальной регуляции, психоэмоционального состояния, комплексный показатель здоровья организма является применение дыхательной гимнастики по методике ХАТХА-Йоги.

Выводы. При анализе результатов было установлено, что применение умеренной гипоксии которая происходит при задержке дыхательных фаз в момент вдоха и выдоха положительно влияет на рост уровня адаптации, вегетативной регуляции, нейрогуморальной регуляции, психоэмоционального состояния, комплексный показатель здоровья организма, а также к снижению биологического возраста по отношению к паспортному. Отношение биологического возраста к паспортному возрасту является одним из основных маркеров качества жизни в сфере общественного здоровья.

Ключевые слова: ХАТХА-Йога, дыхательные упражнения, адаптационные возможности, биологический возраст, здоровье, продление жизни.

Assessment of respiratory gymnastics KHATHA-Yoga impact on the changes of the human body functional condition according to the software-hardware complex «Omega-M»

B.V. Dikiy

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

The purpose is to assess the influence of breathing gymnastics on the method of KHATHA-Yoga on the functional state of the human body, gerontological indices and adaptive capabilities of the body with the help of the software hardware complex "Omega-M".

Materials and methods. The research was conducted at the Department of Physical Rehabilitation of the Faculty of Health and Physical Education. The study was attended by faculty members, students, doctors of Uzhhorod City Polyclinics.

For data acquisition, an ECG record was performed for 3–4 minutes (300 cardiocycles). ECG was recorded in 1 standard withdrawal, with the application of electrodes in the wrist area, sitting in position.

Results. The most effective influence on the decrease of biological age in relation to the passport and the level of adaptation, vegetative regulation, neurohumoral regulation, psycho-emotional state, complex indicator of the health of the body is the use of breathing gymnastics by the method of KHATHA-Yoga.

Conclusions. In the analysis of the results it was found that the use of moderate hypoxia which occurs when the respiratory phases are delayed at the time of inhalation and exhalation positively affects the growth of the level of adaptation, autonomic regulation, neurohumoral regulation, psycho-emotional state, a complex indicator of the health of the organism, as well as a decrease in the biological age with respect to the passport. The relationship between the biological age and the passport age is one of the main indicators of quality of life in the field of public health.

Key words: KHATHA-Yoga, respiratory exercises, adaptive possibilities, biological age, health, prolongation of life.

Відомості про автора

Дикий Богдан Володимирович – к.мед.н., доцент, факультет здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 618.3-997.6:616.12-008.331.1:616-039.71

Н.Ю. Бисага¹, О.О. Корчинська¹, С. Жултакова²,
Ш. Андрашчикова², А. Шлоссерова², Г. Галдунова², Л. Рібарова²

Сучасні можливості профілактики прееклампсії у вагітних

¹ДВНЗ “Ужгородський національний університет”,
кафедра акушерства та гінекології медичного факультету, м. Ужгород, Україна
²Пряшівський університет, м. Пряшів, Словаччина

Мета – узагальнення сучасних даних про можливості профілактики прееклампсії у вагітних.

Матеріали та методи. Вивчення іноземних та вітчизняних джерел літератури за останні 10 років щодо виявлення сучасних можливостей профілактики прееклампсії у вагітних.

Результати та висновки. Традиційно високі показники перинатальної захворюваності та смертності, зростання частоти атипичних форм патології, значні матеріальні витрати, необхідність напруженої діяльності персоналу під час надання допомоги роблять проблему прееклампсії актуальною як із медичної, так і з соціальної точки зору. Гіпертензивним порушенням, обумовленими вагітністю, можна запобігти. Хронічним захворюванням запобігти неможливо, у всякому разі, не шляхом профілактичного лікування під час вагітності.

Ключові слова: вагітність, прееклампсія, гіпертензія, трофобласт, гестоз.

Вступ

Зусилля і кошти, витрачені на профілактику, виправдані тоді, коли захворювання являє достатню небезпеку для здоров'я людини і суспільства в цілому. Намагаючись оцінити значення гіпертензивних ускладнень при вагітності, слід розуміти, що ці порушення є частиною синдрому. Визначальні симптоми – підвищений артеріальний тиск і втрата білка з сечею можуть бути викликані або самою вагітністю (гіпертензія без протеїнурії, прееклампсія та еклампсія з протеїнурією), або різними станами, що не відносяться до вагітності, але збіглися з нею (есенціальна гіпертензія або захворювання нирок), або їх поєднанням. Відрізнити захворювання, викликане вагітністю, від хвороби, яка відбулася перед вагітності, можна в основному тільки після пологів [1, 2].

Мета дослідження – узагальнення сучасних даних про можливості профілактики прееклампсії у вагітних.

Матеріали та методи дослідження

Вивчення іноземних та вітчизняних джерел літератури за останні 10 років щодо виявлення сучасних можливостей профілактики прееклампсії у вагітних.

Результати дослідження та їх обговорення

Викликані вагітністю гіпертензивні порушення мають не тільки загальний характер, але і часто стають однією з причин материнської захворюваності та смертності як в індустріально розвинених, так і в країнах, що розвиваються [3]. Найбільш загальною першопричиною смерті при цьому вважають крововилив у головний мозок. Гіпертензивні порушення при вагітності складають головну причину перинатальної захворюваності і смертності,

зокрема, через відшарування плаценти, затримки внутрішньоутробного розвитку плода, стимульованих передчасних пологів або кесаревого розтину при спробі зупинити прогресування захворювання [4].

Класичні дослідження Brosens і співавт. [5] показали, що клітини трофобласта проникають у стінку спіральних артерій із міжворсинчатого простору через внутрішню третину міометрію, руйнуючи нижній м'язовий шар і його адренергічну іннервацію. Ці зміни призводять до майже чотирикратного збільшення діаметра судин і дозволяють високому матково-плацентарному кровотоку зі швидкістю 700–900 мл/хв⁻¹ в умовах низького тиску проходити через ригідні судини, які не здатні до вазоконстрикції. Дана концепція підтверджується тим, що інвазія трофобласта контролюється регуляцією виділення різних класів рецепторів поверхневої адгезії і пов'язана з позаклітинним матриксом протеїнів. Цитокіни, які виробляються лімфомієлоцитами в децидуальній тканині, можуть продукувати виділення рецептора і в поєднанні з гормональними факторами формувати сполучну ланку між плодово-материнською імунною взаємодією і материнськими біохімічними системами, що викликають і підтримують адаптацію організму матері до вагітності.

Асоційована судинна дизадаптація з гіпертензією чи ні, залежить від балансу серцевого викиду і судинного опору кровотоку. У пацієток із гіпертонічною хворобою без протеїнурії серцевий викид зберігається, але при прееклампсії він значно знижується, іноді до рівня поза вагітністю. Системна недостатність кровообігу організму жінки при прееклампсії може бути пов'язана з широким спектром ураження органів і систем через неадекватну перфузію і супроводжуватися великим ушкодженням ендотелію, активацією тромбоцитів і звільненням високореактивних безкисневих радикалів, під дією яких відбуваються пероксидація ліпідів мембран, лізис клітин, підвищується проникність судинної стінки і виникає

подаєша вазоконстрикція. Так званий HELLP-синдром (гемоліз, підвищення рівня печінкових ферментів, зниження тромбоцитів) розглядається одним із клінічних проявів мультисистемності преєклампсії.

Поки ми не знаємо, чому у деяких жінок виникає мезальянс між трофобластом і децидуальною тканиною. З цієї причини первинна профілактика преєклампсії можлива лише шляхом запобігання від вагітності. Запропоновано численні заходи вторинної профілактики преєклампсії. Вважається, що ці методи служать перешкодою біохімічної послідовності патофізіологічних реакцій на несумісність трофобласта і децидуальної тканини, і запобігають їх клінічним проявам.

Заходи вторинної профілактики преєклампсії: дієтичні – обмеження кухонної солі, додавання в їжу сполук калію, магнію, кальцію, цинку, ліноленої кислоти, рибачого жиру; медикаментозні – антигіпертензивні засоби, діуретики, гепарин, β -міметики, дипіридамола, кортикостероїди, ацетилсаліцилова кислота. Проведено мало контрольованих клінічних досліджень по превентивному ефекту дієти. Виняток становлять харчові добавки з кальцієм. Відсутні підтвердження того, що обмеження кухонної солі, додавання у раціон калію, магнію або цинку запобігає розвитку преєклампсії та пов'язаних із нею ускладнень. Ряд клінічних випробувань дозволив припустити, що додавання кальцію в раціон має знизити частоту преєклампсії. Однак більшість цих досліджень проведено в країнах, де їжа містить мало кальцію.

Профілактичне лікування антигіпертензивними препаратами в поєднанні з діуретиками або без таких представляється логічним, особливо у жінок із гіпертензією до вагітності. Результати кількох контрольованих випробувань показали, що профілактичне лікування цими препаратами знижує артеріальний тиск, але не запобігає розвитку преєклампсії та її ускладнень. Негативними також були результати профілактичних заходів із використанням гепарину і дипіридамола.

Ацетилсаліцилова кислота (аспірин) пригнічує синтез простагландинів шляхом ацетилювання і пригнічення циклооксигенази, ключового ферменту в ланцюзі арахідонової кислоти, який каталізує оксигенацію та пероксидацію арахідонової кислоти в нестабільні простагландинові ендопероксидази. Ендопероксидази потім селективно перетворюються в різні простагландини, в ППГ₂ і тромбоксан А₂. Інгібування синтезу простагландинів вибірково і залежить від дози аспірину. Низька добова доза препарату з розрахунку 1 мг/кг маси тіла (60–80 мг/добу) майже повністю блокує синтез тромбоксану А₂ тромбоцитами, не впливаючи при цьому на продукцію ППГ₂. Через це, низькі дози аспірину можуть відновити фізіологічне співвідношення простагландину і тромбоксану у вагітних із порушенням кровообігу до відносно домінуючих біологічних ефектів простагландину. Дійсно, добова доза аспірину 60 мг відновлює нормальну рефрактерність до ангіотензину II у ангіотензинчутливих вагітних.

Вибіркове пригнічення тромбоксанової формації низькими дозами аспірину дозволяє вважати раціональним профілактику або раннє лікування преєклампсії та затримки

розвитку плода низькими дозами аспірину всередину. Недавні великі дослідження не підтвердили переваг превентивного використання аспірину в низьких дозах при вагітності, як вважалося раніше. Загальні результати всіх контрольованих випробувань вказують, що профілактичне застосування аспірину в добовій дозі 60–80 мг з II триместру вагітності (12–16 тижнів до пологів) може знизити частоту преєклампсії з протеїнурією до 20–25%, а затримку розвитку плода в меншій мірі, до ще не встановлених цифр. Малі дози аспірину можуть бути, зокрема, корисні в плані запобігання або затримки проявів преєклампсії та її наслідків.

У той же час, відсутнє наукове обґрунтування рутинного профілактичного застосування низьких доз аспірину у вагітних, що входять в групу середнього ризику по гіпертензивних порушеннях або затримки розвитку плода. До сих пір не існує достовірних біохімічних або біофізичних тестів оцінки ризику розвитку важких гіпертензивних ускладнень, викликаних вагітністю, або затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Ми повинні покладатися на наявність або відсутність відповідних факторів ризику, щоб віднести жінку в ту чи іншу групу по зростаючому ризику. Жінки з преєклампсією або еклампсією, що з'явилися до 32 тижнів вагітності, знаходяться в групі високого ризику повторення ранньої преєклампсії – еклампсії. Лікування низькими дозами аспірину з початку II триместру наступної вагітності може принести їм певну користь. Викладене також відноситься до жінок з сімейною тенденцією до преєклампсії і до пацієнок із медичними ускладненнями, що включають хронічну гіпертензію, ускладнений діабет, ниркові захворювання, антифосфоліпідний синдром. Таким чином, жодне дослідження, описане в літературі, не виправдовує терапевтичного застосування низьких доз аспірину при вагітності.

Сучасні знання про патогенез преєклампсії (ПЕ) дозволяють розглядати це ускладнення вагітності як синдром дизадаптації. Численні наукові розробки свідчать про участь у формуванні каскаду “порочних кіл” практично усіх систем жіночого організму, що клінічно проявляється поліорганною та полісистемною функціональною недостатністю [1, 6]. Незважаючи на удану очевидність участі центральних регуляторних механізмів організму у виникненні та підтримці патогенетичних ланок ПЕ, на клінічно апробовану ефективність застосування лікувально-охоронного режиму в його різноманітних проявах, відомостей про особливості психоемоційного статусу та реакцій вагітних при ПЕ напрочуд мало [7]. Дотепер не відомо, чи існують психоемоційні особливості особистості, які зумовлюють дизадаптацію. Попередні дослідження продемонстрували наявність змін психічного стану у 70% обстежених вагітних та породіль [8], визначено особливості психологічного стану жінок, вагітність у яких ускладнилась преєклампсією [9]. Однак дотепер не відомо, як змінюються психоемоційні характеристики особистості впродовж фізіологічної та ускладненої вагітності. Одночасно клінічна практика свідчить про те, що психологічний та емоційний стан пацієнок нерідко стає

значущим чинником у перебігу захворювань та у ефективності проведеного лікування.

Встановлено, що у патогенезі прееклампсії важливе значення мають генералізований артеріолоспазм, зниження кровообігу в матці, плаценті (ішемія плаценти), нирках, зменшення ОЦК, розвиток тромбоцитопатії та ДВЗ-синдрому, активація перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) [10–12]. Особливої значущості в розвитку прееклампсії надають факторам імунологічної агресії з боку плода та імунологічної толерантності у матері [13]. Встановлено також, що в розвитку гестозу значну негативну роль відіграє наявність у вагітних генітальних запальних та екстрагенітальних захворювань [11, 12, 14].

Патофізіологічні зміни виникають відразу в декількох органах та системах, що свідчить про розвиток при гестозі проявів поліорганної дисфункції. Вивчення механізмів формування поліорганної недостатності останнім часом сприяло визнанню концепції розвитку системної запальної реакції (СЗР), одним із наслідків якої є розвиток у вагітних прееклампсії [15, 16].

Відомо, що системна запальна реакція характеризується активацією фагоцитів – макрофагів/моноцитів, гранулоцитів, а також ендотеліоцитів та тромбоцитів. У результаті посилюється продукція вільних радикалів, цитокінів, протеїназ, продуктів арахідонової кислоти, що може сприяти генералізації патологічного процесу. Встановлено також, що в розвитку СЗР найбільш значну роль відіграє такий патофізіологічний процес, як ішемія/реперфузія. У процесі прояву ішемії/реперфузії реєструється активація системи комплементу, ураження ендотелію, лейкостаз, гіперактивація гранулоцитів, продукція цитокінів та транслокація ендотоксину. Зміни, які розвиваються при СЗР, було виявлено й у вагітних із прееклампсією [16–18].

Аналізуючи послідовність патофізіологічних змін при розвитку СЗР, звертає на себе увагу той факт, що одним із ранніх пускових механізмів є престоїмуляція фагоцитів. Відомо, що активація поліморфноядерних лейкоцитів (ПМЯЛ) характерна і для нормального перебігу вагітності, але при розвитку прееклампсії вона набуває гіперергічного характеру. Про престоїмуляцію фагоцитів також свідчить підвищений рівень лейкоцитарних інтегринів як у жінок із нормальним перебігом вагітності, так і при гестозі. Про роль престоїмуляції фагоцитів у розвитку прееклампсії свідчить і той факт, що частота виникнення гестозу при хронічних генітальних та екстрагенітальних захворюваннях значно вища, ніж у здорових вагітних [17].

В останні роки експериментально було доведено зв'язок між ішемією плаценти й ураженням ендотелію спочатку в зоні матково-плацентарного кровообігу, а у подальшому – і генералізовано. Генералізоване ураження ендотеліальних клітин – найважливіша ланка в патогенетичному ланцюгу розвитку прееклампсії. Так, на сьогоднішній час уточнено, що артеріолоспазм, характерний для гестозу, викликаний не тільки нестійкістю функціонування систем синтезу окису азоту (NO), тромбоксан/простациклінового та ендотеліну/ендотелінрелаксуючого фактора (EDRF) співвідношень, що призводять до домінування вазоконстрикторних

реакцій, але й розвитком підвищеної реактивності уражених судин. Цим і пояснюється стійкість артеріальної гіпертензії при прееклампсії до терапії, яка проводиться.

Однак, залишається неясним механізм, що пояснює взаємозв'язок явищ ішемії плаценти й генералізованого ураження ендотелію. Передбачалося плацентарне походження факторів, що уражують ендотелій. Існує також припущення, відповідно до якого неадекватне співвідношення фетального трофобласта з материнською тканиною в утероплацентарній зоні призводить до посиленого утворення вільних радикалів, зменшення синтезу простацикліну та EDRF, збільшення продукції тромбоксану A₂ та ендотеліну. Результатом цих зрушень є ураження ендотелію та генералізований ангіоспазм [10, 17].

Не остаточно визначено роль окису азоту (NO) при розвитку прееклампсії. Відомо, що NO не лише є могутнім вазодилататором та інгібітором агрегації тромбоцитів, але й регулює кровоплин у плаценті. Передбачалося, що дефіцит NO може пояснити багато чого з особливостей патофізіології гестозу. Однак, з'ясувалося, що при прееклампсії характерним зрушенням є збільшення синтезу NO ендотеліальними клітинами судин плаценти [10, 15, 17]. Відомо, що збільшення продукції NO може відбуватися при індукції NO-синтетази прозапальними цитокінами [15]. Отже, посилення синтезу NO при розвитку гестозу є доказом активації СЗР. Разом із тим, NO також може взаємодіяти із супероксид-аніоном, утворювати пероксинітриг-аніон, що є довгодіючим оксидантом із вираженим пошкоджуючим ефектом. Значну роль в ураженні ендотелію внаслідок ішемії плаценти відводять дисбалансу між окислюванням і механізмами антиокислювання, а також збільшеній продукції вільних радикалів та еластази активованими нейтрофілами й лімфоїдними клітинами в децидуальній оболонці за участю імуногенних механізмів.

Таким чином, численними дослідженнями показано, що найбільш ймовірним механізмом тотального ураження ендотелію є розвиток системної запальної реакції. Достовірними ознаками СЗР є такі феномени, як активація системи комплементу, ПМЯЛ та макрофагів, а також ураження ендотелію у вагітних із прееклампсією. Ураження ендотелію судин плаценти підсилює місцеву запальну реакцію, активує систему комплементу, фагоцити та ендотелій, що підтверджується нагромадженням макрофагів і Т-лімфоцитів навколо спіральних артерій, а також збільшенням експресії ICAM-1 в ендотелії судин плаценти та локальним підвищенням рівнів цитокінів. Фіксація лейкоцитів на стінках судин відбувається при активації ендотелію. Підтвердженням активації ендотелію при розвитку прееклампсії є підвищення в плазмі концентрації молекул адгезії ICAM-1, VCAM-1 порівняно з рівнями, що реєструються у жінок із нормальною вагітністю. Крім того, у жінок із прееклампсією більш ніж у 1,5 разу підвищується вміст у плазмі sICAM-1 і sVCAM-1 [19, 20].

Відомо, що активація системи комплементу – одна з основних умов запуску механізму запалення. При нормальному перебігу вагітності цей процес відбувається поступово. У самій системі комплементу закладено механізм автоактивації, роблячи її надзвичайно хиткою.

Як відомо, система комплементу активується при тканинній ішемії і, отже, при ішемії плаценти. Порушення, що виникають при гестозі, – ураження ендотелію та артеріолоспазм, що визначають клінічні прояви цього ускладнення вагітності, можуть пояснюватися активацією комплементу, що закінчується прямим впливом на ендотелій судин та активацією лейкоцитів із продукцією сильних запальних медіаторів [17, 18].

Відомо, що децидуальні клітини синтезують фактор, який стимулює колонії гранулоцитів/макрофагів, необхідний для швидкого росту та диференціювання трофобласта. При гестозі рівень цього фактора підвищується більш значно порівняно з нормальною вагітністю. Макрофаги, які нагромаджуються у децидуальній оболонці й фетальній хоріальній ворсинчастій тканині, синтезують фактор некрозу пухлини-альфа (ФНП- α) [21].

Зв'язок між підвищенням рівнів цитокінів, які виробляються нейтрофілами, і розвитком прееклампсії вважається настільки очевидним, що реєстрація рівня цитокінів у плазмі пропонується як критерій ранньої діагностики гестозу. Зокрема, як показали дослідження, розвиток прееклампсії у вагітних із артеріальною гіпертензією слід прогнозувати при зростанні ІЛ-2 більш ніж 30 пкг/мл, ФНП- α – 50,5 пкг/мл та вище, а також при зменшенні ІЛ-10 нижче 12,0 пкг/мл. Також підвищується в плазмі крові при прееклампсії концентрація ІЛ-2 та ІЛ-6 [15, 17]. Відомо, що збільшення секреції зазначених цитокінів та медіаторів є доказом активації моноцитів/макрофагів. Характерно, що підвищення концентрації ФНП- α при прееклампсії відмічалось при клінічних проявах ускладнення. Це свідчить про те, що ураження ендотелію визначально ініціюється не впливом ФНП- α . Отже, макрофаги включаються у патогенез прееклампсії в умовах розвиненої активації та/або ураження ендотелію. Для уточнення ступеня активації фагоцитів при прееклампсії необхідне подальше вивчення процесів ПОЛ, кількісної оцінки синтезу прозапальних цитокінів та інших медіаторів і маркерів запалення у жінок із цим ускладненням вагітності.

Таким чином, послідовність подій, що виникають при розвитку прееклампсії, можна навести у вигляді наступної схеми. Ішемія плаценти, причини якої можуть бути різними, призводить до активації системи комплементу, нейтрофілів, ендотелію та макрофагів. При цьому на фоні престоїмуляції фагоцитів, що виникає уже

при нормальній вагітності, процес запальної реакції може вийти за рамки саморегуляції. У результаті надмірної продукції вільних радикалів, ФНП- α , ІЛ-2, фактора активації тромбоцитів та утворення пероксинітритів виникає генералізоване ураження ендотелію судин, їхній спазм та ішемізація тканин, у тому числі й плаценти. Зазначені зміни ще більшою мірою активують патологічні порушення.

У сучасній медицині зберігається актуальність проблеми терапії прееклампсії. Це пов'язано з досить високою частотою гестозу, особливо тяжких його форм, та недостатньо вивченими етіологією та патогенезом цього ускладнення вагітності. Тому є виправданим подальше вивчення патофізіологічних механізмів прееклампсії з метою виключення випадків поліпрагмазії, розробки нових, більш ефективних та патогенетично обґрунтованих методів її профілактики та лікування.

Висновки

ПЕ є кінцевим клінічним проявом різних за своїм походженням розладів вагітності. Дані біологічних, клінічних та епідеміологічних досліджень підтверджують точку зору про наявність двох різних фенотипічних проявів ПЕ: рання, або плацентарна, і пізня, або материнського походження, що необхідно враховувати як клініцистам, так і вченим. Молекулярна медицина незабаром здатна надати вагомі докази існування біомаркерів ПЕ. Визнання вкладу епігенетики в експресію плацентарних генів буде першим ключовим кроком у ідентифікації генів, пов'язаних з ПЕ. В рамках концепції персоніфікованої медицини майбутні напрямки досліджень по прогнозуванню та профілактиці ПЕ повинні ґрунтуватися на виявленні й уточненні підтипів ПЕ з урахуванням впливу материнських конституційних факторів для стратифікації пацієнтів на основі специфічних біомаркерів. В цьому плані дуже обнадійливим є проведення постгеномних досліджень, які дозволять ідентифікувати походження ПЕ і, таким чином, сприятимуть виділенню таргетних груп для лікувально-профілактичних заходів.

Перспективи подальших досліджень – це продовження пошуку нових доступних високоінформативних патогенетичних біомаркерів, які оцінюють імовірність розвитку ПЕ на ранніх етапах.

Література

1. Венцківський Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. Гестози вагітних. – К.: Аконтіт, 2008. – 112 с.
2. Лук'янова О.М. Безпечне материнство – важливий профілактичний напрямок в охороні здоров'я матері та дитини // Здоров'я жінчини. – 2008. – № 1 (13). – С. 4–9.
3. Duley L. // Brit. J. Obstet. Gynaec. – 2009. – Vol. 99. – P. 547–553.
4. Wallenburg H.C.S., Visser W. // Curr. Opin. Obstet. Gynec. – 2012. – Vol. 6. – P. 14–29.
5. Brosens I., Robertson W.B., Dixon H.G. // J. Path. Bact. – 2008. – Vol. 93. – P. 569–579.
6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. – М.: Медицина, 2008.
7. Чеботарева И.С. Динамика состояния эмоционально-мотивационной сферы пациенток с осложненной беременностью в процессе позитивной психотерапии // Вестн. Новых мед. технологий. – 2010. – Т. VIII, № 1. – С. 45–48.

8. *Абрамченко А.А.* Психосоматическое акушерство. – СПб.: СОТИС, 2010. – 320 с.
9. *Значення хронічного психоемоційного стресу у виникненні та розвитку преєклампсії / С.П. Писарева, С.М. Янюта, В.Б. Ткаченко та співавт. // ПАГ. – 2009. – № 3. – С. 83–86.*
10. *Блощинская И.А.* Роль основных вазоактивных факторов сосудистого эндотелия в развитии гестоза // Рос. вестн. акушеров-гинекологов. – 2013. – № 4. – С. 7–10.
11. *Савельева Г.М., Кулаков В.И. Серов В.Н. и др.* Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза // Рос. вестн. акушеров-гинекологов. – 2010. – № 3 (5). – С. 66–72.
12. *Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Мусаев З.М., Рыбин М.В.* Профилактика гестоза и фетоплацентарной недостаточности в современном акушерстве // Рос. вестн. акушеров-гинекологов. – 2011. – № 3. – С. 32–37.
13. *Redman C.W.* Immunological aspects of preeclampsia. // Baillieres. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2012, Sep. – Vol. 6 (3). – P. 601–615.
14. *Гутман Л.Б., Дашкевич В.Е., Меллина И.М. и др.* Профилактика осложнений беременности у женщин с гипертонической болезнью: задачи женской консультации // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гинекологів України. – К., 2013. – С. 90–94.
15. *Круть Ю.Я.* Роль цитокинів та оксиду азоту в розвитку преєклампсії у вагітних з артеріальною гіпертензією // ПАГ. – 2013. – № 6. – С. 73-78.
16. *Медвинский И.Д., Серов В.Н., Ткаченко С.Б. и др.* Концепция развития синдрома системного воспалительного ответа на модели гестоза // Журн. акушерства и женских болезней. – 2010. – № 1. – С. 33-39.
17. *Ramdenee G.R., Matah M., Bhatia B.D. et al.* Immunoglobulin G and complement C# levels in pregnancy induced hypertension // Indian Pediatr. – 2015. – Vol. 32 (2). – P. 179-183.
18. *Vinatier D., Prolongeau J.F., Dufour P. et al.* Physiopathologie de la preeclampsie: place de l'immunologie // J-Gynecol.-Obstet-Biol-Reprod. Paris. – 2014. – Vol. 24 (4). – P. 387-399.
19. *Austgulen R., Lien E., Vince G., Redman C.W.G.* Increased maternal plasma levels of soluble adhesion molecules (ICAM-1, VCAM-1, E-selectin) in preeclampsia // Eur. J. Obstet. Gynaecol. Reprod. Biol. – 2016. – Vol. 71. – P. 53-58.
20. *Burrows T.D., King A., Loke Y.W.* Expression of adhesion molecules by vascular trophoblast and decidual endothelial cells: implications for vascular invasion during implantation // Placenta. – 2014. – Vol. 15. – P. 21-33.
21. *Sargent I.L., Sacks G.P., Knight M. et al.* Immunomodulation in normal pregnancy and pre-eclampsia // J. Reprod. Immunol. – 2009. – Vol. 15. – P. 198-204.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.10.2018 р.

Современные возможности профилактики преэклампсии у беременных

*Н.Ю. Бисага¹, О.А. Корчинская¹,
С. Жултакова², Ш. Андрашчикова²,
А. Шлоссерова², Г. Галдунова², Л. Рибарова²*

¹Кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

²Пряшівський університет, г. Прешов, Словакия

Цель – обобщение современных данных о возможностях профилактики преэклампсии у беременных.

Материалы и методы. Изучение иностранных и отечественных источников литературы за последние 10 лет по выявлению современных возможностей профилактики преэклампсии у беременных.

Результаты. Гипертензивные нарушения при беременности составляют главную причину перинатальной заболеваемости и смертности, в частности, из-за отслойки плаценты, задержки внутриутробного развития плода, стимулированных преждевременных родов или кесарева сечения при попытке остановить прогрессирующее заболевание. Инвазия трофобласта

контролируется регуляцией выделения различных классов рецепторов поверхностной адгезии и связана с внеклеточным матриксом белков. Системная недостаточность кровообращения организма женщины при преэклампсии может быть связана с широким спектром поражения органов и систем из-за неадекватного перфузии и сопровождаться большим повреждением эндотелия, активацией тромбоцитов и освобождением высокореактивных бескислородных радикалов, под действием которых происходят ПОЛ мембран, лизис клеток, повышается проницаемость сосудистой стенки и возникает дальнейшая вазоконстрикция.

Выводы. В современной медицине сохраняется актуальность проблемы терапии преэклампсии. Это связано с достаточно высокой частотой гестоза, особенно тяжелых его форм, и недостаточно изученными этиологии и патогенеза этого осложнения беременности. Поэтому оправдано дальнейшее изучение патофизиологических механизмов преэклампсии с целью исключения случаев полипрагмазии, разработки новых, более эффективных и патогенетически обоснованных методов ее профилактики и лечения.

Ключевые слова: беременность, преэклампсия, гипертония, трофобласт, гестоз.

Modern possibilities of preventing preeclampsia in pregnant women

*N.Y. Bysaha¹, O.O. Korchinska¹,
S. Zultakova², S. Andrascikova²,
A. Schlosserova², H. Galdunova², L. Rybarova²*

¹Department of Obstetrics and Gynecology,
Faculty of Medicine SU "Uzhhorod National University",
Uzhhorod, Ukraine

²Preshov University, Preshov, Slovakia

Purpose. Generalization of modern data on the possibilities of preventing preeclampsia in pregnant women.

Materials and methods. Study of foreign and domestic sources of literature over the past 10 years to identify current opportunities for preventing preeclampsia in pregnant women.

Results. Hypertension disorders in pregnancy are the main cause of perinatal morbidity and mortality, in particular, due to placental abnormalities, fetal delay, stimulated premature birth or cesarean section in an attempt to stop the progression of the disease. The trophoblast invasion is controlled by the regulation of the allocation of various classes

of surface adhesion receptors and is associated with the extracellular matrix of proteins. Systemic insufficiency of the blood circulation of a woman's body in preeclampsia may be associated with a wide spectrum of organ and system damage due to inadequate perfusion and accompanied by extensive damage to the endothelium, platelet activation and the release of high-reactive oxygen-free radicals, under the influence of which peroxidation of lipids of membranes occurs, lysis of cells, increased vascular permeability walls and there is further vasoconstriction.

Conclusions. In modern medicine the urgency of the problem of treatment of preeclampsia remains. This is due to the fairly high frequency of gestosis, especially its severe forms, and poorly studied etiology and the pathogenesis of this complication of pregnancy. Therefore, further study of the pathophysiological mechanisms of preeclampsia is justified in order to exclude cases of polypragmatation, to develop new, more effective and pathogenetically valid methods of its prevention and treatment.

Key words: pregnancy, preeclampsia, hypertension, trophoblast, gestosis.

Відомості про авторів

Бисага Наталія Юрївна – кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства та гінекології медичного факультету УжНУ; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Корчинська Оксана Олександрівна – доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології медичного факультету УжНУ; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Жултакова Сільвія – PhDr., PhD., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словачка Республіка.

Андрашчикова Стефанія – Ass. Prof., PhD., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словачка Республіка.

Шлоссерова Анна – MUDr., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словачка Республіка.

Галдунова Гелена – PaedDr. Vc., PhD., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словачка Республіка.

Рібарова Любіца – PhDr., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словачка Республіка.

УДК 539.3;616.314

П.С. Фліс¹, О.О. Циж¹, М.М. Тормахов²

Механіко-математичне моделювання процесу лікування пацієнтів з відкритим прикусом

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, МОЗ України, м. Київ, Україна²Інститут механіки НАНУ імені С.П. Тимошенка, м. Київ, Україна

Мета – вдосконалення процесу лікування відкритого прикусу на основі аналізу механічних аспектів функціонування зубо-щелепної системи пацієнта.

Матеріал і методи. Предметом дослідження є система, що складається з зубо-щелепного апарату пацієнта та ортодонтичних апаратів які застосовуються під час ортодонтичного лікування відкритого прикусу та ретенції. Дослідження проводилися методами теоретичної механіки. В процесі досліджень нехтували деформацією окремих елементів системи під дією ортодонтичних сил.

Результати. Проведено механіко-математичне моделювання напруженого стану системи, що складається з зубо-щелепного апарату та встановлено на ньому ортодонтичного пристрою. Отримано математичні формули для обчислення опорних реакцій верхньої щелепи на нижню, що виникають під дією зусилля, яке створює ортодонтичний пристрій. Показано, що опорні реакції викликають скелетну і зубо-альвеолярну перебудову зубо-щелепного апарату і їх величина залежить не тільки від величини ортодонтичного зусилля, але й від кута його застосування.

Висновки. Відкритий прикус часто поєднується з іншими зубо-щелепними аномаліями, що викликає необхідність комплексної зміни форми зубних дуг в трьох взаємно перпендикулярних площинах. Лікування і ретенція ВП відбувається за допомогою ортодонтичних апаратів, які мають пружні елементи і створюють ортодонтичні зусилля для скелетної перебудови зубо-щелепного апарату та зубо-альвеолярної корекції зубних рядів. Для проведення ефективного лікування ВП треба правильно визначити величину, напрям дії та місце прикладання вектора ортодонтичного зусилля. Механіко-математичне моделювання напруженого стану системи зубо-щелепний апарат-ортодонтичний апарат дозволяє розрахувати величину та кут прикладання ортодонтичного зусилля, яке створює опорні реакції, що спрямовані на скелетну і зубо-альвеолярну перебудову зубо-щелепної системи.

Ключові слова: ортодонтичний пристрій, відкритий прикус, опорні реакції, щелепа, моделювання.

Вступ

Відкритий прикус (ВП) є одною з найтяжчих деформацій зубо-щелепного апарату, який може бути віднесений до аномалій прикусу у вертикальній площині і полягає у відсутності контакту у фронтальній та бокових ділянках. Наявність ВП порушує функції жування, дихання, ковтання, мови, які з часом ускладнюються. ВП може виникнути завдяки різноманітним етіологічним факторам і бути наслідком спадковості, хвороб матері під час вагітності, хвороб раннього дитячого віку, неправильного штучного вигодовування, шкідливих звичок смоктання і прикупування пальців, язика, губ та інших причин. Найбільш поширеним є фронтальний вид ВП. ВП спостерігається серед 3,8% пацієнтів, які звертаються за ортодонтичною допомогою і превалює у два рази частіше у хлопчиків, ніж у дівчат [1]. Особливістю ВП є те, що його лікування пов'язано з високим рівнем нестабільності результатів та рецидивів [2]. ВП може мати зубо-альвеолярну та скелетну форми і часто супроводжується деформацією скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), скупченням зубів, звуженням зубних рядів та іншими порушеннями. Це потребує необхідності одночасного лікування цих аномалій, попередження виникнення у пацієнтів шкідливих звичок, регулювання положення і відновлення взаємодії окремих зубів верхньої

та нижньої щелеп, корегування роботи міжщелепних м'язів та СНЩС.

Лікування ВП проводять ортодонтичними апаратами, для конструювання яких та розробки методик їх застосування користуються механіко-математичними дослідженнями [3, 4].

Метою роботи є вдосконалення процесу лікування ВП на основі аналізу механічних аспектів функціонування зубо-щелепної системи пацієнта.

Матеріали та методи

Предметом дослідження є система, що складається з зубо-щелепного апарату пацієнта та ортодонтичних апаратів які застосовуються під час ортодонтичного лікування ВП та ретенції. Дослідження проводилися методами теоретичної механіки. В процесі досліджень нехтували деформацією окремих елементів системи під дією ортодонтичних сил.

Результати дослідження та їх обговорення

1. Лікування та попередження рецидивів ВП. В ортодонтичній практиці для лікування аномалій та деформацій зубо-щелепного апарату використовують ортодонтичні апарати, які можна поділити на механічно

діючі та апарати функціональної дії. В механічно-діючих апаратах для лікування ВП використовують ортодонтичні гвинти, лігатури та пружні елементи, які створюють ортодонтичне зусилля. Функціонально-направляючі апарати містять похилі та накушувальні площини, оклюзійні накладки, вестибулярні мантелі, та інше [3–8]. Ортодонтичні апарати можуть одночасно містити елементи конструкції механічної дії, функціонально-направляючої дії та елементи, які попереджують шкідливі звички – щічні щити, обмежуючі решітки, губні пелоти та інше.

Прикладом апарату для лікування ВП може слугувати апарат П.С.Фліса–В.В.Філоненка [5]. Цей апарат розширює зубні ряди; стимулює ріст апікальних базисів щелеп та переміщення верхніх фронтальних зубів орально, корегує зубо-альвеолярну висоту зубів (подовження у фронтальній ділянці та вкорочення у бокових ділянках). Завдяки наявності множинних похилих площин в апараті відбувається зміна положення зубів у трьох взаємно перпендикулярних напрямках, а наявності захисної решітки – нормалізація положення язика, попередження надмірного тиску язика на передні зуби і запобігання прокладання язика між верхніми та нижніми фронтальними зубами. Але лікування цим апаратом не враховує зміну нахилу нижніх різців, які знаходяться в ретрузії.

Положення зубів залежить від рівності прилеглих м'яких тканин а стабілізація результатів лікування залежить від їх повної адаптації. Усунення дисфункції язика, губ, щік являється першим кроком в лікуванні ВП.

Для усунення ВП з протрузією верхніх та ретрузією нижніх фронтальних зубів був запропонований апарат [6], в якому вестибулярний нахил нижніх фронтальних зубів здійснюється введенням в конструкцію ортодонтичного апарата лінгвальних дуг, розміщених на похилій площині нижніх фронтальних зубів та губного бампера, розташованого на відстані 2–4 мм від альвеолярного паростка верхньої щелепи у фронтальному відділі присінку порожнини рота. Лінгвальні дуги активуються шляхом розгинання вигинів протрузійної дуги для зміни нахилу фронтальних нижніх зубів у вестибулярному напрямку. Губний бампер створює додаткову опору для нижньої губи з метою усунення її тиску на нижні різці, прискорює зміщення фронтального сегменту у вестибулярному напрямку.

З метою посилення інтрузійного ефекту і оклюзійних контактів в бічних ділянках застосовувались внутрішньоротові вертикальні еластичні тяги, які явились альтернативою зовнішньо-ротовим тягам для прискорення лікування ВП.

Оскільки ВП характеризується високим рівнем нестабільності результатів його лікування, тому для попередження виникнення рецидиву застосовують ретенційні апарати. Нами був запропонований апарат для ретенції результатів лікування ВП [7], який складається з

кап на верхню та нижню щелепи виготовлених із поліпропілену. На вестибулярній поверхні бокових зубів верхньої та нижньої щелеп закріплено вестибулярні кнопки, а на оральній частині капи в проекції різців верхньої щелепи – лінгвальні кнопки з гострими кінчиками. Між вестибулярними кнопками з верхньої та нижньої щелеп натягнуті еластичні тяги. Лінгвальні кнопки з гострими кінчиками корегують звичку пацієнта смоктати язика та запобігають його тиску на передні зуби. На зовнішній боковій поверхні кап роблять отвори та фіксують в них на поверхнях зубів верхньої та нижньої щелеп вестибулярні кнопки. Між вестибулярними кнопками верхньої та нижньої щелеп натягують еластичні тяги, які створюють ортодонтичне зусилля. Прикладання цього ортодонтичного зусилля фіксує положення фісурно-горбкових контактів у пацієнтів та попереджує небажану екструзію молярів пацієнта

Таким чином, дія апаратів [6, 7] для лікування і ретенції ВП пов'язана з прикладанням вектора ортодонтичного зусилля, яке створюють еластичні тяги і яке пересуває нижню щелепу вгору і вперед та попереджує екструзію молярів. Для проведення ефективного лікування ВП треба правильно визначити величину, напрям дії та місце прикладання вектора ортодонтичного зусилля, о досягається методами механіко-математичного моделювання.

2. Механіко-математичне моделювання процесу лікування ВП. Зубо-щелепний апарат з точки зору теоретичної механіки можна вважати механізмом, який складається з кісток верхньої та нижньої щелеп, м'язів, що регулюють положення нижньої щелепи, та СНЩС. В процесі лікування та ретенції ВП до цього механізму додають відповідні ортодонтичні апарати з еластичними тягами, які створюють ортодонтичне зусилля між верхньою та нижньою щелепами. Під дією цього ортодонтичного зусилля відбувається перебудова окремих ланок механізму зубо-щелепного апарату. Ця перебудова полягає в зміні взаємного положення та розмірів цих ланок. Оскільки ланки, які складають зубо-щелепну систему мають відмінні механічні властивості і навантажені різні по величині та напрямку зусиллями, то і ці зміни будуть різними.

На рис. 1 показано ортодонтичний апарат, який встановлено на верхню та нижню щелепи пацієнта. Складовими частинами апарату є верхня 1 та нижня 2 капи. На вестибулярній поверхні бокових зубів верхньої та нижньої щелеп закріплено вестибулярні кнопки. Між вестибулярними кнопками верхньої та нижньої щелеп натягнуті еластичні тяги 3, які створюють ортодонтичне зусилля для лікування ВП. Ортодонтичне зусилля пересуває нижню щелепу вгору і вперед шляхом деформації окремих ланок зубощелепного апарату і СНЩС, та притискає молярів, попереджуючи їх екструзію.

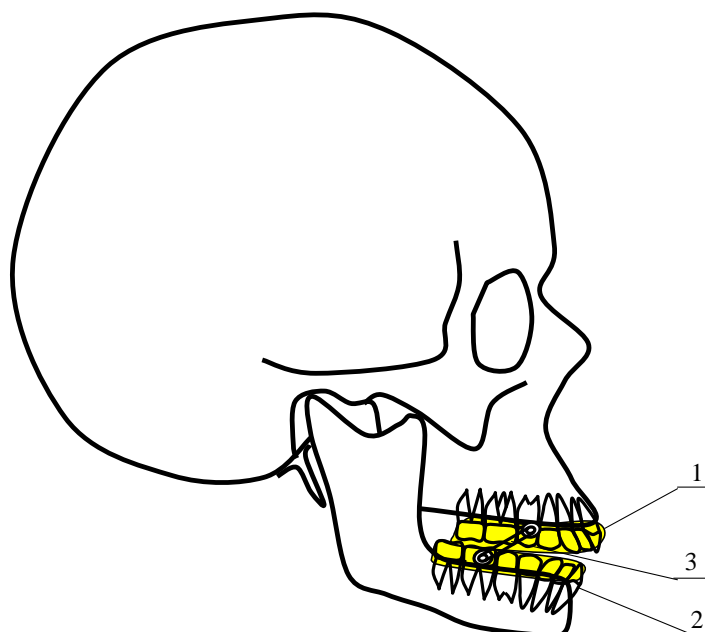


Рис. 1. Зубо-щелепний апарат з встановленим на ньому ортодонтичним пристроєм

На рис. 2 зображено нижню щелепу пацієнта з накладеною на нею капою ортодонтичного апарата під дією ортодонтичного зусилля P . В точці A , через меніск СНЩС, нижня щелепа з'єднується з верхньою і утримується опорною реакцією R_A . Опорну реакцію R_A можна розкласти на проєкції R_{Ax} , та R_{Ay} , що діють, відповідно, вздовж осей координат x та y [8]:

$$R_A = (R_{Ax}^2 + R_{Ay}^2)^{0,5}, R_{Ax} = R_A \cos\beta, R_{Ay} = R_A \sin\beta, \quad (1)$$

де $\beta = \arctg(R_{Ay}/R_{Ax})$ – кут нахилу вектора R_A .

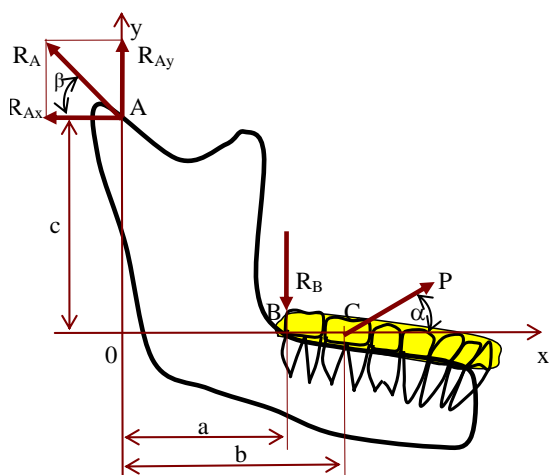


Рис. 2. Нижня щелепа з капою ортодонтичного пристрою

В точці B з боку верхньої щелепи на нижню діє опорна реакція R_B , яка стримує екструзію молярів. До

точки C нижньої щелепи під кутом α діє ортодонтичне зусилля P . Оскільки нижня щелепа знаходиться в статичній рівновазі, то до сил F_{xi} та F_{yi} , що діють вздовж осей x та y , та до крутих моментів відносно точки O ми можемо скласти наступні рівняння [8]:

$$\sum F_x = 0, \sum F_y = 0 \quad (2)$$

$$\sum (F_{xi} y_i + F_{yi} x_i) = 0, \quad (3)$$

де x_i та y_i – координати точок прикладання зусиль F_{xi} .

Система рівнянь (2), (3) для нижньої щелепи буде мати наступний вигляд:

$$\begin{aligned} R_{Ax} + P \cos\alpha &= 0; \\ R_{Ay} - R_B + P \sin\alpha &= 0; \\ R_{Ax} c + R_B a - P \sin\alpha b &= 0. \end{aligned} \quad (4)$$

Розв'язуючи систему рівнянь (4) отримуємо наступні значення опорних реакцій:

$$R_{Ax} = -P \cos\alpha, R_{Ay} = P[c \cos\alpha + (b-a)\sin\alpha]/a \quad (5)$$

$$R_B = P(c \cos\alpha + b \sin\alpha)/a \quad (6)$$

В таблиці наведено значення опорних реакцій R_{Ax} , R_{Ay} , R_A , R_B та кута нахилу β , що розраховано по формулах (1), (5) в залежності від кута α нахилу ортодонтичного зусилля P . В розрахунках прийнято $P = 1$ Н та наступні значення розмірів щелепи: $a = 56$ мм, $b = 77$ мм, $c = 75$ мм.

Таблиця
Опорні реакції верхньої щелепи на нижню

α , град.	R_{Ax} , Н	R_{Ay} , Н	R_A , Н	R_B , Н	β , град.
15	0,97	1,40	1,70	1,65	55,3
30	0,87	1,35	1,61	1,85	57,2
45	0,71	1,22	1,41	1,92	59,8
60	0,50	0,99	1,11	1,86	63,2
75	0,26	0,71	0,76	1,68	69,9
90	0,0	0,38	0,38	1,38	90,0

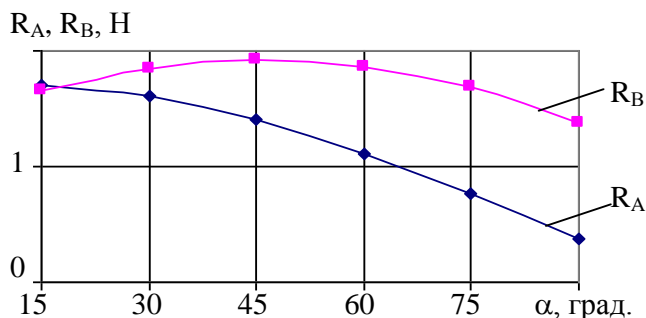


Рис. 3. Залежність опорних реакцій R_A , R_B від кута нахилу α

На рис. 3 подано залежність опорних реакцій R_A , R_B від кута нахилу α . Можна бачити, що при величині кута $\alpha = 15$ град. величини опорних реакцій R_A , R_B , які спрямовані на перебудову, відповідно, СНЩС та попередження екструзії молярів, мають приблизно однакову величину. Із зростанням кута нахилу ортодонтичної сили α опорна реакція нижньої щелепи R_A монотонно спадає майже до нуля, а зусилля R_B на інтервалі від 15 до 90 град. має свій максимум. Розрахуємо величину кута α , при якому величина зусилля R_B отримує свій максимум. Для цього знайдемо похідну від (6) по кута α , прирівняємо її нулеві та розв'яжемо отримане рівняння (7) відносно α . В результаті отримаємо:

$$R'_B = P(-c \sin \alpha + b \cos \alpha) / a = 0, \quad (7)$$

$$\alpha = \arctg(b/c) \quad (8)$$

Піставляючи в (8) величини b та c розраховуємо максимум зусилля $R_B - \alpha = 47$ град.

Висновки

Відкритий прикус відноситься до зубо-щелепних аномалій в вертикальній площині і полягає у відсутності контакту у фронтальній та бокових ділянках. ВП часто поєднується з іншими зубо-щелепними аномаліями, що викликає необхідність комплексної зміни форми зубних дуг в трьох взаємоперпендикулярних площинах. Лікування і ретенція ВП відбувається за допомогою ортодонтичних апаратів, які мають пружні елементи і створюють ортодонтичні зусилля для скелетної перебудови зубощелепного апарату та зубоальвеолярної корекції зубних рядів. Для проведення ефективного лікування ВП треба правильно визначити величину, напрям дії та місце прикладання вектора ортодонтичного зусилля.

З точки зору теоретичної механіки зубощелепний апарат є механізмом, який складається з кісток верхньої та нижньої щелеп, м'язів, що регулюють положення нижньої щелепи, зубів та СНЩС. Нижня щелепа є рухомою ланкою, з'єднується з верхньою щелепою за допомогою СНЩС. В СНЩС виникає перша опорна реакція верхньої щелепи. Другу опорну реакцію створюють моляр-антагоністів верхньої щелепи. Ортодонтичне зусилля може бути прикладене до нижньої щелепи під різними кутами. Величини опорних реакцій залежать не тільки від величини ортодонтичного зусилля, але й від кута його прикладання. При величині кута рівному 15 град. величини першої та другої опорних реакцій мають приблизно однакову величину. Із зростанням кута нахилу ортодонтичної сили перша опорна реакція нижньої щелепи монотонно спадає майже до нуля. Друга опорна реакція має свій максимум при куті 47 град.

Механіко-математичне моделювання напруженого стану системи зубо-щелепний апарат-ортодонтичний апарат дозволяє розрахувати величину та кут прикладання ортодонтичного зусилля, яке створює опорні реакції, що спрямовані на скелетну і зубо-альвеолярну перебудову зубо-щелепної системи.

Перспективи подальших досліджень

Для успішного ортодонтичного лікування відкритого прикусу потрібно ретельний обрахунок величини ортодонтичного зусилля та кут його застосування на нижній щелепі. Механіко-математичне моделювання напруженого стану системи зубо-щелепний апарат-ортодонтичний апарат дозволяє розрахувати величину та кут прикладання ортодонтичного зусилля, яке створює опорні реакції, що спрямовані на скелетну і зубо-альвеолярну перебудову зубо-щелепної системи, і тим самим підвищити ефективність лікування такої складної ортодонтичної патології, якою є відкритий прикус. Подальші дослідження будуть проводитися в даному напрямку.

Література

1. Флис П.С. Распространенность зубочелюстных аномалий, деформаций и дефектов зубных рядов среди пациентов обратившихся за ортодонтической помощью / П.С.Флис // Вісник стоматології. – 2012. – № 4 – С. 91–94.
2. Newal Khan, Munaza Shaf Open Bite: A Review // International Journal of Health Sciences and Research. – 2014. – № 4 (9). – р. 288–295.
3. Григоренко Я.М. Механіко-математичне моделювання ортодонтичного лікування з використанням пре-ортодонтичних трейнерів / Я.М. Григоренко, О.Я. Григоренко, Н.Н. Тормахов, П.С. Фліс, В.В. Філоненко // Доп. НАН України. – 2006. – № 5. – С. 172–179.
4. Лихота К.Н. Механико-математическое моделирование лечения сагиттальных зубочелюстных аномалий с помощью эластопозиционеров / К.Н. Лихота, Н.Н. Тормахов // Современная ортодонтия. – 2015. – № 3 (41). – С. 49–51.
5. Патент 69548 на корисну модель А61С7/00. Ортодонтичний апарат П.С.Фліса – В.В. Філоненка для лікування відкритого прикусу / П.С. Фліс, В.В. Філоненко; заявл. 16.02.12; опубл. 25.04.12, Бюл. №8.
6. Патент 117888 на корисну модель А61С7/00. Ортодонтичний апарат для лікування відкритого прикусу / П.С. Фліс, О.О. Циж; заявл. 10.02.17; опубл. 10.07.17, Бюл. № 13.
7. Патент 117887 на корисну модель А61С8/00. Апарат для ретенції результатів лікування відкритого прикусу / П.С. Фліс, О.О. Циж; заявл. 10.02.17.
8. Кильчевский Н.А. Теоретическая механика / Н.А. Кильчевский. – Москва : Наука, 1977. – 480 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.10.2018 р.

Механико-математическое моделирование процесса лечения пациентов с открытым прикусом

П.С. Флис¹, О.О. Циж¹, М.М. Тормахов²

¹Кафедра ортодонтии и пропедевтики ортопедической стоматологии НМУ им. О.О. Богомольца МЗ Украины, Киев, Украина

²Институт механики НАНУ им. С.П. Тимошенко, Киев, Украина

Цель – усовершенствование процесса лечения открытого прикуса на основании анализа механических аспектов функционирования зубо-челюстной системы пациента.

Материалы и методы. Предметом исследования является система, состоящая из зубо-челюстного аппарата человека и ортодонтических аппаратов, которые используются во время ортодонтического лечения открытого прикуса и ретенции. Исследования проводились методом теоретической механики. При этом игнорировали деформацию отдельных элементов системы под воздействием ортодонтических сил.

Результаты. Осуществлено механико-математическое моделирование напряженного состояния системы, состоящей из зубо-челюстного аппарата и установленного на нем ортодонтического аппарата. Получены математические формулы для вычисления опорных реакций верхней челюсти на нижнюю, что

возникают под воздействием сил, которые создает ортодонтический аппарат. Показано, что опорные реакции вызывают скелетную и зубо-альвеолярную перестройку зубо-челюстного аппарата и их величина зависит не только от величины ортодонтических усилий, а и от угла его приложения.

Выводы. Открытый прикус часто считается с другими зубо-челюстными аномалиями, что вызывает потребность комплексного изменения формы зубных дуг в трех перпендикулярных плоскостях. Лечение и ретенция осуществляется с использованием ортодонтических аппаратов, которые имеют пружинящие элементы и создают ортодонтические усилия для скелетной перестройки зубо-челюстного аппарата и зубо-альвеолярной коррекции зубных рядов. Для эффективного лечения открытого прикуса необходимо правильно определить величину, направление действия и место приложения вектора ортодонтического усилия. Механико-математическое моделирование напряженного состояния системы зубо-челюстной аппарат-ортодонтический аппарат позволяет рассчитать величину и угол приложения ортодонтического усилия, которое создают опорные реакции, направленные на скелетную и зубо-альвеолярную перестройку зубо-челюстной системы.

Ключевые слова: ортодонтический аппарат, открытый прикус, опорные реакции, челюсть, моделирование.

Mechanic-mathematical simulation during treatment patients with open-bite

P.S. Flis¹, O.O. Tsyzh¹, M.M. Tormahov²

¹National Medical university named after O.O. Bogomolets

²Institute of Mechanic named after S.P. Timoshenko

Purpose. The goal is to improve the process of open bite treatment based on the analysis of mechanical aspects of the functioning of the tooth-jaw system of the patient.

Material and methods. The subject of the study is a system consisting of a patient's tooth-jaw apparatus and orthodontic devices used during orthodontic treatment of open bite and retention. The research was carried out by the methods of theoretical mechanics. In the course of research, they neglected the deformation of individual elements of the system under the influence of orthodontic forces.

Results. The mechanic-mathematical simulation of the stressed state system, consisting of the dental maxillary apparatus and the orthodontic device installed on it, was carried out. The mathematical formulas for calculation of supporting reactions of the upper jaw to the lower, arising under the action of the force that creates an orthodontic device are obtained. It

is shown that the supporting reactions cause skeletal and dentoalveolar rearrangement of the dentognathic apparatus, and their magnitude depends not only on the magnitude of the orthodontic effort, but also on the angle of its application.

Conclusions. An open bite is often combined with other tooth-jaw abnormalities, which causes the need for a complex change in the form of dental arches in three mutually perpendicular planes. Treatment and retention of open-bite is carried out with the help of orthodontic devices that have elastic elements and create orthodontic efforts for skeletal reconstruction of the dental maxillary apparatus and dental-alveolar correction of dental arteries. For the effective treatment of the open-bite, it is necessary to correctly determine the magnitude, direction and place of application of the vector of orthodontic effort. The mechanical-mathematical modeling of the stressed state of the tooth-jaw machine orthodontic apparatus allows us to calculate the magnitude and angle of application of the orthodontic effort, which creates supporting reactions aimed at the skeletal and tooth-alveolar reconstruction of the tooth-jaw system.

Key words: orthodontic device, open-bite, supporting reactions, jaw, modeling.

Відомості про авторів

Фліс Петро Семенович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри отродонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет НМУ імені О.О.Богомольця; вул. Зоологічна, 1, Київ, Україна.

Циж Ольга Олександрівна – асистент кафедри отродонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет НМУ імені О.О.Богомольця; вул. Зоологічна, 1, Київ, Україна.

Тормахов Микола Миколайович – к.т.н, старший науковий співробітник, Інститут механіки НАНУ ім. С.П.Тимошенка; 03057, вул. Нестерова, 3, Київ-57, Україна.

УДК 016:614(092)

К.К. Васильев¹, Ю.К. Васильев²

Социальный гигиенист Соломон Соломонович Каган (1894–1965)

¹Одесский национальный медицинский университет

²Сумской государственной университет

Цель – восполнить существующий пробел, осветив жизнь и деятельность украинского советского социального гигиениста С.С. Кагана.

Материалы и методы. Источником для данной работы были как опубликованные материалы, так и архивные. Использован историко-биографический метод.

Результаты. Уточнена дата рождения проф. Кагана. Прослежены этапы жизненного пути С.С. Кагана. Выделены основные направления научных интересов С.С. Кагана. Освещена его деятельность как администратора высшей школы и как одного из первых заведующих кафедрами социальной гигиены в Украине.

Выводы. Проф. Каган родился 16/18 января 1894 г. С 1914 г. он учился на медицинском факультете Московского университета, а в сентябре 1918 г. перевелся в Киевский университет св. Владимира. В 1919 г. он окончил свое медицинское образование. В научном наследии проф. Кагана можно выделить несколько направлений: вопросы методологии социальной гигиены, теории советского здравоохранения и санитарной статистики; санитарно-статистические исследования, освещающие состояние медико-санитарного дела в УССР; исследования, посвященные больничному строительству; и, наконец, работы по истории медицины.

Ключевые слова: социальная гигиена, С.С. Каган.

Введение

До Великой Отечественной войны и сразу после неё одним из ведущих социальных гигиенистов Украины был С.С. Каган. При жизни проф. Кагана ему была посвящена небольшая юбилейная статья в связи с его 70-летием [20], затем последовал некролог [16], а в конце XX – начале XXI в. появляются о нем статьи в словарях и энциклопедии [17–18, 21], статья о периоде его работы в Харькове [22], но до сих пор нет исследования, посвященного в целом его жизни и деятельности.

Цель – восполнить существующий пробел, осветив жизнь и деятельность советского украинского социального гигиениста Соломона Соломоновича Кагана.

Материалы и методы

Источником для данной работы были как опубликованные материалы (это прежде всего научные работы С.С. Кагана), так и архивные – его студенческие дела [Гос. архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 17688. 28 л.; Центральный гос. архив Москвы. Ф. 418. Оп. 327. Д. 919. 28 л.] и его личное дело преподавателя [Гос. архив г. Киева. Ф. Р-352. Оп. 43. Д. 66. 75 л.], которые вводятся в научный оборот впервые. Использован историко-биографический метод.

Результаты исследований и их обсуждение

Проф. Каган прямой потомок «севастопольца». Его дед – Авсей Мошков сын Каган (вероисповедания «еврейского закона») служил рядовым в ряде полков Российской империи (Тульский егерский, Архангело-

городский пехотный Его Императорского Высочества Великого Князя Владимира Александровича, Волынский пехотный), а в «походах находился в 1849 г. против мятежных венгров и в 1855 г. в кампании против турок, англичан и французов»; участник обороны Севастополя. Был награжден серебряными медалями «За усмирение Венгрии и Трансильвании» и «За защиту Севастополя», а так же бронзовой на Андреевской ленте «В память войны 1853–1856». Имел Высочайше установленные на левом рукаве из желтой тесьмы в три ряда нашивки за 20-летнюю беспорочную службу, а «российской грамоте читать и писать не знает». В 1860 г. в местечке Тульчин Подольской губернии (ныне город в Винницкой обл.) «отставной рядовой» А.М. Каган вступил в законный брак с девицею Ревекою, дочерью Шулима Тылеса.

Из подлинника метрики нашего героя мы узнаем, что его отец ладыженский мещанин Шулима Авсевич Каган (или Коген; 1863-1908), мама – Дайля Мордко-Беркова. Родился же он 16/28 января 1894 г. в местечке Ладыжин Гайсинского уезда Подольской губ. (ныне город в Винницкой обл.) и наречен именем Шлема. В некоторых публикациях о проф. Кагане неверно указан день его рождения. Так как он родился в XIX веке, когда разница между юлианским и григорианским календарями была 12 суток, то это значит, что по новому стилю он родился 28 января, а не 29.

Из «посемейного списка» составленного в 1904 г. следует, что в этом году Авсею Кагану было уже 86 лет, его жена Ревеке – 62 года; а в семье его сына Шулима Кагана были дети: Шлема (наш герой), Иосиф (род. 1895 г.), Давид (род. 1897 г.), Рахиль (род. 1899 г.; единственная дочь), Яков (род. 1901 г.), Авраам (род. 1904 г.). В 1907 г. родился ещё один сын – Овсей. Последний ребенок, надо

считать, был назван в честь деда Авсея, вариант написания имени которого – Овсей.

Через некоторое время семья Кагана переехала в местечко Белая Церковь Васильковского уезда Киевской губернии (ныне город в Киевской обл.) – если их сын Иосиф ещё родился в Ладыжине, то следующий сын Давид уже в Белой Церкви, где глава семьи был учителем в местной талмуд-торе. В 1904-1913 гг. Шлема Каган получал образование в Белоцерковской гимназии, которую окончил с серебряной медалью.

Проф. Каган в автобиографии 1941 г. (на неё мы будем ещё не раз ссылаться) писал, что он родился в «семье переплетчика, терпевшей крайнюю материальную нужду», а «со временем отец стал учителем и одновременно занимался самообразованием: в 1904 г., на 38-ом году его жизни, он сдал экстерном экзамен за 8 классов гимназии» (в ту эпоху в гимназии было только восемь классов); «помню себя с 5-6 лет уже в Белой Церкви, куда отец переехал на службу в 1898 г. (учитель талмуд-торы) /возможно здесь описка; по нашим данным переезд состоялся в 1895-1897 гг.; см. выше – авт./». Семья у него уже тогда была велика, а материальное положение тяжелым. Несмотря на это, отец всячески стремился дать своим детям образование. Частично он этого добился, если не в отношении всех детей (старший брат Михаил был слесарем; он расстрелян белыми в 1919 г. в Белой Церкви) /в "посемейном списке" 1904 года Михаил не значится – авт./, то, во всяком случае, в отношении меня и брата Иосифа. И я, и брат ещё при жизни отца поступили в гимназию. (Я закончил гимназию в 1913 г.). В 1908 году, когда я был в IV классе, отец, истощенный непомерным трудом, умер и я вынужден был стать хлебодавцем семьи, состоявшей из матери и 8 детей. С этого времени я уделяю все свое время частным урокам. Подроставшие братья (младшему к моменту смерти отца было только 1 год) требовали все больше материальных затрат. К тому же мне хотелось продолжить линию отца в отношении дачи образования всем братьям и сестре. Работа по добыванию куска хлеба отбирала у меня массу времени, но учился я прекрасно».

В 1913 г. Каган был принят на юридический факультет Московского университета «сверх комплекта» как внук севастопольского ветерана; в 1914 г. перешел на медицинский факультет того же вуза. В 1915 г., будучи на летних каникулах, согласно существовавшим тогда правилам, студент Каган пишет прошение на имя ректора с просьбой выдать ему «удостоверение в том, что со стороны университета не встречается препятствий к моему вступлению в законный брак с девицей Фримой Иосифовной Юзефовой» и прислать его по адресу: м. Белая Церковь Киев. губ. Запровальная ул. д. 20. Супруги прожили совместно в течение полувека; Фани (такие имя она в дальнейшем стала использовать) Иосифовна Юзефова (1897-1967) – профессор-офтальмолог, доктор медицинских наук, работала в Киевском институте усовершенствования врачей (ныне – Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика), где в 1946-1953 гг. возглавляла кафедру офтальмологии.

В Москве Каган учился по 1918 г., когда, в силу сложившейся политической ситуации, в сентябре этого года перевелся в Киевский университет св. Владимира. В ноябре 1919 г., по окончании полного курса медицинского факультета, он был допущен к государственным экзаменам, которые тогда же сдал (в 1919 г.). Уже став врачом Шлема Шулимович Каган (второй вариант его фамилии был Коген) поменял свое имя и отчество на Соломон Соломонович.

Дальнейшую его судьбу определило то, что 4 декабря 1919 г. он стал членом Коммунистической партии (большевиков) Украины [КП(б)У]. В члены партии был принят Белоцерковской уездной организацией. Сам же проф. Каган в автобиографии написал: «В Белой Церкви пришлось остаться до осени 1918 года, когда я переехал в Киев для окончания медицинского образования. Однако, мои пожелания были нарушены гетманской "вартой". За "распространение большевистских идей" я был посажен в тюрьму, где на протяжении месяца я и познакомился ближе с настоящими большевиками. Это обстоятельство было переломом в моей жизни.»

В Белой Церкви Каган был заведующим уездным здравотделом, а в апреле 1920 г. был призван в Красную армию, где служил начальником санитарной части 44 стрелковой дивизии. Уже в августе 1920 г. Киевский губернский комитет КП(б)У отзывает его из Красной армии и назначает заместителем заведующего Киевским губернском отделом здравоохранения. В январе 1922 г. он переведен на партийную работу – назначен губинспектором губернского комитета КП(б)У, а затем заместителем заведующего агитпропом того же губкома.

В 1923-1925 гг. и 1926-1927 гг. С.С. Каган ректор Киевского института народного хозяйства (ныне Киевский национальный экономический университет имени Вадима Гетьмана). В 1923-1929 гг. он одновременно возглавлял кафедру социальной гигиены в Киевском медицинском институте (ныне Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца; КМИ). Точнее – 7 декабря 1923 г. ему было поручено исполнение обязанности заведующего этой кафедрой, а утверждение этого решения было в следующем месяце – 18 января – уже 1924 г. Проф. Каган: «В октябре 1923 года меня назначили ректором Киевского института народного хозяйства. Одновременно я стал работать на кафедре социальной гигиены Киевского медицинского института: организовал её, заведовал ею и читал курс лекций. В 1925 г. меня избирают членом Бюро и завагитпромом Бердичевской окружка КП(б)У, с оставлением заведующим кафедрой социальной гигиены мединститута и особым разрешением приезжать в Киев для чтения лекций. В конце 1925 г., по возвращении из Бердичева, меня избирают членом президиума Киевского окружного исполнительного комитета и назначают руководителем здравоохранения на Киевщине. В 1926 г. (в феврале) меня по конкурсу избирают профессором Киевского медицинского института по кафедре социальной гигиены. В том же году я избран действительным членом научно-исследовательской кафедры теоретической медицины. В конце 1926 г. я получаю вторично назначение ректором

Киевского института народного хозяйства, но вскоре выезжаю в научную командировку в Германию. За четыре месяца командировки я успел закончить в Берлине специальные курсы при Социально-гигиенической академии в Шарлоттенбурге (с 1920 г. город Шарлоттенбург был включён в состав немецкой столицы в качестве округа Шарлоттенбург – авт.) и собрал много материалов к социально-гигиенической характеристике Германии. Вернувшись из Берлина, я занялся научной работой.» Одним из результатов заграничной поездки стала статья о проблеме населения и охраны материнства в Германии [4].

Следующий этап жизненной карьеры С.С. Кагана – днепропетровский. В 1929–1931 гг. он ректор Днепропетровского медицинского института (ныне Днепропетровская медицинская академия; г. Днепр) и заведующий кафедрой социальной гигиены в этом же вузе.

В начале 1920-х годов в высшей медицинской школе Украины из кафедры общей (экспериментальной) гигиены выделились две кафедры – социальная гигиена и гигиена труда (профессиональной гигиены). Появление двух новых кафедр послужило причиной обсуждения вопроса о предмете преподавания двух новых дисциплин, месте социальной медицины и гигиены труда в системе профилактических наук. В этой дискуссии принял участие и С.С. Каган. Так в 1926 г. он критикует монографию проф. Н.А. Вигдорчика «Очерки по профессиональной гигиене» (1925), в которой её автор считал неправомерным рассматривать профессиональную гигиену как составную часть социальной и при этом утверждал, что социальная гигиена не есть самостоятельная наука, а только научный метод. Проф. Каган доказывал, что социальная гигиена – наука, имеющая свои самостоятельные задачи, свой круг ведения, свое место в ряду других наук и сравнительно легко дифференцирующаяся от своих «тезок» [2]. Он писал, что «если исключить группу социально-экономических дисциплин в медицинской высшей школе, то социальная гигиена – единственный предмет преподавания, будирующий будущего врача к широкой сознательной общественной деятельности. <...> Не следует поэтому и удивляться, что социальная гигиена, как предмет преподавания должна была вырасти в "воинствующую науку"». И далее: «воинствующая роль социальной гигиены, как предмета преподавания, далеко ещё не исчерпана. Наоборот. Перспектива развития советского медицинского образования придает этой роли актуальнейшее значение, и мы не сомневаемся, что при поддержке советских наркомздравов, наркомпросов и всей советской общественности, не смотря на так называемые "поддержки" со стороны экспериментальных и некоторых профессиональных гигиенистов, социальные гигиенисты свою прогрессивную роль выполняют с честью.» [3, с. 58].

Результаты педагогической деятельности проф. Кагана были подытожены им в учебнике «Нариси з теорії соціальної гігієни» (1932) [6]. Учебник был раскритикован за «многочисленные политические ошибки». По мнению авторов рецензий, учебник С.С. Кагана вовсе не отвечал тем заданиям, которые поставил тов. Сталин в своей исторической речи на конференции аграрников-

марксистов (1929) и в письме в редакцию журнала «Пролетарская революция» (№ 6, 1930). Большой недостаток учебника в том, что, подавая отдельные проблемы, он не ставит главную цель – научно доказать непереносимость свержения капитализма и победы пролетарской революции, как первой и главной предпосылки для решения той или иной социально-гигиенической проблемы. Общий вывод – учебник бесспорно вреден, его надо немедленно изъять из использования [1].

В декабре 1932 г. С.С. Кагана переводят в столицу – в Харьков, в Народный комиссариат здравоохранения УССР (Наркомздрав; НКЗ) на должность начальника планово-экономического управления и члена коллегии этого наркомата. Он руководил подготовкой плана здравоохранения в УССР на 2-ую пятилетку. В столице не прерывается его научно-педагогическая работа; в 1932–1934 гг. – он заведующий кафедрой социальной гигиены Харьковского санитарно-гигиенического института (этот институт в 1934 г. стал факультетом Харьковского медицинского института, ныне Харьковский национальный медицинский университет). Кроме того, с 1933 г. С.С. Каган директор Всеукраинского института социалистического здравоохранения (ВИСЗ). Тогда же были опубликованы его работы о едином плане оздоровительных работ на 1933 и 1934 гг. [7, 10], о заданиях социальной гигиены как науки в связи со второй пятилеткой социалистической охраны здоровья [8], о работе ВИСЗ как комплексного социально гигиенического учреждения [11].

В 1934 г. столицей УССР становится Киев. В конце этого года С.С. Каган, вместе с Наркомздравом, переезжает в Киев. Продолжается его служба в НКЗ и он по-прежнему возглавляет ВИСЗ, но в 1936 г. закрывается указанный институт и с 4 ноября этого года проф. Каган больше не работает в Наркомздраве. Он сосредотачивается на научной работе. Сразу после приезда в Киев проф. Каган снова возглавил кафедру социальной гигиены в КМИ. Еще в 1926 г. ему было присвоено ученое звание профессора, а в 1935 г. ученая степень доктора медицинских наук без защиты диссертации.

В 1937 г. исполнялось двадцатилетие захвата власти большевиками и в связи с этим развернулась публикации юбилейных статей. Проф. Каган еще в 1934 г. опубликовал работу о развитии медико-санитарного дела в УССР, где привел некоторые данные о системе здравоохранения в Украине с 1913 г. [9]. В 1937 же году увидела свет его статья об охране народного здоровья в Украине за 20 после октябрьских лет [13], но более обстоятельная его работа появилась в сборнике «20 років Радянської медицини на Україні» [14]. (Здесь отметим, что и к 30-летию советской власти им также была написана статья [15]).

Труд проф. Кагана изданные к 20-летию советской власти выходит за рамки обычной статьи. Современный читатель найдет в ней богатый систематизированный материал по истории развития здравоохранения в Украине. Его не должны пугать и останавливать демагогические фразы типа: «під геніальним

керівництвом партії Леніна – Сталіна»; «з властивою генієві Сталіна»; «жити стало краще, товариші! Жити стало веселіше!» (Сталін). Розробані проф. Каганом дані дають можливість шукати відповіді на запитання про ролі держави в охороні здоров'я, про можливості, переваги, державного характеру системи надання медичної допомоги.

Знову повернемося до автобіографії проф. Кагана. В ту епоху в ній потрібно було розповісти «знаходилися чи ви в опозиціях і групуваннях проти генеральної лінії партії, мали чи ви партійні вимоги»; і, звичайно, про родичів, і особливо докладно про тих з них, які живуть за кордоном: «За час мого радянського і партійного життя я під судом і слідством не був; ніяких партійних вимог не мав і не маю, ні в яких опозиціях не був, ні до яких групувань не належав. С опозиціями і ворогами партії боровся активно і самопожертвовавши. Але в деяких наукових роботах, опублікованих до 1933 р. я допустив ряд методичних помилок.» О родичах: «За межею родичів братів, сестер, дядьків, тещів не маю. Можливо, що далі родичів, емігрувавши в США в початку 20-го століття, мають, але ні я, ні хтось з моєї родини не мають про них ніякого уявлення, рівно, як і про їхні імена. У жінки в Нью-Йорку живе рідний дядько, емігрувавши в США напередодні імпералістическої війни. Він працює в якійсь-то фірмі, якщо ще живе. Переписки з ним у нас немає. В 1937 р. репресований один з моїх молодших братів – Яков Каган – агроном, працював в системі "Союз сахар" в Москві. Він був начальником сектору селекції цукрової свекли і секретарем партійного комітету.

З інших членів моєї колишньої родини – один брат Йосиф в Дніпропетровську декан інженерно-економічного факультету, кандидат економічних наук і доцент; брат Давид – отоларинголог доцент в Києві; сестра Рахіль – член КП(б)У, лікар-гігієніст в Києві; брат Авраам – інженер, член КП(б)У в Києві; і брат Овсей – артист і юрист в Ленінграді. Жонат, жінка лікар окуліст – доцент Київського інституту удосконалення лікарів – Юзефова Фаня Йосифівна. Маю сина Юрія, ученика 9-го класу 86-ї школи, комсомольця.»

В 1941 р. С.С. Каган з родиною був евакуйований в Челябінськ і 10 жовтня цього року був зарахований керівником кафедри. З автобіографії: «В Челябінськ переїхав разом з інститутом, де я веду кафедру організації охорони здоров'я. В складі моїх родичів відбулися наступні зміни. Брат Давид – отоларинголог помер в 1941 р. Брат Авраам лейтенант танкової частини, по-видимому, загинув на фронті. Загинув також мій племінник водій танка. 1 листопада 1941 р.». В 1944 р. проф. Каган повернувся в Київ, де 23 березня цього року знову очолював кафедру в КМІ.

С.С. Каган автор некрологу про київського «святителя доктора» Ф.Г. Яновського (1860-1928). Він писав, що проф. Яновський, соціально пов'язаний з релігійними колами, сам вихований в дусі християнства, демонструє нам спробу поєднати незвичайну

науковість великого натураліста і безбурну його преданність релігії: фактично ми мали, пише він, не одного, а двох Яновських, і другою – це релігійний фанатик, з мистическим ухилом [5]. Важливе враження лишається після читання цього некрологу про лікаря-гуманіста, якого хоронили «весь» Київ. Це була епоха воїнського атеїзму, гонінь на релігії, але за гробом йшли представники різних конфесій, в тому числі православний священик і раввін. Одночасно молилися за упокій душі усопшого в православних церквах, католицеских костілах, протестантських церквах і єврейських синагогах. Влада не вирішила втрутитися в це стихійне проявлення народної любові.

Коли почалися гонінь на керівника кафедри соціальної гігієни Українського центрального інституту удосконалення лікарів в Харкові проф. Я.І. Ліфшица, то проф. Каган вважав необхідним опублікувати статтю «Викрити Я.І. Ліфшица до кінця» (1936).

Сучасного читача дивує і публікація проф. Кагана «Класовий зміст "наукової" продукції Ю. Корчак-Чепурківського» [12]. Юрій Авксентьевич Корчак-Чепурковський (1896-1967) – син академіка Всеукраїнської академії наук А.В. Корчак-Чепурковського. Про цю статтю акад. Ю.І. Кундієв написав, що проф. Каган «виступив з різкою критикою наукових праць з демографії сина О.В. Корчак-Чепурківського – Юрія, які були виконані під безпосереднім керівництвом батька. Таким чином, С.С. Каган критикував не тільки сина, скільки самого О.В. Корчак-Чепурківського. <...> Автора було звинувачено в усіх смертних гріхах. <...> У 1937 році це було цілком достатньо, щоб талановитого демографа було репресовано, і лише через 20 років він повертається з заслання.» [19, с. 78-79]. Далі: «Знаменно, що сам професор С.С. Каган через 15 років також потрапив під вогонь партійної критики. <...> Він з болем змушений був залишити кафедру організації охорони здоров'я Київського медичного інституту і шукати собі нову роботу. <...> А його сина Ю.С. Кагана – талановитого фармаколога і токсиколога – через сімейність також перевели з кафедри фармакології до Інституту гігієни праці. Так віддячив режим безкінечно відданому, але вже використаному діячові. Треба пам'ятати: добро і зло завжди повертаються бумерангом [19, с.79]. (Згадаємо, що в епоху боротьби з космополітизмом кафедра лишилася і дружина С.С. Кагана проф. Юзефова.) Той же Ю.І. Кундієв пише, що проф. Каган двічі – в 1962 і в 1965 – опублікував роботи об акад. А.В. Корчак-Чепурковському і «цим він начебто спокутував свою провину перед ним» [19, с. 79]. Мається на увазі стаття С.С. Кагана про А.В. Корчак-Чепурковського і його ж книга «Видатний санітарний діяч УРСР О.В. Корчак-Чепурківський» (Київ: Здоров'я, 1965).

Збережені архівні джерела дозволяють відновити історію звільнення проф. Кагана з КМІ. З характеристики С.С. Кагана (14 травня 1952 р.): «В лекції, прочитаній проф. Каганом С.С. в 1951 р. в Університеті культури при Київському медическому інституті на тему – "Значення фізіологічного вчення І.П. Павлова для

советского здравоохранения", были допущены серьезные ошибки, подвергнутые острой принципиальной критике со стороны партбюро ин-та и кафедры марксизма-ленинизма. <...> Партийное бюро обязало проф. Кагана С.С. выступить на Ученом совете института и партийном собрании с критикой своих ошибок, допущенных на лекции. Проф. Каган С.С. выступил на Ученом совете института и партийном собрании с критикой своих ошибок и признал их.»

Однако, на этом дело не закончилось. 23 мая 1952 г. из Министерства здравоохранения УССР последовало распоряжение «всесторонне обследовать работу кафедры организации здравоохранения и заслушать отчет проф. Кагана С.С. на Ученом совете института с участием руководящих сотрудников кафедры марксизма-ленинизма».

30 мая 1952 г. приказом директора КМИ была образована комиссия, которая ознакомилась с работой кафедры организации здравоохранения. Приведем некоторые выдержки из обширного отчета этой комиссии (от 23 июня 1952 г.): «Непонимание проф. Каганом марксизма, догматический подход к внедрению марксизма в медицину особенно наглядны в лекционной работе»; «Из приведенных нами высказываний проф. Кагана явствует, что он повторил ошибки Марра (Н.Я. Марр /1864-1934/ – авт.) в области медицины. Сталинская характеристика марровских ошибок целиком и полностью относится к характеристике проф. Кагана С.С.»; «Приведем ещё один пример непонимания проф. Каганом марксистских положений. На стр. 12 лектор заявляет: "В нашій сонячній Сталінській Конституції ви бачите статті, які визначають шляхи і методи боротьби за здоров'я населення". Из этого рассуждения видно, что проф. С.С. Каган не понимает важнейших особенностей Конституции СССР. Известно, что наша Сталинская Конституция законодательно закрепила завоеванное советскими людьми. Другое дело, что Сталинская Конституция вдохновляет нас на новые завоевания, но об этом автор ничего не говорит.» Вывод комиссии: «В работе кафедры нет большевистской критики и самокритики, не имеют место творческие и научные дискуссии. Комиссия полагает целесообразным рекомендовать дирекции института принять ряд организационных мер для улучшения учебной и научной работы кафедры организации здравоохранения.»

3 сентября 1952 г. состоялось заседание Ученого совета КМИ на котором были заслушаны выводы комиссии по проверке научно-педагогической деятельности С.С. Кагана. Постановили: «проф. Каган

не обеспечил руководство кафедры организации здравоохранения и Совет считает, что необходимо укрепить руководство кафедры, освободить т. Кагана от занимаемой должности». Приказом директора КМИ проф. Каган «освобожден от должности, как не обеспечивающий руководство кафедрой» с 15 сентября 1952 г.

После этого С.С. Каган работал сначала заведующим организационно-методическим отделом Украинском НИИ туберкулеза им. Ф.Г. Яновского (1953-1960 гг.; ныне – Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского), а затем возглавляет отдел здравоохранения в НИИ общей и коммунальной гигиены (ныне Институт общественного здоровья им. А.Н. Марзеева).

Скончался Соломон Соломонович Каган 18 марта 1965 г. в Киеве, где и похоронен на Байковом кладбище; рядом могила супруги.

Выводы

1. Нами впервые на основании подлинника метрического свидетельства установлено, что профессор Каган родился 16/18 января 1894 г. и был наречен именем Шлема.

2. Выяснено социальное происхождение Кагана (Когена): его дед иудейского вероисповедания, служил рядовым в императорской армии России, севастопольский ветеран; его отец ладыженский мещанин Шулима Каган (1863-1908) был учителем в талмуд-торе.

3. С 1914 г. по 1918 г. Каган учился на медицинском факультете Московского университета и только сентябре 1918 г. перевелся в Киевский университет Святого Владимира. В 1919 г. он окончил свое медицинское образование и после этого поменял свое имя и отчество на Соломон Соломонович.

4. Надо выделить несколько периода в научной и административной деятельности С.С. Кагана: киевские (1920-1929, 1934-1941, 1944-1965 гг.); днепропетровский (1929-1932 гг.); харьковский (1932-1934 гг.) и челябинский (1941-1944 гг.).

5. Основными направлениями научных работ проф. Кагана были: вопросы методологии социальной гигиены, теории советского здравоохранения и санитарной статистики; санитарно-статистические исследования, освещающие состояние медико-санитарного дела в УССР, проведенные к определенным датам; исследования, посвященные больничному строительству; и, наконец, работы по истории медицины.

Литература

1. *Добровольський Ю.А.* Про підручник з теорії соціальної гігієни проф. С.С. Кагана / Ю.А. Добровольський // Профілактична медицина. – 1934. – № 2. – С. 15-31.
2. *Каган С.С.* Социальная гигиена и её критик проф. Вигдорчик / С.С. Каган // Профілактическая медицина. – 1926. – № 6. – С. 46-58.
3. *Каган С.С.* К вопросу о сущности социальной гигиены, как науки и предмета преподавания / С.С. Каган // Профілактическая медицина. – 1927. – № 6. – С. 52-58.

4. Каган С.С. Проблема населення и охрана материнства в Германии / С.С. Каган // Профилактическая медицина. – 1927. – № 8-9. – С. 32-50.
5. Каган С.С. Академик Т.Г. Яновський як громадський діяч / С.С. Каган // Українські медичні вісті. – 1928. – № 7-8. – С. 720-727.
6. Каган С.С. Нариси з теорії соціальної гігієни. Підручник соціальної гігієни / С.С. Каган. – Київ, 1932. – 384 с.
7. Каган С.С. Перший єдиний план оздоровної роботи (на 1933 г.) / С.С. Каган // Профілактична медицина. – 1933. – № 7. – С. 3-24.
8. Каган С.С. Завдання соціальної гігієни як науки в зв'язку з другою п'ятирічкою соціалістичної охорони здоров'я / С.С. Каган // Профілактична медицина. – 1934. – № 4. – С. 4-9.
9. Каган С.С. Медично-санітарна справа в УРСР між XII і XIII з'їздами рад / С.С. Каган // Профілактична медицина. – 1934. – № 12. – С. 16-22.
10. Каган С.С. Підсумки та перспективи (про єдиний план охорони здоров'я на 1934 р.) / С.С. Каган // Профілактична медицина. – 1934. – № 6. – С. 3-13; № 7. – С. 3-17.
11. Каган С.С. Робота Всеукраїнського інституту соціалістичної охорони здоров'я як комплексного соціально гігієнічного інституту / С.С. Каган // Профілактична медицина. – 1934. – № 3. – С. 38-46.
12. Каган С.С. Класовий зміст «наукової» продукції Ю. Корчак-Чепурківського / С.С. Каган // Збірник з питань санітарної статистики / Під. ред. проф. С.С. Кагана. – Київ, 1937. – С. 153-161
13. Каган С.С. Охорона народного здоров'я на Україні за двадцять років Великої Жовтневої соціалістичної революції / С.С. Каган // Радянська медицина. – 1937. – № 11. – С. 8-22.
14. Каган С.С. Сталінська конституція і охорона народного здоров'я / С.С. Каган // 20 років Радянської медицини на Україні. – Київ, 1938. – С. 5-102.
15. Каган С.С. Советское здравоохранение – детище Великой Октябрьской социалистической революции / С.С. Каган // Врачебное дело. – 1947. – № 11. – Стб. 1021-1028.
16. Соломон Соломонович Каган. [Некролог] // Врачебное дело. – 1965. – № 6. – С. 154-155.
17. Каган Соломон Соломонович // И.М. Макаренко, И.М. Полякова. Биографический словарь заведующих кафедрами и профессоров Киевского медицинского института. (1841-1991). – Киев, 1991. – С. 46.
18. Каган Соломон Соломонович // В.Ф. Москаленко, И.М. Полякова. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. (1841-2006). – Київ, 2006. – С. 99.
19. Кундієв Ю.І. Академік Овксентій Васильович Корчак-Чепурківський. (Трагічна доля вченого) / Ю.І. Кундієв // Український журнал з проблем медицини праці. – 2006. – № 1. – С.75-79.
20. Лекарев Л.Г. Профессор С.С. Каган. (К 70-летию со дня рождения) / Л.Г. Лекарев // Советское здравоохранение. – 1964. – №7. – С. 90.
21. Приходько А.М. Каган Соломон Соломонович / А.М. Приходько // Енциклопедія сучасної України. – Київ, 2011. – С. 653.
22. Усенко С.Г. Життя та діяльність професора С.С. Кагана у Харкові / С.Г. Усенко, Н.О. Галічева, Л.Г. Огнєва // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4 (61). – С. 60-63.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.10.2018 р.

Соціальний гігієніст

Соломон Соломонович Каган (1894-1965)

К.К. Васильєв¹, Ю.К. Васильєв²

¹Одеський національний медичний університет

²Сумський державний університет

Мета – заповнити існуючий пробіл, освітивши життя та діяльність українського радянського соціального гігієніста С.С. Кагана.

Матеріали та методи. Джерелом для даної роботи були, як опубліковані матеріали, так і архівні. Використаний історико-біографічний метод.

Результати. Уточнена дата народження проф. Кагана. Простежено етапи життєвого шляху С.С. Кагана. Виділено основні напрями наукових інтересів

С.С. Кагана. Висвітлена його діяльність, як адміністратора вищої школи, та одного з перших завідувачів кафедрами соціальної гігієни в Україні.

Висновки. Проф. Каган народився 16/18 січня 1894 р. З 1914 року він навчався на медичному факультеті Московського університету, а у вересні 1918 р. перевівся до Київського університету св. Володимира. У 1919 р. він закінчив свою медичну освіту. У науковому доробку проф. Кагана можна виділити кілька напрямків: питання методології соціальної гігієни, теорії радянської охорони здоров'я та санітарної статистики; санітарно-статистичні дослідження, які висвітлюють стан медико-санітарної справи в УРСР; дослідження, присвячені лікарняному будівництву; і, нарешті, роботи з історії медицини.

Ключові слова: соціальна гігієна, С.С. Каган.

Social hygienist**Solomon Solomonovich Kagan (1894-1965)***K.K. Vasyliiev¹, Ju.K. Vasyliiev²*¹Odessa National Medicine University²Sumy State University

Objective. Fill the existing gap by highlighting the life and work of the Ukrainian Soviet social hygienist S.S. Kagan.

Materials and methods. The source of this work was both published and archival materials. Historical biographical method was used.

Results. Professor Kagan's date of birth was specified. The stages of S.S. Kagan's carrier were traced. The main directions of scientific interests of S.S. Kagan were highlighted. His activity as a high school administrator and as

one of the first heads of social hygiene departments in Ukraine was covered.

Conclusions. Professor Kagan was born in January 16/18, 1894. He studied at the Medical Faculty of Moscow University since 1914, and in September 1918 he transferred to Kiev University of St. Vladimir. In 1919 he completed his medical education. There were several directions in the scientific heritage of Professor Kagan. They were methodology issues of social hygiene, the theory of Soviet health care and sanitary statistics; sanitary and statistical studies covering the state of health care in the Ukrainian SSR; hospital construction research; and at last, work on the history of medicine.

Keywords: social hygiene, S.S. Kagan.

Відомості про авторів

Васильєв Костянтин Костянтинович – д.мед.н., проф., професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету, пров. Валіховський, 2, Одеса, 65082.

Васильєв Юрій Костянтинович – к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я Сумського державного університету, вул. Римського-Корсакова, 2, Суми, 40007.

В.В. Брич, М.М. Дуб

Сучасні особливості режиму харчування студентської молоді

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Харчування молоді – одна з найважливіших проблем сьогодення, яка формує здоров'я і добробут нації в цілому. Правильне, здорове харчування забезпечує нормальний ріст організму, визначає розумовий і фізичний розвиток, оптимальне функціонування всіх органів і систем, формування імунітету та адаптаційних резервів організму [1].

На жаль, в останні десятиліття структура харчування значної частини населення країни не відповідає реальним потребам і науково розробленим нормативам. Фактичне харчування більшості населення і студентської молоді в том числі полідефіцитне, розбалансоване за багатьма нутрієнтами [2]. Воно характеризується недостатньою кількістю фруктів і овочів, повноцінних білків, дефіцитом вітамінів і мікроелементів, порушенням кратності прийому їжі.

Неправильна організація харчування пов'язана з відсутністю належного рівня знань з нутріціології, необхідного для побудови здорового харчування, що виявляється в необ'єктивній оцінці раціонів та відсутності навичок його корекції. Встановлено, що підвищення рівня освіти студентської молоді з питань здорового харчування є одним із пріоритетних завдань у мотивації до здорового способу життя [3].

Неприпустимо низьким є рівень освіти з питань здорового, раціонального харчування серед населення в цілому та молоді зокрема. Сучасна українська студентська молодь не усвідомлює, що саме правильне харчування та фізична активність, які є ключовими компонентами здорового способу життя, дозволять їм досягнути омріяної стрункості, спортивної форми та здоров'я. Саме через це кожен студент повинен володіти необхідними відомостями про раціональне харчування, складові їжі, про їх роль у життєдіяльності здорового та хворого організму. Задоволення собою, гармонія зі своїм тілом, уміння прислухатися до свого організму та його потреб, чудове самопочуття – ось ті цінності, мати які неможливо без здорового харчування, на що слід постійно орієнтувати молодь. Забезпечення повноцінного харчового раціону студентської молоді надасть можливість позитивно вплинути на стан їх здоров'я та значно зменшити поширення аліментарних захворювань. Тому мотивація до здорового способу життя серед студентської молоді та формування у них високого освітнього рівня з питань проблематики, пов'язаної з якістю та характером харчування, повинна бути актуальним питанням сьогодення.

Однією з причин незадовільного стану харчування є також низька спроможність більшості населення у забезпеченні повноцінного харчового раціону. Іншою причиною є міра реальних знань населення про здорову їжу, яка продовжує залишатися абсолютно недостатньою. Тому поліпшення знань про здорове харчування як складову стану здоров'я і здорового способу життя серед студентської молоді є одним з пріоритетних в цьому напрямку [4].

Нестача або надлишок будь-якого компонента харчування може зумовити й погіршення стану здоров'я молоді. Так, за останні 10 років серед студентів збільшилася захворюваність на 35 %, серед них розлади харчування та порушення обміну речовин, набирання надлишкової маси тіла та поширення ожиріння, і все це в результаті їх нездорового харчування [5, 6].

Поняття режиму харчування включає кратність і час приймання їжі протягом дня, розподіл її за енергоцінністю і об'ємом, а найбільш раціональним і корисним для здоров'я визнаний режим уживання їжі 4–5 разів на день. У разі рідшого вживання їжі за один прийом до організму надходить занадто велика кількість, яка перевантажує травний апарат, унаслідок чого погіршуються процеси травлення, порушується сон і погіршується загальний стан організму. Дворазове харчування і особливо переїдання ввечері може швидко призвести до зайвої маси тіла, ожиріння та у цілому до порушення обміну речовин [7].

Метою дослідження було вивчення режиму харчування студентської молоді ДВНЗ «УжНУ» в розрізі ймовірного впливу на стан їх здоров'я.

Матеріали та методи: системний підхід і системний аналіз використовувався на всіх етапах дослідження; соціологічний – для отримання інформації шляхом письмового опитування респондентів; статистичний метод – для математичної обробки отриманих даних. Особливості режиму харчування студентської молоді визначали за допомогою анкетування. Анкета складалася з 2 блоків питань: з 6 питань, які включали особисті дані (факультет, курс, вік, стать, вага, зріст); з 36 питань на тему харчування (з варіантами відповідей). Також були проведені антропометричні дослідження (показники зросту, маси тіла) та розрахунок індексу маси тіла (ІМТ).

В дослідженні взяли участь 96 студентів I–V курсів ДВНЗ «УжНУ».

Результати. На основі аналізу показників розрахованого індексу маси тіла (ІМТ), встановлено, що у 72% опитаних студентів ІМТ в межах норми, 22% респондентів мають гіпертрофічну будову тіла, і як з'ясувалося, переважно за рахунок систематичного та надмірного вживання висококалорійних продуктів з високим вмістом жирів і вуглеводів, і 6% – гіпотрофічну. Цікавим виявився і той факт, що серед осіб зі зниженим ІМТ 2 особи чоловічої статі, а серед осіб зі з підвищеним ІМТ – тільки 1 особа жіночої статі.

Аналізуючи результати на основі проведених досліджень, при вивченні режиму харчування встановлено, що 3,1% опитаних студентів харчуються 1 раз в день, 13,5% – 2 рази, 34,4% – 3 рази, 32,3% – 4 рази, 16,7% – 5 разів.

В результаті аналізу одержаних даних дослідження встановлено, що снідають щодня – 57,3% опитаних студентів, 1-2 рази на тиждень – 29,2%, 4-5 разів на тиждень – 13,5%. На сніданок третина опитаних (31,2%) вживають омлет, половина респондентів (50%) віддають перевагу бутербродам, 40,6% – снідають кашею, і 10,4% – полюбляють на сніданок кефір та кисломолочний сир. Більше половини респондентів (57,3%) вказали, що вранці п'ють чай, 35,4% – каву, 10,4% – сік. Снідають зазвичай о 6-7-й годині – 46,9%, о 8-9-й – 33,3%, о 10-11-й – 19,8%. Однакова кількість опитаних (41,7%) перекушують 1 і 2 рази в день, 3 рази і більше – 15,6% студентів. Слід відмітити, що жоден студент не вказав на включення до сніданку продуктів з вітамінами та мікроелементами, яких організм так потребує впродовж дня. Їх відсутність може призвести до виникнення слабкості в студентів, внаслідок зниження вмісту цукру в клітинах їх організму, а це може значно знизити якість їх навчання.

Переважає більшість опитаних студентів (72,9%) вказали, що обідають щодня, 18,8% – 1-2 рази на тиждень, 8,3% – 4-5 разів на тиждень. На перервах між парами 61,5% респондентів харчуються булочками, 7,3% – шоколадом, 19,8% – печивом, тістечком, а 3,1% – фруктами. Таке систематичне вживання студентами таких висококалорійних продуктів, як булочки, тістечка, печиво, шоколад, цукор, може призвести до набору зайвих кілограмів, наслідком яких є надлишкова маса тіла та ожиріння.

Вечеряють щодня 82,1% представників опитаної молоді, 1-2 рази на тиждень – 7,4%, 3-5 разів на тиждень – 10,5%. Цікавими виявилися результати часу вживання їжі на вечерю: о 17-18-й годині – 13,5%, о 19-20-й годині – 56,3%, о 21-22-й годині – 22,9%, пізніше 23-ої – 7,3%. Отже, 30,2% опитаних студентів вечеряють пізно, що може мати негативні наслідки для здоров'я, оскільки вечеряти потрібно не пізніше, як за 2 години до сну, тому що шлункова секреція під час сну різко падає: їжа засвоюється погано, а вечірні переїдання ведуть до надлишкової маси тіла та порушення сну.

Занепокоєння викликають ті студенти, що харчуються лише 1 і 2 рази на добу – відповідно 3,5% і 13,5% та ті, які віддають перевагу вечері щодня, пропускаючи сніданок та заміняючи відсутній обід. Це може в майбутньому призвести до погіршення їх стану здоров'я та потреби корекції шляхом створення умов для забезпечення повноцінного раціонального харчування.

Цікавим виявився факт, що 77,1% студентів вважають, що вони все ж таки дотримуються здорового способу життя. Слід відмітити, що переважна частина опитаної молоді (74%) бажають покращити якість свого харчування.

Отримані дані, ще раз підтверджують низький рівень освіти з питань здорового способу життя, складовою якого є і раціональне харчування.

Аналіз результатів дослідження дозволяє зробити наступні **висновки**:

1. Встановлено, що режим харчування студентської молоді не відповідає потребам молодого організму студентів та принципам раціонального харчування;

2. Виявлено, що щодня снідають тільки 57,3%, обідають – 72,9%, а вечеряють – 82,1% студентів;

3. Режим харчування студентської молоді потребує корекції шляхом підвищення їх рівня інформованості щодо раціонального харчування.

Загалом своєчасне виявлення порушень харчування студентів та дотримання режиму харчування дасть змогу підтримати гарний стан здоров'я та високий рівень їх працездатності впродовж всього терміну їх навчання.

Література

1. Гуліч М.П. Раціональне харчування та здоровий спосіб життя – основні чинники збереження здоров'я населення // Проблеми старення і довголіття / Гуліч М.П. – 2011. – Т. 20, № 2. – С. 128–132.

2. Гриньова М. Вплив збалансованого харчування на розумову діяльність студентської молоді / М. Гриньова, Н. Коновал // Витоки педагогічної майстерності. Сер. : Педагогічні науки. – 2014. – Вип. 13. – С. 17. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpm_2014_13_6.

3. Козік Н.М. Дослідження особливостей харчування студентів вищої школи як складової способу життя / Н.М. Козік, Н.А. Стратійчук, Г.М. Пилип, Л.Г. Логуш // Молодий вчений. 2017. – № 3.1 (43.1). – Режим доступу: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2017/3.1/44.pdf>.

4. Горобей М. П. Шкідливий вплив «модних» дієт на стан здоров'я студентів: [Електронний ресурс] / М. П. Горобей // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 1. – С. 46–48. – Режим доступу: <http://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2012-01/12gmpshs.pdf>.

5. Банковська Н.В. Гігієнічна оцінка стану фактичного харчування дорослого населення України та наукове обґрунтування шляхів його оптимізації. автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.01, К.: Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця, 2008. – 24 с.

6. Цимбаліста Н.В. Стан фактичного харчування населення та аліментарно обумовлена захворюваність // Проблеми харчування / Цимбаліста Н.В., Давиденко Н.В., 2008, №1-2. – С. 32–35.

7. Малигіна В.Ф. Основи фізіології харчування. Гігієна і санітарія / В.Ф. Малигіна, А.К. Меньшова, К.М. Поминова. – М.: Економіка; ПНЦ, РАН, 2005. – 56 с.

В.В. Брич, М.Є. Молнар

Результати вивчення ставлення до осіб з інвалідністю студентів, майбутня спеціальність яких передбачає професійну роботу з ними

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Згідно з даними ООН, кількість людей з інвалідністю в світі сягає близько 15% населення. За інформацією Державної служби статистики України станом на 01.01.2017 р. кількість осіб з інвалідністю в Україні становить 2 603 319 осіб, тобто майже 6% загальної кількості населення, а кількість інвалідів працездатного віку перевищує 1,5 млн осіб.

Усвідомлюючи необхідність інтеграції людей з функціональними обмеженнями здоров'я у суспільство, світове співтовариство намагається вирішити це завдання шляхом подолання не тільки фізичних, але й стереотипних бар'єрів у їхній життєдіяльності.

За останнє десятиріччя соціальна політика багатьох європейських держав зазнала суттєвих змін. Ставлення до цієї соціальної групи людей, як до пацієнтів, якими необхідно лише опікуватися, і які не можуть долучатися до активного суспільного життя, змінилося на ставлення до них, як до повноправних членів суспільства, що мають рівні права з іншими громадянами країни [1].

В Україні поняття «інвалід» та «інвалідність» зорієнтовані не виключно на «поширений соціальний захист», а й на недосконалість оточення та наявність бар'єрів для нормальної життєдіяльності людей з інвалідністю. Тобто, політика щодо людей з інвалідністю в Україні вже орієнтується на необхідність усунення бар'єрів та здійснення активних заходів за цим напрямом [2].

Проблема людей з інвалідністю та інтеграція їх у соціум привертає увагу не тільки науковців, а й суспільства загалом. На даний момент, саме студентська молодь є рушійною силою суспільства, здатною змінити думку більшості стосовно таких осіб. Вже досліджували ставлення студентської молоді до інвалідизованих Ставицький О.О. [3, 4] та Мазай Л.Ю. [5]. Встановлено, що стереотипами у ставленні до людей з інвалідністю є переконання у тому, що це люди з обмеженими функціональними можливостями, недієздатні, самотні та безпомічні, які потребують постійної допомоги та опіки, їм властиві песимістичність настрою, замкнутість і надмірна концентрація на своїх проблемах [5]. Але особливої уваги заслуговує питання дослідження ставлення до таких осіб студентів, майбутня професійна діяльність яких тісно пов'язана з особами з інвалідністю – фізичних терапевтів, ерготерапевтів, фізичних реабілітологів.

Адже виявлено, що обсяг і зміст навіть соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями залежить значною мірою від тих принципів, якими керуються у своїй діяльності суб'єкти реабілітації, суспільство в цілому, держава, що організують і реалізують відповідні соціальні програми. Суб'єкти процесу, при проведенні соціальної реабілітації повинні дотримуватися принципів, які несуть в собі основну ідею – ідею гуманізму [6].

Мета роботи: проаналізувати особливості ставлення до осіб з інвалідністю студентів, спеціальність яких передбачає професійну взаємодію з вказаними особами (спеціальності «фізична терапія, ерготерапія», «фізична реабілітація»).

Матеріали та методи: системний підхід і системний аналіз використовувався на всіх етапах дослідження; соціологічний – для отримання інформації шляхом письмового опитування респондентів; статистичний метод – для математичної обробки отриманих даних. Робота передбачала часткове використання психодіагностичної методики «Незавершені речення» для з'ясування рівня сформованості упередженого ставлення до осіб з інвалідністю серед студентів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ».

Соціологічне дослідження, яке охопило 88 студентів, віком 19–23 роки, проводилося з використанням спеціально розробленої анкети з 30 питань (з них 29 – відкритих), які включали: особисті дані (вік, стать, курс); а також завдання методики, які були розділені на декілька шкал: упередження, страх, відраза, толерантне ставлення. Дана методика дозволила нам виявити домінуючі стани та почуття, які виникають у студентської молоді при взаємодії з людиною з фізичними обмеженнями, а також визначити частку студентів, які збираються працювати за спеціальністю, і, окремо з інвалідизованими особами різних вікових категорій.

Результати. Було проаналізовано рівень прояву упередженого ставлення до осіб з інвалідністю в студентському середовищі та готовність молоді до безпосередньої роботи з ними.

При аналізі загального показника за шкалою «упередження» було виявлено, що 75% опитаних вважають, що упереджене ставлення до осіб з обмеженням здоров'я не є виправданим; 19,5% нейтрально ставляться до упередження стосовно осіб з інвалідністю; 5,5% – вважають упередження нормою.

Тобто, суттєва більшість респондентів (75%) позитивно ставиться до взаємодії з людьми з фізичними обмеженнями здоров'я, акцентуючи увагу на особистісних рисах, а не на наявній ваді. Вони готові до активної співпраці та комунікації з ними, побудови дружніх стосунків. Виходячи з результатів, взаємодія з особами з інвалідністю не викликає в опитаних студентів цієї групи негативних емоцій, сприяє утворенню контактів з ними. Прикладами слугують

такі твердження: «не підтримую упереджене ставлення», «воно не є виправданим, оскільки інвалідизовані потребують допомоги», «не підтримую упередження».

Нейтральне ставлення до упередження стосовно осіб з інвалідністю підтримало 19,5% студентської молоді. Це свідчить про те, що вони допускають можливість спілкування з такими людьми, і думка про це не викликає в них значного супротиву. До професійного спілкування з особами з інвалідністю представники нейтрального ставлення готові, проте утворення дружніх стосунків більшість з них не підтримують. Прикладами слугують такі твердження: «упередження виникає тільки в разі агресії з боку інвалідизованого», «загалом я добре ставлюсь до інвалідизованих, але мене лякає, коли вони поводять себе непристойно».

Менший показник був отриманий на основі аналізу позитивного ставлення студентської молоді до упередження стосовно осіб з інвалідністю. Тільки 5,5 % респондентів вважають таке ставлення виправданим, вони не готові до тісного спілкування з такими особами та не вважають їх повноцінними членами суспільства, виступають категорично проти побудови з ними будь-яких стосунків. Прикладом можуть служити такі висловлювання: «мене лякає зовнішній вигляд інваліда, не хочу з ним спілкуватись», «упередження є нормою, оскільки інваліди часто бувають агресивні». Такі твердження передбачають відмову від контактів та уникнення взаємодії з особами з інвалідністю.

Аналізуючи безпосередню готовність студентів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ» до роботи за своєю спеціальністю, ми отримали такі результати: 50% опитаних впевнені, що працюватимуть за спеціальністю, 25% ще не визначились; 25% не працюватимуть (з них 10% вже працюють в іншій сфері).

Позитивним результатом є те, що більшість опитаних (50%) планують працювати у сфері фізичної терапії, ерготерапії, фізичної реабілітації. Студенти цієї групи готові до активної співпраці з інвалідизованими особами, рахують їх повноцінними членами суспільства, та готові допомагати долати їм труднощі, пов'язані з перебуванням в суспільстві.

Чверть опитаних (25%) поки що не визначились зі сферою діяльності, але суттєвого упередження стосовно осіб з інвалідністю не проявляють. Це свідчить про готовність допомогти особі з фізичними обмеженнями, що є теж дуже важливим показником, оскільки сприймання особи «інваліда» відрізняється, в залежності від сфери професійної діяльності.

Суттєву частку складають студенти, які вважають, що не працюватимуть за обраною спеціальністю. Цей показник сягає 25%, що є доволі високим рівнем. Враховуючи те, що, за аналізом попередньої шкали, 75% опитаних студентів не вважають упереджене ставлення до осіб з інвалідністю нормою, можна впевнено сказати, що незалежно від обраної сфери діяльності, молодь активно готова до безпосереднього контакту з особами з фізичними обмеженнями.

Висновки. Проаналізовано ставлення студентів спеціальностей «фізична терапія, ерготерапія» та «фізична реабілітація» до осіб з інвалідністю, оскільки їх майбутня професійна діяльність передбачає взаємодію з такими особами. Встановлено, що більшість опитаних (75%) позитивно ставиться до взаємодії з людьми з фізичними обмеженнями здоров'я, що дозволить їм більш ефективно виконувати професійні обов'язки, не вплине на психоемоційний стан, не сприятиме розвитку синдрому емоційного вигорання. Цей результат є важливим ще і в розрізі того, що 50% студентів планують працювати за спеціальністю.

Список використаної літератури

1. *Ткаченко О. І.* Громадянське суспільство, соціальна політика, проблеми інвалідності / О.І. Ткаченко // Державне будівництво. – 2012. – № 2. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2012_2_55.
2. *Іпатов А. В.* Поняття інвалідності в аспекті сучасного міжнародного права / А.В. Іпатов, І.Я. Ханюкова // Укр. вісн. мед.-соц. експертизи. – 2015. – № 3 (17). – С. 15–21.
3. *Ставицький О. О.* Оцінка студентами відносин близьких людей з інвалідизованими / О. О. Ставицький // Теоретичні та прикладні проблеми психології. Зб. наук. праць. – № 1 (36). – К.: Прінт Квік, 2015. – С. 368 – 373.
4. *Ставицький О. О.* Ставлення молоді до інвалідизації близьких людей / О. О. Ставицький // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» – Додаток 2 до Вип. 35, Том I (13): Тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – К.: Гносис, 2015. – С. 360–365.
5. *Мазай Л. Ю.* Соціально-психологічні стереотипи у ставленні до людей з інвалідністю / Л. Ю. Мазай // Молодий вчений. – 2017. – № 3, ч. 2. – С. 271–274.
6. *Лихогляд Ю. Т.* Соціальна реабілітація людей з обмеженими можливостями [Електронний ресурс] / Ю. Т. Лихогляд // Матеріали XLV Науково-технічної конференції ВНТУ, Вінниця, 23-24 березня 2016 р. – Режим доступу: <http://conferences.vntu.edu.ua/index.php/all-hum/all-hum-2016/paper/view/690>.

О.Б. Мальцева, К.П. Мелега, М.В. Ковташ, М.М. Дуб

Стратегія зменшення шкоди тютюнопаління в середовищі учнівської молоді

ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра основ здоров'я

Кризові явища в українському суспільстві призвели до поширення тютюнопаління, розповсюдивши витoki дитячого неблагополуччя. В останні роки суспільство все більше занепокоєно поширенням негативних тенденцій щодо паління цигарок серед школярів та загальним зниженням рівня здоров'я молоді України

Боротьба з тютюнопалінням в навчальному середовищі, попередження шкідливих звичок в учнів – важливий напрямок профілактичної та виховної роботи загальноосвітніх шкіл, який здійснюється в нерозривному зв'язку з розумовим, трудовим, фізичним та моральним вихованням. Результатом ефективної стратегії зменшення шкоди від паління цигарок є відновлення стану здоров'я. У процесі цієї роботи формується гармонійно розвинена особистість, у школярів виховуються моральні норми, прищеплюються загальнолюдські цінності, уміння вести здоровий спосіб життя [1–3].

В основних напрямках політики Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо покращення суспільного здоров'я населення планети визначено кількісні та якісні показники, на які треба орієнтуватися в європейських країнах для того, щоб зменшити шкоду, якої завдають шкідливі звички, в тому числі і тютюн [4–6].

Метою дослідження було підвищити ефективність стратегії зменшення шкоди тютюнопаління серед учнівської молоді. До завдань дослідження відносились: вивчити проблему розповсюдженості тютюнопаління серед учнівської молоді, визначити шкоду для здоров'я; вивчити ефективність стратегії зменшення шкоди тютюнопаління серед учнівської молоді старших класів.

Матеріали та методи дослідження. З метою виконання досліджень відповідно до затвердженого плану були опитані 67 учнів віком 16–17 років, з них 51 (76%) хлопців та 16 (24%) дівчат. Вивчення розповсюдження шкідливих звичок серед учнівської молоді було реалізовано через опитування в навчальних закладах. Опитування проводилося методом самозаповнення анкет стосовно першого залучення до тютюнопаління.

Результати дослідження. При вивченні розповсюдження тютюнопаління серед школярів було встановлено, що в кількох загальноосвітніх закладах серед всіх 179 опитаних школярів (56 хлопців – 37% і 113 дівчат – 63%) 67 (38%) школярів підтвердили, що вони палять: 51 (76%) хлопців та 16 (24%) дівчат, таблиця 1.

Таблиця 1
Розповсюдженість тютюнопаління серед учнів ЗОШ

Показник	Всього, n = 67		Хлопці, n = 51		Дівчата, n = 16	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Причина початку тютюнопаління:						
- з інтересу	41	61	31	76	10	24
- щоб здаватися дорослим, бути в складі підліткової соціальної групи	26	39	20	77	6	23
Наявність шкідливої звички в родині, усвідомлення того, що ти є пасивним курцем	20	30	15	75	5	26
Кількість випалених цигарок:						
- 1–2 цигарки за тиждень	20	30	15	75	5	25
- 1–5 цигарок за день	47	70	36	76	11	24
Через який час після пробудження випалюється перша цигарка:						
- відразу	10	15	10	100	-	-
- через 1 год. і пізніше	57	85	41	70	16	30
Відсутність усвідомлення, що гіркота в ротовій порожнині, першіння в горлі, кахикання, виділення мокротиння – це негативні наслідки паління, ознаки порушень в стані здоров'я	57	85	45	79	12	21
Розуміння того, що випалена цигарка не допомагає в навчальній діяльності, не рятує від турбот побутового спрямування:						
- так;	17	25	9	52	8	48
- ні	50	75	42	84	8	16

Основною причиною паління серед юнаків було бажання здаватися дорослим, бути в складі підліткової соціальної групи – 20 (77%) підлітків, “з цікавості” – 31 (76%) хлопців. У дівчат – зацікавленість самим процесом паління було виявлено у 10 (24%), бажання здаватися дорослою – у 6 (23%) учениць. Дуже важливими в прогностичному плані виявилися відповіді учнів на питання, чи є хтось в родині, хто зловживає тютюнопалінням. 15 (75%) хлопців підтвердили що хоча б один з батьків палить, і робить це в житлових приміщеннях оселі. Серед дівчат 26% (5 школярів) підтвердили факт зловживання тютюнопалінням у сім'ї: у 3 дівчат – палить тільки батько, в 2 випадках – і батько, і мати, і ніхто з батьків при цьому не виходить за межі житлових кімнат.

Аналіз кількості випалених цигарок показав, що більшість опитаних, 47 (70%) учнів, випалюють від 1 до 5 цигарок за день (в тому числі і на перервах під час навчального процесу в школі, ховаючись від вчителів): у більшості випадків – хлопці, 36 (76%), в 24% (11 осіб) – дівчата. 20 (30%) школярів палять в середньому від 1 до 2 цигарок на тиждень: 15 (75%) хлопців і 5 (25%) дівчат. Відповіді на запитання: “Через який час після пробудження випалюється перша цигарка?” дозволили встановити, що процес формування такої шкідливої звички, як тютюнопаління, ще не прийняв крайньої патологічної межі і у більшості підлітків ще не сформувалася нікотинова залежність. Так, відразу після пробудження перша цигарка випалюється 10 (15%) учнями, дівчата починають зловживати тютюнопалінням в більш пізній період доби. Через 1 годину і пізніше першу цигарку випалюють 41 (70%) хлопець та всі 16 (30%) дівчат. Отримана інформація має позитивне спрямування, тому що в даній групі опитаних є велика вірогідність кинути палити взагалі.

Від'ємною в плані загальної поінформованості та в плані позитивного прогнозу позбавитись від такої шкідливої звички, як тютюнопаління, була і відповідь на запитання “Миттєві негативні наслідки паління: гіркота в ротовій порожнині, першіння в горлі”, яка дала можливість констатувати, що школярі не усвідомлюють, що відчуття гіркоти в ротовій порожнині та першіння в гортані, кахикання, виділення мокротиння не є позитивними ознаками і здоров'я не дають – 45 (79%) хлопців, 12 (21%) дівчат, це підтвердили.

Важливими для аналізу впливу тютюнопаління не тільки на фізичну, але і на психічну та соціальну складові здоров'я стали відповіді підлітків на запитання “Чи допомагає випалена цигарка в навчальній діяльності, рятує від турбот побутового спрямування?”. Тільки 17 (25%) школярів відповіли “так”, при цьому виділили тимчасове підвищення активності у навчанні (на уроках) саме після вдихання тютюнового диму на перерві між уроками, ця відповідь розподілилася порівну між учнями жіночої та чоловічої статі. Для більшості курців цигарка не була порятунком від проблем у навчанні (успішність у навчанні, спілкування з однолітками та вчителями). Відповідь “ні” на запитання дали 50 респондентів (75%): 42 (84%) хлопців та 8 (16%) дівчат.

Школярам-курцям було надано додаткову інформацію про неблагоприємний вплив тютюнопаління на стан здоров'я, щоб дати їм усвідомити переваги відмови від паління та довести до них користь, яку приносить здоров'ю відмова від шкідливих звичок. Школярів, що зловживають тютюнопалінням, і вже намагались позбутися цієї шкідливої звички, було також додатково проінформовано про всі існуючі засоби, що можуть допомогти кинути палити. У разі усвідомлення шкоди для здоров'я від тютюнопаління і за наявності мотивації до припинення куріння шанси на успіх хороші (при допомозі батьків та друзів).

Окремий, додатковий комплекс запитань стосувався ступеня володіння опитаного контингенту школярів загальноосвітньої школи інформацією про шкідливість тютюнопаління для власного здоров'я, таблиця 2.

Таблиця 2

Зміни окремих показників в органах та системах в групі учнів ЗОШ

Показник	Всього, n = 67		Хлопці, n = 51		Дівчата, n = 16	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тютюнопаління:						
- шкідливе	10	15	6	60	4	40
- не шкідливе	57	85	45	79	12	21
Ознаки початкових порушень, виявлені при опитуванні:						
- бронхо-легеневої системи (ранкове кахикання з виділенням в окремі дні мокротинням, деколи – задишка)	41	61	31	75	10	25
- серцево-судинної системи (в окремі дні – прискорення серцебиття без явної причини, холодні пальці рук та ніг, мерзлякуватість)	17	25	6	30	11	70
- ЦНС, вегетативної нервової системи (деколи – головокружіння, головні болі, загальна слабкість, роздратованість, зміни настрою, порушення сну)	31	46	15	49	16	51
Бажання відмовитись від шкідливої звички	21	32	10	48	11	52

Наявність умов та можливостей для відновлення (лікування) уражених органів та систем						
- матеріальна забезпеченість	26	39	15	55	11	45
- наявність в сім'ї осіб, що палять цигарки	20	30	15	75	5	25
Психологічна підтримка з боку батьків, друзів, що, можливо, виникне в процесі зменшення (в окремих випадках повної відмови) кількості випалених цигарок	20	30	9	45	11	55

На жаль, більшість школярів, 57 (85%) дітей, вважають, що тютюнопаління не шкідливе для здоров'я, з них 12 (21%) дівчат та 45 (79%) хлопців. Більш детальне опитування дозволило у частини школярів виділити незначні прояви початкових порушень в діяльності окремих органів та систем, на які вони у більшості випадків не звертали увагу. Так, ураження бронхо-легеневої системи, найбільша кількість учнів, (ранкове кашкання з виділенням в окремі дні мокротинням, деколи – задишка) спостерігалось у 41 (61%) школяра, 31 (75%) хлопець, 10 (25%) дівчат.

Початкові прояви ураження серцево-судинної системи (в окремі дні – прискорення серцебиття без явної причини, холодні пальці рук та ніг, мерзлякуватість) були зафіксовані у 17 (25%) школярів, з них 6 (30%) хлопці, 11 (70%) – дівчата. Зміни з боку нервової системи проявлялись (виникали час від часу) такими ознаками, як головокружіння, головні болі, загальна слабкість, роздратованість, зміни настрою, порушення сну – у 31 (46%) учнів, 15 (49%) хлопців та 16 (51%) дівчат.

В результаті проведених досліджень, після проведення бесід та роз'яснень, частина учнів проявила позитивну мотивацію – бажання відмовитись від шкідливої звички тютюнопаління – 21 (32%) школяр, 10 (48%) хлопців та 11 (52%) дівчат. Всі погодились спробувати: зменшувати поступово кількість цигарок (починаючи з 1–2 на добу), не випалювати повністю цигарку по довжині (або ділити 1 цигарку на 2-3 перекури). Тримати цигарку в руках (задовольняючи вже вироблену рефлекторну звичку щось тримати в руках), але не запалювати її (тобто свідомо уникати вдихання тютюнового диму). Намагатись уникати перебування в приміщеннях, де зловживають тютюнопалінням, та спілкування з особами, що палять цигарку. Одночасно зазначена група погодились змінити режим своєї життєдіяльності: збільшити фізичну активність загалом (пішохідні прогулянки, пробіжки, комплекс фізичних вправ в ранкові години включенням дихальних дренажних вправ), відрегулювати сон (лягати спати не пізніше 23.00).

Відповідно до появи окремих скарг як початкових проявів наздоров'я, учням були рекомендовані (з проведенням інструктажу по приготуванню відвару або настою трав'яних зборів): – фітотерапевтичні засоби: відхаркувальні трави при кашканні з виділенням мокротиння; заспокійливі збори при неприємних відчуттях в області серця та прискореному серцебитті; – прийоми аутогенного тренування для зняття нервової напруги та зменшення роздратованості.

Повторне опитування та обстеження школярів дозволило зробити певні узагальнення. Втілюючи в життя початкові етапи на шляху позбавлення від шкідливої звички – тютюнопаління, учні почали більш уважно ставитись до змін у стані свого здоров'я, «прислухатись» до роботи окремих органів та систем в процесі тютюнопаління: самопочуття до початку вдиху тютюнового диму (час появи кашкання, наявність мокротиння та його характеристики, відчуття гіркоти в ротовій порожнині, захриплість голосу, факт появи задишки при піднятті по сходах вище другого або третього поверху, ЧСС, тощо) та відразу після припинення тютюнопаління.

Результати повторного опитування групи учнів, що палять, представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

Динаміка показників початкових змін в органах та системах в групі школярів, що мають шкідливу звичку – тютюнопаління

Показник	До відновл. n = 67		Після відновл. n = 67	
	абс.	%	абс.	%
Тютюнопаління:				
- шкідливе	10	15	50	74
- не шкідливе	57	85	15	22
Ознаки початкових порушень:				
- бронхо-легеневої системи (ранкове кашкання з виділенням в окремі дні мокротинням, деколи – задишка)	41	61	29	43
- серцево-судинної системи (в окремі дні – прискорення серцебиття без явної причини, холодні пальці рук та ніг, мерзлякуватість)	17	25	13	20
- ЦНС, вегетативної нервової системи (деколи – головокружіння, головні болі, загальна слабкість, роздратованість, зміни настрою, порушення сну)	31	46	21	32
Бажання відмовитись від шкідливої звички	21	32	48	72
Наявність в сім'ї осіб, що палять цигарки	20	30	15	22

Психологічна підтримка з боку батьків, друзів, що, можливо, виникне в процесі зменшення (в окремих випадках повної відмови) кількості випалених цигарок	20	30	48	71
---	----	----	----	----

Як видно таблиці, кількість школярів, що вважають тютюнопаління шкідливим, збільшилась 10 до 50 осіб (від 15% до 74%), і це були підлітки, у яких кілька місяців назад, в основному, і спостерігались початкові прояви нездоров'я, в основному з боку бронхо-легеневої системи. Із загальної кількості школярів, хто виявив бажання позбутись тютюнопаління, 21 (32%) учень, повністю позбавитись від досліджуваної шкідливої звички вдалося тільки 3 підліткам: 1 хлопцю та 2 дівчатам (саме їхні батьки, щоб допомогти та стимулювати дитину, теж припинили тютюнопаління (вже маючи сумний власний досвід у погіршенні стану здоров'я).

Зменшити загальну кількість цигарок, на 2–5 штук, що випалювались за добу, вдалося 10 (15%) підліткам. Беручи до уваги, що при повторному опитуванні значно збільшилась кількість осіб, що заявили про бажання кинути тютюнопаління – до 48 (72%), з зазначеної кількості 15 (22%) учням вдалося також заставити себе не палити відразу всю цигарку, а розділити її на дві – три частини. Підлітки пояснювали, що, наприклад, тягнули процес запалювання цигарки майже до закінчення перерви (щоб не залишалось вже часу на повне викурювання та вдихання токсинів), або, чекаючи на маршрутне таксі, процес паління починали за одну хвилину до приїзду транспорту). В окремих випадках не запалювати цигарку допомагав льодяник.

В результаті застосування комплексу відновлювальних, оздоровчих, превентивних заходів, кількість школярів з ознаками ураження дихальної системи зменшилась з 41 (61%) до 29 (43%) осіб. Позитивна динаміка змін серцево-судинної системи була менш вираженою, мерзлякуватість та порушення периферійного кровообігу в основному залишались (зникнення – тільки у 5% учнів), однак були менш вираженими. Ознаки початкових порушень у діяльності нервової системи практично зникли у 10 (15%) школярів, які значно збільшили свою фізичну активність, відрегулювали режим навчального та фізичного навантаження, процес засинання. Більша частина підлітків, 48 (71%) учнів, що різними методами заохочення, посилення самодисципліни, намагались зменшити кількість вживаних цигарок, підтвердили величезне значення психологічної підтримки з боку батьків та друзів.

Висновки. В результаті використання стратегії зменшення шкоди тютюнопаління серед учнівської молоді, що враховувала як мотивацію підлітка позбавитись шкідливої звички, так і стан індивідуального здоров'я, фізіологічні можливості, реальні умови життєдіяльності, можливості психологічної підтримки з боку батьків та друзів, підтверджено значення комплексного підходу у вирішенні проблеми. Більшість підлітків усвідомили загрозу можливої втрати здоров'я як наслідку тютюнопаління, частина – виявили бажання позбутись цієї шкідливої звички. Повторне опитування підтвердило позитивну динаміку змін основних органів та систем в напрямку нормалізації.

Список використаної літератури

1. Балакірева О.М. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Д.М. Павлова та ін. – К.: ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. – 156 с.
2. Борщик Л.М., Титаренко Л.В., Савіна О.Г. Психолого-педагогічні основи профілактики шкідливих звичок та соціально небезпечних захворювань. Педагогіка здоров'я: збірник наукових праць VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Чернігів, 7–8 квітня 2017 р.): [в 2 т.] / ред. колегія: С. М. Шкарлет [та ін.]. – Чернігів, 2017. – Т. 1. – С. 112–114.

Примітка. У статтях та матеріалах конференції збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»**

П. С. Мельник

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: **м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»**) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів.

Правила подання матеріалу для опублікування

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись офіційним направленням (супровідним листом), гарантійним листом про оплату публікації, експертним висновком (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та рецензією з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю), науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі.rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

- На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу». Кошти необхідно перераховувати на його рахунок ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада