



ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
МОЗ УКРАЇНИ

СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

український науково-практичний журнал

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Оцінка ролі лікарів первинної ланки
у вирішенні поширених медичних проблем пацієнтів
на підставі аналізу профілів лікарської діяльності

Асоціації між медико-соціальними
факторами ризику та розвитком артеріальної
гіпертензії у дорослого населення

Біомаркери ниркової функції
та кардіального фіброзу при хронічній серцевій
недостатності ішемічного генезу що асоційована
з мітральною регургітацією

ЗАПОРОЖСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ



Непрерывное профессиональное развитие для врачей всех специальностей

- интернатура
- специализация
- курсы повышения квалификации
- клиническая ординатура
- аспирантура
- магистратура
- стажировка

Обучение в Запорожской медицинской академии последипломного образования — это усовершенствование профессиональных знаний и овладение новыми медицинскими технологиями в условиях благоприятного учебного климата и безупречной коллегиальности компетентных преподавателей.

Подробная информация на сайте академии
www.zmapo.edu.ua



Modern Medical Technology

Заснований у 2008 році
Реєстраційне свідоцтво
КВ №14053-3024Р
від 19.05.2008 р.

Засновник:

ДЗ «Запорізька медична
академія післядипломної освіти
МОЗ України»

Згідно з наказом Міністерства
освіти і науки України
06.03.2015 № 261
журнал включено до Переліку
наукових фахових видань
України, в яких можуть
публікуватися результати
дисертаційних робіт на здобуття
наукових ступенів доктора
і кандидата наук

Рекомендовано
Вченою Радою ДЗ «ЗМАПО
МОЗ України»
Запоріжжя

Протокол № 8 від 25.11.2015

Видавець:

ПП «Агентство Орбіта-ЮГ»
69001 м. Запоріжжя,
вул. Патріотична, 14

Періодичність — 6 разів на рік
Тираж — 500 прим.

Друк:

ТОВ «ВКФ «Арт-Прес»
49010 м. Дніпропетровськ,
Лоцманський узвіз, 10а
Ум. др. арк. — 9
Замовлення № 7536

Адреса для листування:

Редакція журналу
«Сучасні медичні технології»
69096 м. Запоріжжя,
бул. Вінтера, 20,
Тел/факс: (061) 289-80-82
E-mail: mmtzmapo@gmail.com

Відповідальність за добір та
викладення фактів у статтях
несуть автори, за зміст рекламних
матеріалів — рекламодавці.

Передрук опублікованих статей
можливий за згодою редакції
та з посиланням на джерело

Державний заклад

«Запорізька медична академія післядипломної освіти
Міністерства охорони здоров'я України»

Головний редактор: Никоненко О. С. (Запоріжжя)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Заступник головного редактора: Шаповал С. Д.

Бараннік Н. Г. (Запоріжжя) Колесник Ю. М. (Запоріжжя)

Березницький Я. С. Кошля В. І. (Запоріжжя)

(Дніпропетровськ) Лазоришинець В. В. (Київ)

Бойко В. В. (Харків) Лоскутов О. Є.

Бучакчийська Н. М. (Дніпропетровськ)

(Запоріжжя) Луценко Н. С. (Запоріжжя)

Гринь В. К. (Донецьк) Милиця М. М. (Запоріжжя)

Гриценко С. М. (Запоріжжя) Мішалов В. Г. (Київ)

Гук І. І. (Відень, Австрія) Мягков О. П. (Запоріжжя)

Гусаков О. Д. (Запоріжжя) Ничитайло М. Ю. (Київ)

Дзяк Г. В. (Дніпропетровськ) Овчаренко Л. С. (Запоріжжя)

Завгородній С. М. (Запоріжжя) Просветов Ю. В. (Запоріжжя)

Завгородня Н. Г. (Запоріжжя) Решетілов Ю. І. (Запоріжжя)

Запорожан В. М. (Одеса) Русин В. І. (Ужгород)

Калінін Р. Є. (Рязань, Росія) Фуркало С. М. (Київ)

Книшов Г. В. (Київ) Фуштей І. М. (Запоріжжя)

Коваленко В. М. (Київ) Ярешко В. Г. (Запоріжжя)

Ковальов О. О. (Запоріжжя)

Секретарі: Дмитрієва С. М., Рязанов Д. Ю.

Відповідальний секретар: Одринський В. А.

Зміст

4 Оригінальні дослідження

- 4 Оцінка ролі лікарів первинної ланки у вирішенні поширених медичних проблем пацієнтів на підставі аналізу профілів лікарської діяльності
Лехан В. М., Крячкова Л. В., Колесник В. І.
- 12 Аналіз результатів тестування з соціальної медицини та організації охорони здоров'я, як складової ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 2. загальна лікарська підготовка»
Гречишкіна Н. В.
- 16 Концептуальна модель профілактики розвитку та несприятливого перебігу гострого необструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку
Пасечніков С. П., Сайдакова Н. О., Гродзінський В. І.
- 24 Біомаркери ниркової функції та кардіального фіброзу при хронічній серцевій недостатності ішемічного ґенезу що асоційована з мітральною регургітацією
Лашкул Д. А.
- 30 Деякі підходи до профілактики хронічних неінфекційних захворювань на первинному рівні надання медичної допомоги
Лобас В. М., Вовк С. М., Петряєва О. Б., Арцатбанова О. В.
- 34 Взаємовідношення держави з малим та середнім бізнесом в охороні здоров'я України
Вовк С. М.
- 38 Сохранение человеческого капитала через развитие государственно-приватного партнерства
Лобас В. М., Вовк С. М., Петряева Е. Б.
- 43 Регіональні особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні на прикладі Запорізької області
Єщенко О. Г., Гойда Н. Г.
- 49 Характеристика первинної інвалідизації та смертності дорослого та працездатного населення України внаслідок хвороб сечостатевої системи
Слабкий Г. О., Бідний В. В.
- 53 Аналіз чинного законодавства щодо санітарно-протиепідемічного забезпечення в рамках системи громадського здоров'я
Слабкий Г. О., Крехмалюк Л. В., Качала Л. О.

- 55 **Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності**
Латишев Є. Є., Бондарь С. О.
- 61 **Асоціації між медико-соціальними факторами ризику та розвитком артеріальної гіпертензії у дорослого населення**
Лашкул З. В.
- 65 **Предиктори хірургічної тактики у пацієнтів з місцевопоширеними карциномами ротової порожнини і ротоглотки: роль маркерів вірусу папіломи людини**
Ковальов О. О., Рябошапка А. М., Шах Ф.
- 73 **Особливості надання психіатричної допомоги населенню в умовах сімейної медицини**
Бібик І. Г.
- 79 **Актуальність профілактичної спрямованості роботи лікаря загальної практики/сімейної медицини відносно проблем репродуктивного здоров'я серед підлітків груп ризику**
Бобкова О. В.
- 84 **Задоволеність батьків станом організації консультативної роботи з питань збереження здоров'я дітей на первинному рівні**
Фершал Я. Ю.
- 88 **Розподіл факторів ризику серцево-судинної патології серед дорослого населення міста Полтава**
Хорош М. В., Голованова І. А.
- 91 **Зміни функції серця та нирок у пацієнтів з персистуючою фібриляцією передсердь у віддалений термін після електричної кардіоверсії**
Писаревська К. О.
- 95 **Сепсис у больных с осложненным синдромом диабетической стопы. Взгляд на проблему**
Трибушной О. В.

В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. І. Колесник

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я

ОЦІНКА РОЛІ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ У ВИРІШЕННІ ПОШИРЕНИХ МЕДИЧНИХ ПРОБЛЕМ ПАЦІЄНТІВ НА ПІДСТАВІ АНАЛІЗУ ПРОФІЛІВ ЛІКАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

При розбудові первинної допомоги стрімко зростає роль лікарів у вирішенні поширених медичних проблем пацієнтів, лікуванні та подальшому спостереженні за пацієнтами з хронічними неінфекційними захворюваннями – керованими патологіями.

Мета роботи. Оцінити зміни ролі лікарів первинної ланки у вирішенні поширених медичних проблем пацієнтів на підставі аналізу профілів лікарської діяльності.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося серед 170 лікарів первинної ланки у 2008–2009 рр. (1 група – 42,35%) до початку перетворень у галузі та у 2012–2013 рр. (2 група – 57,65%) після проведення першого етапу модернізації у пілотних регіонах за допомогою стандартизованої анкети (W.G.W. Voerma, D.M. Fleming, 2001).

Результати та обговорення. За перший період модернізації регіональної системи охорони здоров'я, первинна ланка зміцнила свою роль у якості зони першого контакту з вирішення поширених медичних проблем пацієнтів. Розширюється активність лікарів первинної ланки (частка лікарів з активною участю більше 90%) у лікуванні та подальшому нагляді за пацієнтами з хронічними неінфекційними захворюваннями; рутинне вимірювання кров'яного тиску здійснює 96,7% лікарів первинної ланки незалежно від первісної причини звернення.

Висновки. Доведено, що первинна ланка за останні роки стала міцнішою і більш профілактично спрямованою.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, лікар первинної ланки, лікар загальної практики / сімейної медицини, профіль діяльності.

У регіональній Європейській політиці Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я-2020» підкреслюється, що незважаючи на бурхливі політичні і соціальні зміни, забезпечення здоров'я для всіх і важлива роль первинної медико-санітарної допомоги у цьому, незмінно залишаються ключовими цінностями та принципами розвитку охорони здоров'я [6].

Процес розбудови первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в Україні повною мірою відповідає принципам, вимогам і критеріям, виробленим для ефективного функціонування первинної медичної допомоги у світі [1]. Існує багато наукових досліджень щодо модернізації ПМСД в Україні. Частина з них торкається питань розробки, оцінки та аналізу показників розвитку первинної допомоги, аналізу її ресурсного забезпечення, якості та обсягів діяльності лікарів первинної ланки [2, 5]. Однак досліджень, які б розглядали діяльність ПСМП через призму оцінки профілів діяльності лікарів первинної ланки в країні бракує.

Поняття профілювання передбачає збір, співставлення та аналіз показників, які дають можливість скласти уявлення про конкретні сфери

діяльності постачальників медичних послуг [7]. Вони розглядаються як інструмент порівняльного аналізу результативності та ефективності медичних послуг [11]; перспективний механізм управління якістю медичної допомоги та інструмент створення системи економічної мотивації персоналу [9]; індикатор подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я та первинної ланки, який реально відображає продуктивність провайдерів медичних послуг [4].

Мета роботи. Оцінити зміни ролі лікарів первинної ланки у вирішенні поширених медичних проблем пацієнтів на підставі аналізу профілів лікарської діяльності.

Матеріали та методи

Дослідження профілів проводилося серед 170 лікарів первинної ланки Дніпропетровського регіону у 2008–2009 рр. (1 група – 42,35%) до початку перетворень у галузі та у 2012–2013 рр. (2 група – 57,65%) після проведення першого етапу модернізації у пілотних регіонах за допомогою стандартизованої анкети, яка використовувалася під час європейського дослідження профілів за-

вданих лікарів загальної практики, що дозволило порівнювати отримані дані з його результатами (W.G.W. Voerma, D.M. Fleming, 2001) [3].

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) з використанням параметричних і непараметричних методів статистичного аналізу.

Результати та обговорення

Середній вік усіх обстежених лікарів первинної ланки (ЛПЛ) коливався від 22 до 76 років та складав в середньому $49,06 \pm 1,11$ років ($M \pm m$). В європейських країнах медіанний вік лікарів загальної практики коливається у межах 40 і 50 років [10]. Однак в Україні простежується певна тенденція переважання у віковій структурі ЛПЛ старших вікових груп. Так, частка осіб старше 60-ти років у 1-й групі дослідження (2008–2009 рр.) склала 13,64%, а в другій (2012–2013 рр.) – 18,89%, що свідчить про негативну тенденцію небажання молодих спеціалістів працювати у первинній ланці, яка простежується попри усі зусилля щодо зміни даної тенденції.

Оцінка витрат робочого часу лікарів первинної ланки у 2008–2009 рр. та 2012–2013 рр. не виявила суттєвих розбіжностей. Майже кожен четвертий опитаний (18,18% та 18,03% відповідно) мають додаткову роботу. На основну роботу в місяць, за самооцінкою профілів діяльності, ЛПЛ витрачають в середньому $156,86 \pm 17,39$ годин (2008–2009 рр.) та $161,94 \pm 7,88$ годин (2012–2013 рр.). Високими темпами (на 60,62%) зросла кількість часу, що витрачається на підвищення професійного рівня. Час, що витрачається у Європі лікарями загальної практики на самоосвіту у місяць складає не менше 15 годин і досягає 37 годин у Туреччині, де усім лікарям після закінчення вищого навчального медичного закладу, перш ніж отримати підготовку з вузької спеціальності, потрібно відпрацювати у первинній ланці сільської охорони здоров'я [3].

У порівнювані періоди збільшилася кількість телефонних консультацій на 81,1% і досягла в середньому 5,65 на день, це позитивна тенденція оскільки зростання кількості як телефонних, так і телемедичних консультацій здатне оптимізувати навантаження на ЛПЛ. В європейських країнах цей показник коливається від 2 до 16 на день.

Потрібно відзначити, що за свідченням лікарів, за перший етап модернізації суттєво зросла ($p < 0,05$) їх забезпеченість обладнанням та інструментарієм: тонометрами та портативними електрокардіографами – у 1,5 рази; хірургічними наборами – у 1,7; отоофтальмоскопами та діагностичними системами сімейного лікаря – у 2,7; холестерометрами – у 6,1 рази. Однак частота використання комп'ютерного обладнання для по-

всякденної діяльності залишається низькою, тоді як у європейських країнах частка сімейних лікарів, що користуються комп'ютером для робочих цілей, включаючи ведення записів, сягає 75%, в нашій країні вона залишається майже незмінною і складає лише чверть з числа опитаних.

При вирішенні питання щодо залучення ЛПЛ у якості фахівців першого контакту з приводу широкого спектра медичних проблем зі здоров'ям, виключаючи адміністративні контакти, з'ясувалося що за шкалою від 0 балів – «ніколи» до 4 балів – «майже завжди», роль лікаря первинної ланки як вхідної точки охорони здоров'я несуттєво збільшилася з $2,13 \pm 0,11$ балів у 2008–2009 рр. до $2,68 \pm 0,11$ балів у 2012–2013 рр. Це кореспондується з європейськими країнами, де в середньому показник складає 2,9 балів і суттєво менше у порівнянні з країнами з розвинутою системою «воротаря» де його позначка сягає 3,5 балів [3].

За період спостереження відбулося збільшення частоти первинних контактів на рівні ЛПЛ з приводу проблем із здоров'ям у дітей (на 44,9%) та жінок (на 8,5%), невідкладних станів (на 22,2%). А от рівень первинних контактів з приводу психосоціальних проблем пацієнтів залишився практично незмінним. Причинами такої ситуації є те, що лікарі ПМСД, які за загальноприйнятими канонами повинні обслуговувати до 80% проблем пацієнтів, не в змозі стати першою ланкою в ланцюзі медичного обслуговування через вільний доступ пацієнтів на рівні вторинної та третинної медичної допомоги, низьку якість і доступність первинної допомоги, недостатнє ресурсне забезпечення, відсутність достатньої мотивації тощо. Це суттєво звужує можливості лікарів ПМСД щодо управління медичним маршрутом пацієнта.

Аналізуючи ситуацію окремо за різними медичними проблемами (табл. 1), з'ясувалося, що роль лікарів первинної ланки, як першої точки контакту, суттєво зросла ($p < 0,05$) у випадку обслуговування дітей з енурезом (% лікарів які завжди обслуговують подібні випадки збільшилася з 1,96% до 10,61%); дітей з проблемами слуху (з 0 до 12,12%); жінок з підозрою на пухлину грудей (з 0 до 24,24%); пацієнтів з гострими симптомами паралічу/парезу (з 7,84 % до 37,88 %); пацієнтів з поліурією (з 1,96% до 33,33%); пацієнтів з деякими проблемами пам'яті (з 17,65% до 50,0%); пацієнтів з розтягуванням зв'язок гомілковостопного суглоба (з 5,88% до 21,21%); пацієнтів з болем в нижній частині спини (з 9,8% до 42,42%); пацієнтів з першими судомами (з 5,88% до 22,73%); пацієнтів з панічними атаками (з 0 до 9,09%); пацієнтів з алкогольною залежністю (з 1,96 % до 9,09%).

Не змінилася тактика обслуговування по відношенню до дітей з висипом та кашлем (третина лікарів завжди залучені до первинного контакту

**Зміна ролі лікарів первинної ланки як зони першого контакту з пацієнтами,
що мають певні проблеми зі здоров'ям за даними самооцінки профілів діяльності
(% лікарів які завжди обслуговують подібні випадки)**

Проблеми зі здоров'ям	Кількість лікарів які завжди обслуговують подібні випадки у (%)	
	2008–2009 рр.	2012–2013 рр.
Діти з висипом	33,33	30,30
Діти з вираженим кашлем	37,25	37,88
Діти з енурезом	1,96	10,61*
Діти з проблемами слуху	0	12,12*
Жінки з приводу контрацепції	1,96	1,92
Жінки з приводу вагітності	3,92	3,52
Жінки з приводу порушення менструального циклу	3,92	6,06
Жінки з підозрою на пухлину грудей	0	24,24*
Пацієнти з болем у шлунку	15,69	50,00
Пацієнти з болем у грудях	23,53	59,09
Пацієнти з опіками	17,65	15,15
Пацієнти з гострими симптомами паралічу/парезу	7,84	37,88*
Пацієнти з погіршенням зору	3,92	9,09
Пацієнти з поліурією	1,96	33,33*
Пацієнти з болем у суглобах	21,57	53,03
Пацієнти з деякими проблемами пам'яті	17,65	50,0*
Пацієнти з розтягуванням зв'язок гомілковостопного суглоба	5,88	21,21*
Пацієнти з болем в нижній частині спини	9,80	42,42*
Пацієнти з першими судомами	5,88	22,73*
Пацієнти з панічними атаками	0	9,09*
Пацієнти з суїцидальними нахилами	0	0
Пацієнти з сексуальними проблемами	0	1,52
Пацієнти з алкогольною залежністю	1,96	9,09*

Примітка: * – $p < 0,05$

з такими пацієнтами), жінок з приводу контрацепції та вагітності (відсоток лікарів, що беруть на себе таку функцію не перевищує 5%), лікування опіків, пацієнтів з суїцидальними нахилами та сексуальними проблемами.

Частота залучення лікарів первинної ланки до проведення хірургічних маніпуляцій (резекція врослого нігтя; видалення бородавок, плям рогової оболонки, підшкірної кістки з волосистої частини голови тощо) залишається невисокою і складала у 2008–2009 рр. 1,33%, у 2012–2013 рр. – 3,89%. Проведення внутрішньовенних інфузій в умовах денного стаціонару суттєво не змінилося і є рутинною практикою у 74,33% опитаних лікарів.

При розбудові ПМСД зростає участь лікарів в лікуванні та подальшому спостереженні за пацієнтами з хронічними неінфекційними захворюваннями (керованими патологіями) [8]. Участь лікарів первинної медико-санітарної допомоги у лікуванні окремих захворювань наведена у таблиці 2. Як видно з таблиці, середній бал за-

лученості ЛПЛ до лікування та подальшого нагляду за пацієнтами з окремими захворюваннями у 2008–2009 рр. коливався в межах 0,64÷3,53 балів, а у 2012–2013 рр. – 1,52÷3,97 балів за 4-бальною шкалою. В середньому за всіма патологіями середні бали вищі у другий період спостереження, що вказує на більш високий рівень участі ЛПЛ у випадку медичного обслуговування зазначених захворювань.

Найменша кількість балів, а отже найменша активність у медичному обслуговуванні виявлена при сальпінгіті, найбільша при хронічному бронхіті в обох періодах спостереження. Треба зазначити, що відмічається зростання ступеню залучення до лікування та подальшого нагляду при усіх досліджуваних захворюваннях, в найбільшому ступені при сальпінгіті (в 2,4 рази), пептичній виразці (на 43,98%), неускладненому діабеті II типу (на 42,86%), інфаркті міокарда (на 29,68%), ревматоїдному артриті (на 29,48%).

Лікарі первинної ланки беруть активну участь у лікуванні та подальшому нагляді за пацієн-

Таблиця 2

Участь лікарів первинної ланки у лікуванні та подальшому нагляді за пацієнтами при окремих захворюваннях

Захворювання	2008–2009 рр.			2012–2013 рр.		
	M±m*	% ЛПЛ з активною участю ^а	% ЛПЛ без активної участі ^б	M±m*	% ЛПЛ з активною участю ^а	% ЛПЛ без активної участі ^б
Гіпертиреозидизм	1,97±0,18	20,69	79,31	2,41±0,28 [#]	48,28	34,48
Хронічний бронхіт	3,53±0,14	85,00	15,00	3,97±0,03 [#]	100,00	0,0
Ячмінь (Hordeolum)	1,90±0,16	13,79	82,76	2,17±0,19 [#]	38,89	61,11
Пептична виразка	2,41±0,20	43,24	56,76	3,47±0,30 [#]	83,33	13,33
Випинання грижі міжхребцевого диска	1,79±0,16	20,83	79,17	2,00±0,21	27,59	65,52
Гострий цереброваскулярний крововилив	2,60±0,21	55,17	41,38	3,14±0,21 [#]	68,97	27,59
Застійна серцева недостатність	3,29±0,19	79,41	20,59	3,93±0,07 [#]	96,67	3,33
Пневмонія	3,48±0,15	83,72	13,95	3,83±0,10 [#]	93,33	6,67
Перітонзілярний абсцес	1,94±0,16	25,71	74,29	2,13±0,32	36,67	43,33
Виразковий коліт	2,18±0,20	35,29	64,71	2,66±0,29	65,52	20,69
Сальпінгіт	0,64±0,19	7,14	28,57	1,52±0,19 [#]	14,29	85,71
Струс мозку	1,97±0,16	22,58	77,42	2,00±0,24	31,03	51,72
Хвороба Паркінсона	2,09±0,21	34,78	65,22	2,63±0,21 [#]	50,00	50,00
Неускладнений діабет II типу	2,59±0,19	55,88	44,12	3,70±0,14 [#]	90,00	10,00
Ревматоїдний артрит	2,68±0,20	56,41	41,03	3,47±0,19 [#]	83,33	13,33
Депресія	1,97±0,16	25,00	75,00	2,14±0,21	34,48	58,62
Інфаркт міокарда	2,83±0,21	66,67	30,30	3,67±0,15 [#]	93,33	6,67

Примітка: * – за 4-бальною шкалою, де: 4 бали – завжди (майже завжди); 3 бали – зазвичай; 2 бали – від випадку до випадку; 1 бал – рідко; 0 балів – ніколи;
^а – % за кількістю відповідей «завжди (майже завжди)» та «зазвичай»;
^б – % за кількістю відповідей «від випадку до випадку» та «рідко»;
[#] – $p < 0,05$

тами з такими захворюваннями, як хронічний бронхіт (3,97±0,03 балів та 100% лікарів з активною участю у лікуванні), застійна серцева недостатність (3,93±0,07 балів та 96,67% лікарів), пневмонія (3,83±0,10 балів та 93,33% лікарів), неускладнений діабет II типу (3,70±0,14 балів та 90% лікарів), інфаркт міокарда (3,67±0,15 балів та 93,33% лікарів), ревматоїдний артрит (3,47±0,19 балів та 83,33% лікарів).

Відмічено захворювання, коли лікарі первинної ланки не приймали достатньо активної участі у медичному обслуговуванні пацієнтів: ячмінь (61,11% з неактивною участю), випинання грижі міжхребцевого диска (65,52%), сальпінгіт (85,71%), струс мозку (51,72%), хвороба Паркінсона (50%), депресія (58,62%), перітонзілярний абсцес (43,33%).

Аналіз розподілу лікарів за ступенем залученості до певних видів медичної допомоги (рис. 1) показав, що більшість ЛПЛ залучені повністю

або частково до обслуговування вагітних, імунопрофілактики дітей, лікарського нагляду за дітьми до 4-х років, планування сім'ї, в тому числі з призначенням контрацептивів, призначення гомеопатичних засобів (від 56,67% при імунопрофілактиці до 76,67% при контрацепції). В даному випадку залучення до обслуговування вагітних в антенатальному періоді можна розглядати як участь у профілактичних заходах, оскільки лікарі загальної практики/сімейні лікарі по суті виконують роль фільтра до більш спеціалізованих видів медичної допомоги. Подібна ситуація характерна в цілому для європейського регіону, де антенатальна та родопомічна допомога надається переважно фахівцями в галузі акушерства.

За роки спостереження зменшилася частка лікарів первинної ланки, не задіяних у обслуговуванні вагітних в антенатальному періоді, лікарському нагляді за дітьми до 4-х років, плануванні

сім'ї з призначенням контрацептивних засобів. Залишається високим відсоток ЛПЛ, що не залучені до імунопрофілактики дітей (43,33%) та планування сім'ї (36,67%). Дивує високий відсоток лікарів серед залучених до гомеопатії, який тривалий час суттєво не змінюється і складає 66,67% у 2012–2013 рр., що можна пояснити прихильністю самих пацієнтів до цього методу лікування і активною маркетинговою позицією фірм, які займаються розповсюдженням гомеопатичних засобів та різноманітних біоактивних добавок. Це не є хорошою практикою, оскільки не існує доказів щодо ефективності подібних засобів.

У багатьох країнах світу лікарі первинної ланки надають профілактичні послуги. Стимулюються і активізуються рання виявляемість захворювань, ідентифікація факторів ризику та пропаганда здорового способу життя. У європейській політиці «Здоров'я-2020» підкреслюється важливість комплексного проведення профілактичних програм та всебічного охоплення профілактикою усіх верств населення [6].

Тим не менш, незважаючи на зростаюче усвідомлення важливої ролі, яку лікарі первинної ланки повинні відігравати у профілактичних заходах, все ще залишається чимало перешкод на шляху їх практичного впровадження. Показники в Україні по залученості ЛПЛ до надання профілактичних послуг (рутинне визначення кров'яного тиску, рівня холестерину тощо) ще нижче середнього показника європейських країн, однак протягом першого етапу модернізації ПМСД досягнуто певних успіхів у даному напрямку (табл. 3).

Розподіл відповідей лікарів первинної ланки стосовно приводу для проведення профілактичного дослідження показав, що вимірювання артеріального тиску проводиться переважно під час звичайних контактів з пацієнтами (частота визначення цієї причини 96,7%), що на 59,05% вище показника 2008–2009 рр. Вимірювання рівня холестерину крові проводиться переважно у зв'язку з відповідними клінічними симптомами (83,3%) і більше за даним приводом на 28,7% показника минулих років. Взяття мазку шийки матки на предмет скринінгу раку матки та мануальне обстеження в метю виявлення новоутворення молочної залози проводиться переважно під час спеціальних оглядів і частота їх проведення збільшилася.

На питання щодо навчання населення здоровому способу життя (боротьбі з тютюнопалінням, вживанням міцних напоїв, пропагандою здорового харчування) більшість лікарів первинної ланки (73,3% проти 54,9% у минулі роки) відмітили, що вони проводяться під час регулярних контактів з пацієнтами. На роботу у спеціальних групах навчання та програмах зі здорового способу життя вказала третина обстежених (31,4%),

що майже вдвічі вище показника 2008–2009 рр.

Задоволеність (не задоволеність) лікарів первинної ланки роботою вимірювалася за відповідями на низку запитань, які вимірювалися за 5-ти бальною шкалою від повної згоди – 5 балів до повної незгоди – 1 бал.

Відповіді «повністю згоден» та «більш-менш згоден» були об'єднані для того, щоб визначити індекс задоволеності роботою (рис. 2).

Більшість лікарів первинної ланки відзначили постійний інтерес до своєї роботи і одержуване від неї задоволення (66,22% у 2008–2009 рр. та 62,96% у 2012–2013 рр.), однак якби оплата і умови праці були аналогічними, вважали б за краще немедичну роботу 41,67% опитаних другої групи, що майже вдвічі вище за подібний показник першого етапу дослідження (21,19%).

Сімдесят відсотків лікарів вважали, що вони перевантажені адміністративною роботою у 2008–2009 рр., 88% – у 2012–2013 рр. і приблизно стільки ж вважали, що деякі аспекти їх роботи позбавлені сенсу. Потрібно відзначити, що аналогічні результати були отримані і у європейському дослідженні профілів лікарів загальної практики [3, 10].

Задоволення відповідністю оплати праці прикладеним зусиллям не було високим як в європейському так і в нашому дослідженні, грошова винагорода розглядається лікарями як справедлива лише у третині випадків.

Фахівці стверджують, що не варто очікувати швидкого впливу реформ на зміну профілів діяльності лікарів первинної ланки [10]. Однак за результатами проведеного дослідження ми можемо стверджувати, що відбулася певна зміна профілів діяльності ЛПЛ у напрямку збільшення обсягів втручань профілактичного та лікувального характеру, що в свою чергу призвело до підвищення структурної ефективності системи охорони здоров'я. Проте повної реалізації обраної моделі [1] не відбулося, оскільки ПМСД України знаходиться у форматі перехідного періоду.

Висновки

За перший період модернізації регіональної системи охорони здоров'я, первинна ланка Дніпропетровської області зміцнила свою роль у якості зони першого контакту з вирішення поширених медичних проблем пацієнтів: проблем зі слухом та зором, хронічних захворювань, гострих станів, новоутворень (за даними самооцінки профілів діяльності частка лікарів, які завжди обслуговують жінок з підозрою на пухлину грудей, зросла з 0 до 24,24%). Розширюється активність лікарів первинної ланки у лікуванні та подальшому нагляді за пацієнтами з хронічними неінфекційними захворюваннями: хронічним бронхітом, застійною серцевою недостатністю, пневмонією, неускладненим

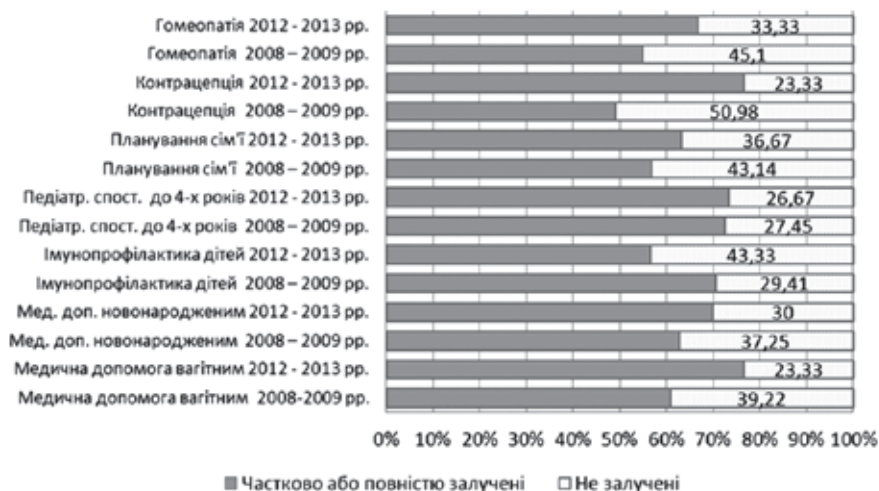


Рис. 1. Розподіл лікарів за ступенем залученості до певних видів медичної допомоги (у % до числа опитаних)

Таблиця 3

Розподіл відповідей лікарів первинної ланки на запитання стосовно проведення профілактичних заходів (частота відповіді, у %)

Профілактичні заходи	Приводи до проведення профілактичних заходів									
	У зв'язку з симптомами		За проханням		Під час відвідування		У дорослих		Під час спец. огляду	
	2008–2009	2012–2013	2008–2009	2012–2013	2008–2009	2012–2013	2008–2009	2012–2013	2008–2009	2012–2013
Вимірювання артеріального тиску	35,3	30,0	29,4	33,3	60,8	96,7*	9,8	30*	17,6	26,7
Вимірювання рівня холестерину крові	64,7	83,3	11,7	26,7	0	13,3*	3,9	30*	7,8	33,3*
Взяття мазку шийки матки на предмет скринінгу раку матки	10	17,6	0	10*	27,5	30	5,9	20*	47,1	56,7
Мануальне обстеження в метю виявлення новоутворення молочної залози	45,1	66,7	13,3	21,6	45,1	66,7	15,7	33,7	11,7	68,7*

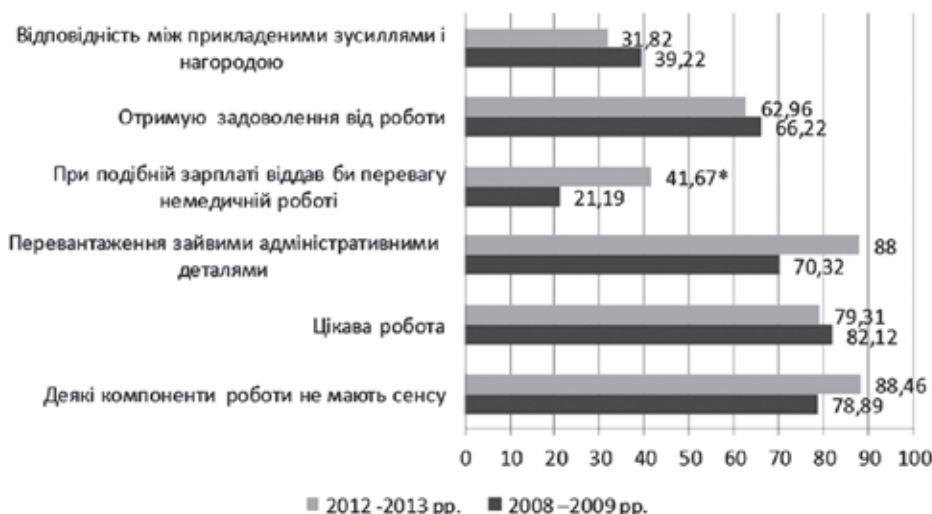
Примітка: * – $p < 0,05$ 

Рис. 2. Задоволеність/не задоволеність лікарів первинної ланки певними аспектами роботи (% згодних та практично згодних з наведеними твердженнями)

Примітка: * – $p < 0,05$

діабетом II типу, інфарктом міокарду (частка ЛПЛ з активною участю зросла відповідно до 100%, 96,67%, 93,33%, 90%, 93,33%). Збільшилися обсяги профілактичних заходів, що проводяться на первинному рівні у ході повсякденної практики консультування пацієнтів, так рутинне вимірювання кров'яного тиску здій-

снює 96,7% лікарів первинної ланки незалежно від первісної причини звернення. Серед причин розширення спектру та кількості профілактичних заходів зростання забезпеченості обладнанням та інструментарієм на рівні ПМСД та проведення спеціальних тренінгів, що відмітила переважна більшість лікарів.

Список літератури

1. Лехан В. М. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформ системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Е. В. Борвінко // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4 (61). – С. 99–105.
2. Надута-Скринник О. К. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої інноваційної моделі первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / О. К. Надута-Скринник; Нац. мед. акад. післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2012. – 24 с.
3. Воерма W. G. W. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи / W. G. W. Voerma, D. M. Fleming. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001. – 182 с.
4. Eijkenaar F. Performance profiling in primary care : does the choice of statistical model matter? / F. Eijkenaar, R. C. Vliet // Med. Decis Making. – 2014. – № 34 (2). – P. 192–205.
5. Evaluation of structure and provision of primary care in Ukraine. A survey-based project in the regions of Kiev and Vinnitsa / W. G. W. Voerma, D. S. Kringos, T. A. Wiegers [et al.]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2010. – 124 p.
6. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century / [World Health Organization]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. – 181 p.
7. Kongstvedt P. R. Managed Care : What It Is And How It Works / P. R. Kongstvedt. – Canada: Jones & Bartlett Publishers, 2009. – 275 p.
8. Primary care in a post-communist country 10 years later Comparison of service profiles of Lithuanian primary care physicians in 1994 and GPs in 2004 / I. Liseckiene, W. G. Boerma, Z. Milasauskiene [et al.] // Health Policy. – 2007. – Sep 83(1). – P. 105–113.
9. Ryan A. M. Profiling provider outcome quality for pay-for-performance in the presence of missing data : A simulation approach / A. M. Ryan, Y. Bao // Health Serv. Res. – 2013. – № 48 (202). – P. 810–825.
10. Saltman R. B. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care // R. B. Saltman, A. Rico, W. G. W. Boerma. – European Observatory on Health Systems and Policies Series: Open University Press, 2006. – 286 p.
11. Schaufeli W. Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept / W. Schaufeli, A. Bakker // Work Engagement: A Handbook of Essential theory and Research. – New York: Psychology Press, 2010. – P. 10–24.

Стаття надійшла до редакції 13.10.2015.

В. Н. Лехан, Л. В. Крячкова, В. И. Колесник

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины»

Кафедра социальной медицины, организации и управления здравоохранением

ОЦЕНКА РОЛИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В РЕШЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ПРОФИЛЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В процессе развития первичной помощи стремительно возрастает роль врачей в решении распространенных медицинских проблем пациентов, лечении и дальнейшем наблюдении за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями – управляемыми патологиями.

Цель работы. Оценить изменения роли врачей первичного звена в решении распространенных медицинских проблем пациентов на основании анализа профилей врачебной деятельности.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди 170 врачей первичного звена в 2008–2009 гг. (1 группа – 42,35%) до начала преобразований в отрасли и в 2012–2013 гг. (2 группа – 57,65%) после проведения первого этапа модернизации в пилотных регионах с помощью стандартизированной анкеты (W.G.W. Voerma, D.M. Fleming, 2001).

Результаты и обсуждение. За первый период модернизации региональной системы здравоохранения первичное звено укрепило свою роль в качестве зоны первого контакта по решению распространенных медицинских проблем пациентов. Расширяется активность врачей первичного звена (доля

врачей с активным участием более 90%) в лечении и дальнейшем наблюдении за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями; рутинные измерения кровяного давления осуществляет 96,7% врачей первичного звена независимо от первоначальной причины обращения.

Выводы. Доказано, что первичное звено за последние годы укрепило свои позиции и стало в работе более профилактически направленным.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, врач первичного звена, врач общей практики/семейной медицины, профиль деятельности.

V. M. Lekhan, L. V. Kryachkova, V. I. Kolesnyk

State establishment «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»

Department of social medicine and health management

EVALUATION OF THE ROLE OF PRIMARY CARE PHYSICIANS IN THE SOLVING COMMON HEALTH ISSUES OF PATIENTS BY ANALYZING DOCTOR'S ACTIVITY PROFILES

The role of physicians in the solving common health issues, treatment and follow-up of patients with chronic non-infectious diseases (managed pathologies) are rapidly growing with the development of primary care.

Objective of research is to evaluate changes of the role of primary care physicians in the solving common health issues of patients on the basis of doctor's activity.

Materials and methods. The research was conducted among 170 primary care physicians before the beginning of transformation in the health field in 2008–2009 (Group 1 – 42,35%) and after the first stage of modernization in the pilot regions in 2012 – 2013 (group 2 – 57,65%) with the using of standardized questionnaires (Boerma, Fleming, 2001)

Results and discussion. During the first period of modernization of regional health systems primary link has strengthened its role as the first contact area of solving common health issues of patients. The activity of primary care physicians expands (doctors' share with the active participation is more than 90%) in the treatment and follow-up of patients with chronic non-infectious diseases; 96,7% of primary care physicians carry out routine measurement of blood pressure irrespective the original treatment cause.

Conclusions. It is proved that in recent years the primary care level became stronger and more preventative.

Keywords: primary health care, primary care physicians, general practitioner / family doctor, activity profile.

Н. В. Гречишкіна

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТЕСТУВАННЯ З СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЯК СКЛАДОВОЇ ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІНТЕГРОВАНОГО ІСПИТУ «КРОК 2. ЗАГАЛЬНА ЛІКАРСЬКА ПІДГОТОВКА»

Складовою частиною державної атестації студентів є встановлення відповідності рівня професійної компетентності випускника мінімально необхідному рівню згідно з вимогами Державних стандартів вищої освіти шляхом складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 2. Загальна лікарська підготовка».

Метою нашого дослідження було проведення психометричного аналізу результатів складання студентами ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 2. Загальна лікарська підготовка» з розділу соціальна медицина та організація охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Проаналізовані дані центру тестування МОЗ України щодо результатів складання іспиту в 2007 та 2014 роках з розділу соціальна медицина. Для психометричного аналізу використовувались два показники: індекс складності та індекс дискримінації.

Результати. Встановлено зниження показників складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 2. Загальна лікарська підготовка» з гігієнічного профілю. Виявлено недоліки в формуванні змісту буклетів з розділу соціальна медицина: включення занадто легких та занадто складних запитань.

Висновки. Формування буклетів потребує ретельного та якісного аналізу наявних в банку тестів завдань та недопущення включення запитань із заздалегідь невірною відповіддю.

Ключові слова: ліцензійний інтегрований іспит, соціальна медицина, індекс складності, індекс дискримінації.

Складовою частиною державної атестації студентів, які навчаються за спеціальностями напрямів підготовки «Медицина» є ліцензійний інтегрований іспит «Крок 2. Загальна лікарська підготовка» (ЛПІ Крок 2) – комплекс засобів стандартизованої діагностики рівня професійної компетентності. Метою ЛПІ Крок 2 є встановлення відповідності рівня професійної компетентності випускника мінімально необхідному рівню згідно з вимогами Державних стандартів вищої освіти [1]. Особливого значення набуває якість тесту, визначення якої базується на теоретико-методологічних засадах та методах, що використовуються під час аналізу результатів тестування. Зазвичай для аналізу використовуються аналітичні (експертні) та емпіричні (статистичні, математичні) методи. Самостійною функцією власне статистичного аналізу є психометричний аналіз – сукупність емпіричних методів визначення якості інструменту вимірювання, які базуються на даних самого вимірювання [2].

Метою нашого дослідження було проведення психометричного аналізу результатів складання студентами ЛПІ Крок 2 з розділу соціальна медицина та організація охорони здоров'я (соціальна медицина).

Матеріали та методи

Проаналізовані дані центру тестування при МОЗ України щодо результатів складання ЛПІ Крок 2 у 2007 та 2014 роках з розділу соціальна медицина серед вітчизняних студентів. Для психометричного аналізу використовувались два показники: індекс складності та індекс дискримінації. Індекс складності визначає кількість правильних відповідей на запитання серед усіх студентів, а також серед 25% найсильніших та 25% найслабших. Тестові запитання з індексом складності більше 0,84 надто легкі, від 0,36 до 0,84 середньої складності, від 0,20 до 0,36 надто складні, якщо індекс складності 0,20 та менше це можна вважати випадковим вгадуванням. Індекс дискримінації – різниця між індексом складності у сильних та слабких студентів, наскільки тестове завдання добре розподіляє сильних та слабких студентів. Тестові завдання з індексом дискримінації 0,4 та більше вказують, що завдання функціонує задовільно, якщо індекс дискримінації від 0,3 до 0,39, то потрібна невелика корекція завдання, від 0,2 до 0,29 – завдання потрібно переглянути. Індекс дискримінації 0,19 і менше, а також 0 чи від'ємний передбачає вилучення такого завдання з тесту як неякісного.

Результати

Показник складання ЛП Крок 2 серед студентів громадян України у 2014 році становив – 74,2%. В останні роки спостерігається його поступове зниження: 2011 – 91,8%; 2012 – 75,3%; 2013 – 76,4%. Результати складання ЛП Крок 2 в розрізі субтестів свідчать, що найнижчий показник за вісью 2 у гігієнічного профілю – лише 62,2%, до складу якого і входить розділ соціальна медицина. Для цього профілю також характерне зниження показників в динаміці, втім, як для інших профілів субтестів вісі 2 (рис. 1).

Серед 200 запитань буклету кількість питань гігієнічного профілю (табл. 1) зазвичай 25 (26), що складає лише 12,5–13%, в т. ч. питань з соціальної медицини – 11–12 (тобто 40–46% серед гігієнічних питань).

Враховуючи погіршення результатів складання ЛП Крок 2 нами проведено детальний аналіз буклету 2014 року, зокрема розділу соціальна медицина, який включав одинадцять запитань. Розподіл цих питань за темами наступний:

- показники здоров'я – 2;
- методи вивчення здоров'я – 2;
- використання відносних величин – 2;
- медична експертиза непрацездатності – 3;
- показники використання ліжкового фонду – 1;
- організація санітарно-епідеміологічного забезпечення – 1.

Детальний аналіз результатів 2014 року свідчить, що з 11 запитань розділу (табл. 2) лише відповіді на 4 запитання мають показники нижчі

ніж показник субтестів гігієнічного профілю по Україні (62,2%).

Представлені тестові завдання можна розділити на три групи: надто легкі, середнього рівня складності та складні.

В буклеті 2014 року надто легкими можна вважати 3 завдання – індекс складності яких 0,886; 0,925; 0,989, водночас індекс дискримінації останнього лише 0,03, що вказує на неможливість розподілу сильних та слабких студентів в даному тестовому завданні. Доцільно вилучити таке тестове завдання з банку даних, як неякісне.

До завдань середнього рівня складності відносяться 5 запитань – індекс складності яких від 0,51 до 0,80, а індекс дискримінації – від 0,27 до 0,55. Ці тестові завдання можна вважати достатньо інформативними для оцінювання студентів. Індекс дискримінації свідчить про задовільне функціонування цих завдань, хоча деякі з них і потребують незначної корекції.

Крім того, 3 запитання виявились складними, а 2 з них занадто складними – індекси складності становлять 0,20; 0,087; 0,039, індекси дискримінації відповідно 0,11; –0,05 та –0,04%. Вказані показники свідчать про неінформативність цих завдань. Слід зазначити, що одне з надскладних питань містить невірну відповідь, чим і пояснюється низький відсоток вірних відповідей на нього та негативний індекс дискримінації. Це питання слід вилучити з банку даних, як неякісне.

Нами проведено порівняльний аналіз психометричних характеристик буклету 2014 року з буклетом 2007 року (табл. 3).

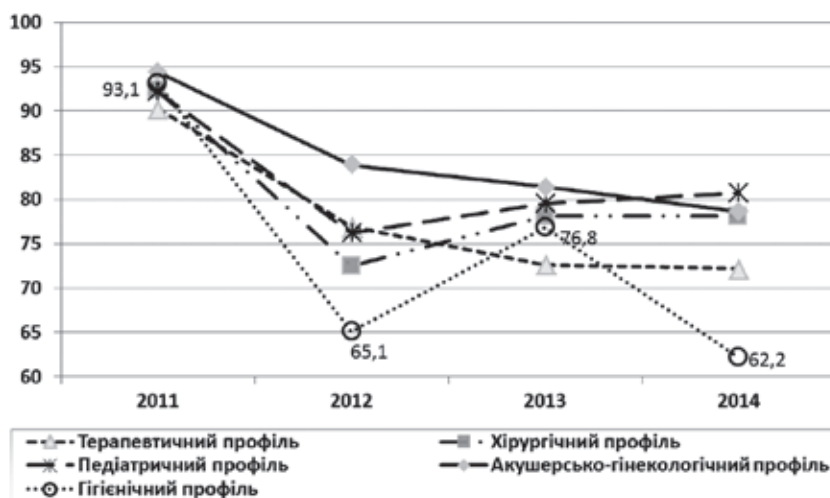


Рис. 1. Динаміка результатів ЛП Крок 2 за субтестами (вісь 2)

Таблиця 1

Частка питань гігієнічного профілю в динаміці

Рік	Кількість питань гігієнічного профілю	Кількість питань з соціальної медицини
2011	25	11
2012	25	12
2013	26	11
2014	25	11

Як видно з таблиці 3 в буклеті 2007 року було 10 питань з соціальної медицини, серед яких 4 можна вважати надто легкими (індекси складності від 0,888 до 0,953), 5 завдань середнього рівня складності (індекси від 0,601 до 0,836) та 1 запитання складне – відповідний індекс 0,225. Варто відмітити, що серед завдань цього буклету немає жодного з індексом дискримінації вищим за 0,4 (такий індекс свідчить про задовільне функціонування завдання) і лише 2 запитання мають зазначений індекс в межах 0,3–0,39. Однак, половина запитань (5) мала індекс дискримінації менший за 0,19 – не зовсім якісні запитання, які потребують вилучення.

На відміну від 2007 року в 2014 році запитання з соціальної медицини були дещо складнішими (вищі показники індексів дискримінації), але наявність негативних індексів вказує на необхідність більш якісної підготовки буклетів та ретельного аналізу наявних завдань з банку тестів.

Висновки

Результати складання ЛШ Крок 2 у 2014 році свідчать, що найнижчий показник серед субтестів за віссю 2 у гігієнічного профілю – лише 62,2%. Питання з розділу соціальна медицина є лише частиною гігієнічного профілю, яка складає 44%. Слід зазначити, що з 11 запитань розділу лише відповіді на 4 запитання мають показники нижчі ніж показник субтестів гігієнічного профілю по Україні (62,2%). Серед зазначених чотирьох запитань, два слід вилучити з банку даних, як неякісні (негативні індекси дискримінації), два варто переглянути та переробити.

Формування буклетів потребує ретельного та якісного аналізу наявних в банку тестів завдань та недопущення включення запитань із заздалегідь невірною відповіддю. Визначено необхідність розробки нових якісних тестових завдань для поповнення банку даних.

Таблиця 2

Індекси складності та дискримінації питань з соціальної медицини в буклеті 2014 року

№ запитання	Індекс складності			Індекс дискримінації
	серед всіх студентів	в т. ч. серед сильних	в т. ч. серед слабких	
1	0,989	0,999	0,969	0,03
2	0,925	0,984	0,820	0,16
3	0,886	0,970	0,743	0,23
4	0,800	0,948	0,591	0,36
5	0,798	0,940	0,641	0,30
6	0,626	0,894	0,345	0,55
7	0,622	0,756	0,486	0,27
8	0,510	0,673	0,393	0,28
9	0,200	0,262	0,152	0,11
10	0,087	0,082	0,128	-0,05
11	0,039	0,029	0,072	-0,04

Таблиця 3

Індекси складності та дискримінації питань з соціальної медицини в буклеті 2007 року

№ запитання	Індекс складності			Індекс дискримінації
	серед всіх студентів	в т. ч. серед сильних	в т. ч. серед слабких	
1	0,953	1,000	0,862	0,14
2	0,945	0,979	0,873	0,11
3	0,941	0,952	0,879	0,07
4	0,888	0,979	0,745	0,23
5	0,836	0,958	0,681	0,28
6	0,822	0,882	0,750	0,13
7	0,790	0,910	0,623	0,29
8	0,772	0,909	0,611	0,30
9	0,601	0,746	0,420	0,32
10	0,225	0,293	0,202	0,09

Список літератури

1. Про медичні ліцензійні іспити. – сайт Центру тестування при МОЗ України, режим доступу: <http://www.testcentr.org.ua/index.php/menu-mle/menu-goal.html>
2. Булах І. Є., Мруга М. Р. Створюємо якісний тест: навчальний посібник для викладачів, учителів та методистів / І. Є. Булах, М. Р. Мруга. – К.: Майстер-клас, 2006. – 160 с.

Стаття надійшла до редакції 09.11.2015.

Н. В. Гречишкіна

Національний медичний університет імені А. А. Богомольця

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КАК СОСТАВНОЙ ЛИЦЕНЗИРОВАННОГО ИНТЕГРИРОВАННОГО ЭКЗАМЕНА «КРОК 2. ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОДГОТОВКА»

Составной частью государственной аттестации студентов является установление соответствия уровня профессиональной компетентности выпускника минимально необходимому уровню согласно требованиям государственных стандартов высшего образования путем сдачи лицензионного интегрированного экзамена «Крок 2. Общая врачебная подготовка».

Целью нашего исследования было проведение психометрического анализа результатов сдачи студентами лицензионного интегрированного экзамена «Крок 2. Общая врачебная подготовка» по разделу социальная медицина и организация здравоохранения.

Материалы и методы. Проанализированы данные центра тестирования МЗ Украины по результатам сдачи экзамена в 2007 и 2014 годах по разделу социальная медицина. Для психометрического анализа использовались два показателя: индекс сложности и индекс дискриминации.

Результаты. Установлено снижение показателей сдачи лицензионного интегрированного экзамена «Крок 2. Общая врачебная подготовка» по гигиеническому профилю. Выявлены недостатки в формировании содержания буклетов по разделу социальная медицина: включение слишком легких и слишком сложных вопросов.

Выводы. Формирование буклетов требует тщательного и качественного анализа имеющихся в банке тестов заданий и недопущение включения вопросов с заранее неверной ответом.

Ключевые слова: лицензионный интегрированный экзамен, социальная медицина, индекс сложности, индекс дискриминации.

N. Hrechyshkina

Bogomolets National Medical University

ANALYSIS OF TEST RESULTS IN SOCIAL MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION AS A PART OF LICENSING INTEGRATED EXAM «KROK 2. GENERAL MEDICINE»

Matching of the competences professional rate of graduates from university to the minimal necessary rate according to the State standards of higher education due to passing of licensing integrated exam «Krok 2. General Medicine» is a part of state certification of students.

Aim of our study was conducting of psychometric analysis of the results in students' passing of licensing integrated exam «Krok 2. General Medicine» in the part of social medicine and health care organization.

Materials and methods. Data from the Testing Center of the Ministry of Health of Ukraine on the results of passing exam in 2007 and 2014 in social medicine were analyzed. For the psychometric analysis two indexes were analyzed: index of difficulty and index of discrimination.

Results. Getting worse in the results of passing of the licensing integrated exam «Krok 2. General Medicine» by hygienic profile was defined. There were some defects in booklet formation in chapter of social medicine, such as including into the booklet of too easy or too difficult questions.

Conclusions. Booklet formation requires careful and quality analysis of existing tests in the database and those tasks that have wrong answers in the base must be excluded from it.

Keywords: licensing integrated exam, social medicine, index of difficulty, index of discrimination.

С. П. Пасечніков^{1,2}, Н. О. Сайдакова², В. І. Гродзінський³

¹ Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

³ Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ТА НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

В роботі на підставі даних анамнестичного методу, експертних оцінок 183 історій хвороби жінок репродуктивного віку, що лікувалися з приводу гострого необструктивного пієлонефриту (ОНП), виявлені фактори ризику розвитку захворювання і його несприятливого перебігу. На підставі результатів кластерного аналізу сформовано чотири групи наступної спрямованості: можливі причини, клінічні, організаційні, соціальні. У подальшому за показниками відносного ризику доведена величина шансу кожної з них. Отримана інформація стала базою для обґрунтування і розробки концептуальної моделі профілактики ОНП. Особливість її полягає в персоніфікованому підході, міждисциплінарної і міжгалузевої позиції, інтервентивному принципі впливу на предиктори й детермінанти. Ключовим моментом є її спрямованість на необхідність виховання національної культури профілактики збереження і зміцнення індивідуального здоров'я.

Ключові слова: гострий необструктивний пієлонефрит, жінки репродуктивного віку, профілактика.

Проблема погіршення здоров'я населення України розглядається на всіх рівнях органів влади та охорони здоров'я. Незважаючи на чисельність намагань змінити ситуацію, на жаль, вони не відбилися позитивно на його стані. Положення широко обговорюються в інформаційних ресурсах [2, 5, 7, 11, 22]. Все частіше більшістю авторів при оцінці первинної та загальної захворюваності, смертності, інвалідності вказується на суттєву їх розбіжність із наявними ресурсами медичної галузі, досягненням в діагностиці та лікуванні. Особливо це стосується поширених та соціально значимих хвороб, які власне й формують негативну тенденцію [3, 10, 12, 16, 21]. За таких умов логічним є висновок про необхідність актуалізації профілактичного напрямку, система якого була порушена і вимагає відновлення. Мова йде не тільки про заходи попередження ускладнень під час лікування чи після нього. Акцент повинен надаватись, передусім, профілактиці розвитку захворювання [4, 9, 17, 20]. Базовою основою при реалізації такої роботи є контроль за чинниками ризику [8, 15]. Зазначене повною мірою має відношення й до урологічної служби. Стан здоров'я населення в цьому аспекті визначається нозологічними формами, які займають провідні місця в структурі захворюваності. Одне із них належить групі хвороб «інфекція нирок» і зокрема гострому пієлонефриту. Серед різних його форм, варто виділити гострий неускладнений пієлонефрит, як за поширеністю, так й за небезпечністю наслідків,

що відомо і висвітлено в літературі [1, 6, 13, 21]. Увагу привертає в цьому контексті факт частоти ураження осіб молодого, працездатного віку. В першу чергу, це стосується жінок репродуктивного віку, а звідси й особливе значення набуває питання профілактики розвитку у них ГНП, або, принаймні, прогнозування характеру перебігу хвороби з прийняттям відповідних заходів. Це має значення також в плані розподілу хворих за видом надання медичної допомоги, оскільки в структурі звернень та госпіталізацій таким хворим належить одне із провідних місць [19, 23].

Вищевикладене обумовило мету дослідження: обґрунтувати та запропонувати концептуальну модель профілактики розвитку та несприятливого перебігу гострого необструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку на основі інтервентивного, міждисциплінарного підходу, ключовим елементом якого стали визначені предиктори та детермінанти.

Матеріали і методи

Проведено аналітико-синтетичний, компаративний аналіз даних 183 історій хвороби жінок репродуктивного віку госпіталізованих з приводу гострого необструктивного пієлонефриту (ГНП). Базою дослідження були: ДУ «Інститут урології НАМН України» (відділ запальних захворювань) та урологічні відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва. Виявлені фактори

ризик несприятливого перебігу ГНП та їх ознаки були опрацьовані за допомогою кореляційного аналізу для встановлення оцінки взаємозв'язку двох ознак, а також показника відношення шансів (OR), який вказує на підвищений ризик у разі їх наявності. Для чого використані відомі методи [6, 14, 18]. За факторіальною, результативною їх спрямованістю сформовані чотири групи чинників ризику: передумови, клінічні, організаційні, соціальні. Для кожної розраховувався додатково усереднений відносний ризик. Вказані групи склали основу для обґрунтування та розробки моделі профілактики. Достовірність отриманих даних проводили на підставі розрахунків критеріїв Х² та Ст'юдента.

Результати та їх обговорення

Основою обґрунтування концепції профілактики стали, виявлені при вивченні 183 історії хвороби пацієнток репродуктивного віку із ГНП,

фактори ризику, що спричиняють його розвиток та ускладнюють перебіг. Їх виявилось 26, кожен з них мав свої ознаки, яких в сумі було 104. Завдяки кластерному аналізу вони були згруповані за принципом логічної підпорядкованості можливого усунення в чотири групи: соціальні, клінічні, ймовірні передумови, організаційні.

Для кожної із чотирьох груп був розрахований усереднений відносний ризик. Тобто встановлено місце і впливовість окремої, що мотивує першочерговість дій та залучення тих чи інших структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, суміжних соціальних, громадських організацій. На рисунку 1 представлені результати проведеної роботи.

Як виявилось, найважливішими причинами несприятливого перебігу ГНП є не клінічні прояви захворювання, які стереотипно вважаються основними, а його передумови, які в той або іншій мірі оцінюються як предиктори. Вплив останніх сумарно становить: OR=13,02; 95% CI: 5,19–32,91; p<0,001. Визначаються вони головним

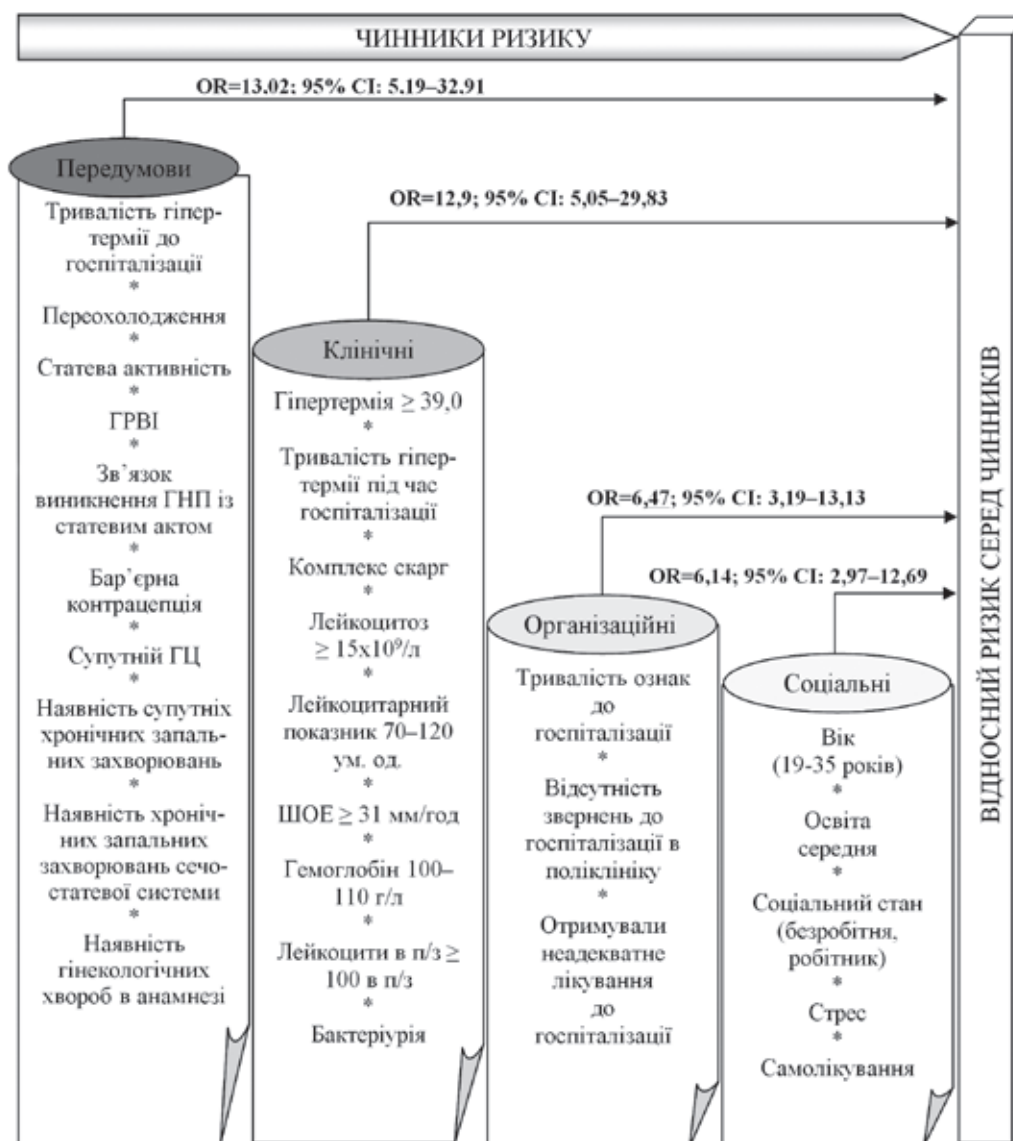


Рис. 1. Чинники та величина шансу їх впливу на ймовірність розвитку гострого необструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку

чином наявністю супутніх хронічних запальних захворювань, окреме місце серед яких займають гострі та хронічні хвороби сечостатевої системи, особливо гострий цистит. Важливе значення належить наявності гінекологічних хвороб. Серед хвороб інших органів і систем – ГРВІ. Отримано підтвердження необхідності врахування детермінант, так званих «поведінкових» чинників, яким зараз в літературі приділяється увага. До них віднесені, передусім, статева активність, зв'язок із статевим актом, бар'єрна контрацепція. Має до цього відношення також переохолодження та тривалість, зокрема, гіпертермії до госпіталізації, у випадках, коли хворі байдуже ставилися до власного здоров'я. Як бачимо, всі ці чинники легко, без суттєвих додаткових витрат, піддаються корекції через дотримання принципів диспансеризації, реабілітації, належну організацію інформаційного забезпечення населення і жінок, зокрема. Зрозуміло, що такий напрям реалізації діяльності частково вимагає системних державних програм та стратегій. Проте, й на рівні закладу охорони здоров'я із залученням фахівців суміжних спеціальностей можна оптимізувати активне спостереження за найбільш вразливою категорією жінок та санітарно-просвітницьку роботу.

Не менш важливими причинами, які стоять на другому місці за своєю впливовістю на характер перебігу ГНП, є клінічні прояви, що цілком узгоджуються із загальноприйнятим уявленням (сумарно OR=12,19; 95% CI: 5,05–29,83; p<0,001). Уваги потребує наявність комплексу скарг, що є типовими для ГНП, проте серед них виділяється тривала гіпертермія під час госпіталізації, величини якої сягають > 39°C. Швидкому реагуванню повинні піддаватись випадки, при яких лейкоцитоз $\geq 15 \times 10^9$ /л, лейкоцитарний показник – 70–119 ум. од., ШОЕ ≥ 31 мм/год, гемоглобін 100–110 г/л, лейкоцити в полі зору ≥ 100 ; наявна бактеріурія. На сьогоднішній час покращення надання спеціалізованої допомоги пов'язано медичною активністю, наявністю взаємозв'язку пацієнт–медичний персонал, із чітким дотриманням стандартів, уніфікованих та локальних протоколів медичного допомоги. Тобто їх корекцію, з рештою як і попередньої групи чинників, можливо забезпечити в умовах і на рівні конкретного закладу охорони здоров'я, та, навіть, на догоспітальному етапі. Для цього необхідним є комплексний підхід із залученням фахівців разом із лікарями загальної практики/сімейними, а також обізнаність населення.

Підсумовуючи зазначимо, що обидві вищезазначені групи факторів на основі принципів доказовості визнані провідними і близькими за своєю впливовістю на результат лікування ГНП. Тобто у 13 і 12 разів збільшується ризик незадовільного перебігу захворювання за наявності факторів першої та другої груп відповідно.

Наступні дві групи (організаційна та соціаль-

на) також виявилися близькими за вказаною ознакою. Серед чинників несприятливого перебігу ГНП організаційні знаходяться на третьому місці (сумарно OR=6,47; 95% CI: 3,19–13,13; p<0,001). Провідними складовими цієї групи факторів є: тривалість ознак до госпіталізації, відсутність звернень в поліклініку, не отримання адекватного лікування. Як видно, вони чітко пов'язані із ступенем обізнаності населення і жінок, зокрема, щодо необхідності своєчасного отримання кваліфікованої медичної допомоги при появі ознак захворювання, володінням інформацією щодо його проявів, виховання медичної культури в плані дотримання здорового способу життя та уважного ставлення до власного здоров'я. Вони можуть бути вирішені при конкордантності дій населення та лікарів при підтримці державних органів різного рівня та засобів масової інформації.

Не менш значимими стали чинники, що відбивають соціальний аспект питання (сумарно OR=6,14; 95% CI: 2,97–12,69; p<0,001). Серед них: жінки 19–35 років із середньою освітою, мають професію робітника, а особливо безробітні, наслідком чого, певною мірою, є стрес та самолікування, які й самі по собі з різних причин широко поширені серед різних верств населення. Як видно, складається профіль осіб, які вимагають залучення, як до профілактики захворювання, так й лікування, соціальної служби. Це жінки без достатньої підтримки з боку родини, оточуючих, з низьким індексом соціальної активності, з низькою самооцінкою власного здоров'я, недооцінкою здорового способу життя, із скаргами на часті стреси.

Таким чином, за суттю прокоментованих вище чотирьох основних груп чинників стає очевидною їх єдність в спрямованості можливого покращення не тільки результатів лікування ГНП, яке реально у більшості випадків за дотриманням певних умов, може бути проведено в поліклініці. Крім того, стає можливим попередження його розвитку – оптимізувати профілактику з найменш витратних позицій.

Виходячи із основної мети сучасної концепції розвитку охорони здоров'я, на підставі отриманих результатів власного дослідження була обґрунтована та розроблена концептуальна модель профілактики розвитку та несприятливого перебігу ГНП у жінок репродуктивного віку (рис. 2). Прокоментуємо основні положення моделі. Передусім наголосимо, що стратегія обґрунтування профілактики гострих інфекційних необструктивних захворювань сечовивідної системи полягає у забезпеченні поєднання комплексної роботи по усуненню або зменшенню впливу чинників ризику та їх детермінантів із удосконаленням системи надання спеціалізованої допомоги з метою найбільш ефективної профілактики захворювання на основі інтегральної міждисциплінарної, міжгалузевої її спрямованості із дотриманням вертикальних та горизонтальних взаємозв'язків.

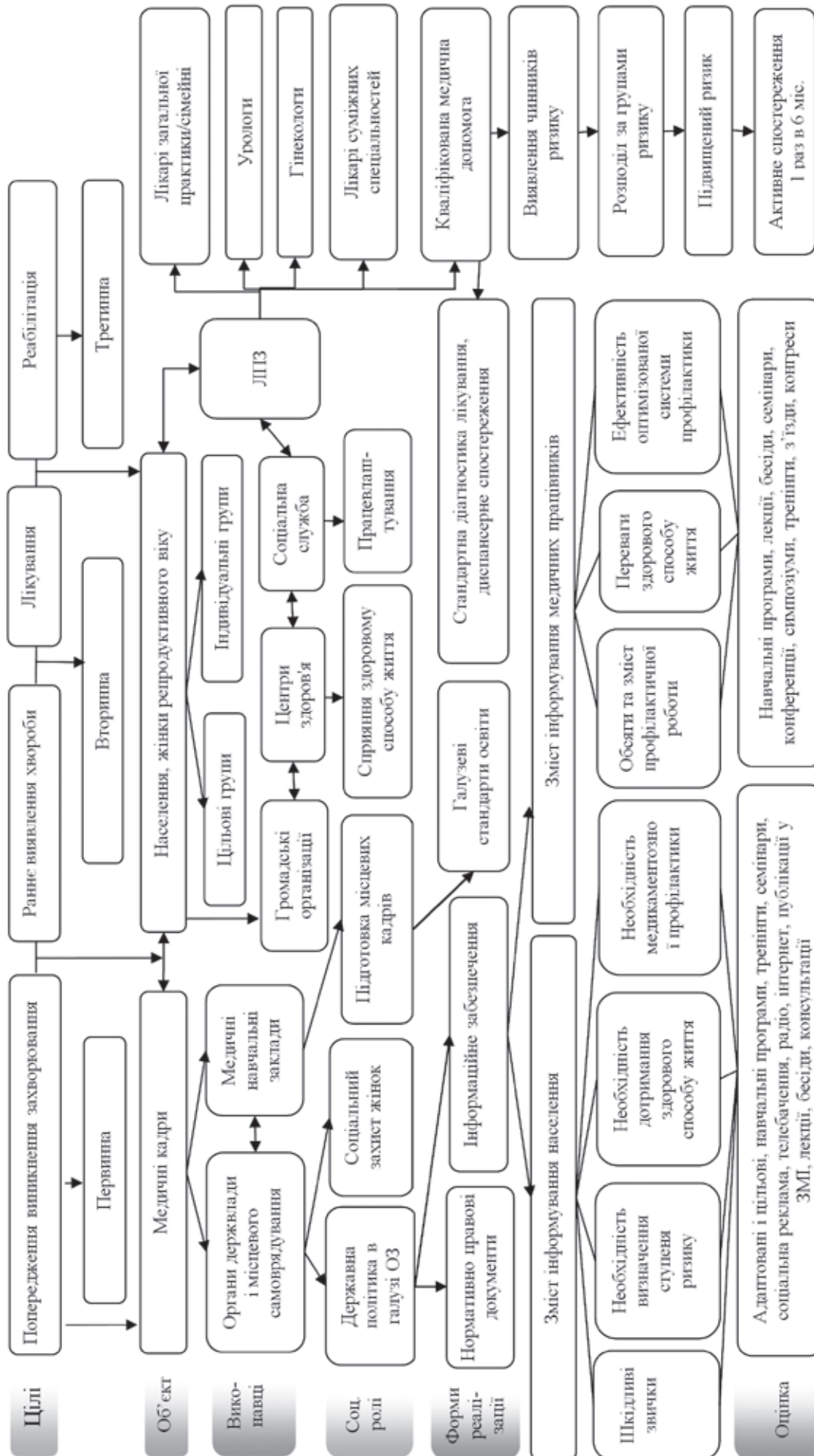


Рис. 2. Концептуальна модель профілактики розвитку та несприятливого перебігу гострого небаструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку

В основу зазначеної стратегії та її тактики покладені принципи державної політики в галузі охорони здоров'я. Тому обґрунтованим блоком є включення в модель органів державної влади і місцевого самоврядування, підтримка яких забезпечує максимальне втілення елементів в практику. Тактичним напрямом моделі став розподіл соціальних ролей і функціональних взаємозв'язків між зацікавленими в досягненні мети структурними елементами на державному, регіональному, груповому та індивідуальному рівнях.

В моделі виділено 6 елементів: ціль, об'єкт, виконавці, соціальні ролі, форми реалізації, оцінка результату. Кожний з них передбачає сукупність засобів, необхідних для виконання. Виділені вище мішені впливу з оптимізації роботи різних ланок: медичної служби, соціальної, громадських організацій стали підґрунтям до розробки дій, спрямованих на досягнення цілі. Окреме значення при цьому має посилення підтримки державних та місцевих органів влади. Важливим є аспект запровадження комунікації правових та інформаційних взаємовідносин медичних працівників, пацієнтів, державних і громадських структур.

Невід'ємною складовою запропонованої моделі став її якісний елемент по забезпеченню комплексного спостереження за станом здоров'я жінок, що орієнтований на усунення чи невілювання перших двох груп факторів (передумови розвитку несприятливого перебігу захворювання та клінічних проявів). Воно передбачає конкордантність, цілеспрямованість заходів з боку урологів, гінекологів, лікарів загальної практики/сімейної медицини із залученням фахівців інших спеціальностей на новому принципі. Він полягає в розподілу жінок на групи лікування та динамічне спостереження за ними, що здійснюється на підставі стратифікації ризику хвороби (низький, помірний, високий). Крім того, відображає сучасні тенденції до персоніфікованого вибору відповідного комплексу цілеспрямованих заходів профілактики, визначення ймовірності розвитку ГНП та характеру його перебігу, як основи вибору типу лікувального закладу по забезпеченню адекватної спеціалізованої допомоги. З іншого боку, такий підхід стимулює поінформовану активність жінок стежити за змінами у здоров'ї, мотивує вчасне звернення до лікаря, дотримання обстежень та призначень.

Питання надання якісної медичної допомоги включає не тільки сам процес діагностики, лікування, відновної терапії. Вагомим аспектом її діяльності є профілактична робота. Наявність дотримання динамічних стандартів об'єму медичного обслуговування по окремим його видам є принциповою складовою. В зв'язку з чим виправданим вважаємо включення таких блоків як підготовка кадрів, яку очолюють відповідні медичні навчальні заклади і де, із залученням

провідних фахівців з питання, розробляються клінічні настанови.

Важливою складовою комплексного спостереження є збереження існуючих, виправданих з роками принципів профілактики. Мова йдеться про проведення заходів, спрямованих на збереження здоров'я окремих, цільових груп населення, серед яких одне із перших місць належить жінкам репродуктивного віку. До їх здійснення залучаються громадські організації, центри здоров'я.

Кожний блок програми характеризується множинними зв'язками із діяльністю установ та закладів, що несуть відповідальність за здоров'я в даному випадку жінок репродуктивного віку. Їх функціональні обов'язки доповнюють один одного, а адекватна організація їх діяльності створює умови для конкордантності дій у досягненні позитивних наслідків.

Зазначене обґрунтовує потребу акцентувати увагу на організаційному аспекті, який за впливовістю займає третє місце, на що наголошувалось вище. Питання, як і належить, перегукуються між необхідністю удосконалення системи ОЗ в плані поширення диспансерного спостереження, як конкретного метода впровадження профілактичного напрямку та підвищення медичної активності контингенту. Більшою мірою їх реалізація, при наявності нормативно-правових документів, пов'язана із інформаційно-освітницькими цільовими програмами. Тобто є потреба у підготовці лікарів, особливо загальної практики, та підвищенні поінформованості населення. З цієї метою в моделі передбачено обидва вказані напрями. Варто тут підкреслити міждисциплінарний підхід до профілактики. За умов сьогодення саме він забезпечує результативність. Адже, таким чином, за рахунок знань із інших дисциплін, залучення фахівців суміжних спеціальностей розширюються її можливості. З позиції значимості формування у жінок основ профілактики принцип стратифікації ризику став передумовою створення якісно нової складової блоку інформаційного забезпечення. Передбачається використання як традиційних форм і методів навчання, так і запровадження адаптованих цільових навчальних програм, семінарів та тренінгів для груп жінок з різним рівнем ризику.

Всебічний характер моделі, міжгалузєва її структура досягається за рахунок наявності в ній блоку соціальної допомоги, яка за значимістю не менша, ніж адекватна організація медичної допомоги. Мішенями її впливу є цільові повікові групи жінок із середньою освітою, що не мають роботи або мають робітничу професію, що, певним чином, формує їх поведінку, яка не узгоджується з уявленням здорового способу життя, наслідком чого у них частіше за інших спостерігаються несприятливі психоемоційні стани, стреси, самолікування, тощо.

Таким чином, обґрунтовано і розроблено концептуальну модель профілактики розвитку несприятливого перебігу ГНП у жінок репродуктивного віку за принципом персоніфікованого підходу шляхом залучення якісно нових положень щодо медико-соціального забезпечення даної категорії населення на основі інтервензивної, міждисциплінарної позиції відносно необхідності реалізації багатоаспектних напрямів спрямованих на заохочення дотримання здорового способу життя, збереження власного здоров'я та підвищення рівня медичної активності, а по суті, необхідність виховання національної культури профілактики щодо збереження та зміцнення індивідуального здоров'я.

Висновки

У жінок репродуктивного віку, хворих на ГНП, виявлені чинники ризику з їх ознаками несприятливого перебігу захворювання були згруповані в чотири групи за принципом можливого усунення: соціальні, клінічні, ймовірні передумови, організаційні.

Визначені показники шансу впливу кожної із чотирьох груп ризику на ймовірність розвитку гострого необструктивного пієлонефриту у жінок

репродуктивного віку.

Встановлено, що за величиною відносного ризику найбільш несприятливими в аспекті питання є групи чинників в наступному порядку: передумови, клінічні, організаційні, соціальні.

На основі компаративного, логічного аналізу чинників доведена їх ідентичність як ризиків розвитку ГНП, так й несприятливого його перебігу у жінок репродуктивного віку.

Обґрунтована стратегія і тактика профілактики розвитку ГНП та несприятливого його перебігу у жінок репродуктивного віку, основу якої складає інтегральний, міждисциплінарний, міжгалузевий принцип роботи з контингентом при дотриманні вертикальних та горизонтальних зв'язків між органами влади, суспільними організаціями, фахівцями різних спеціальностей (урологи, гінекологи, лікарі загальної практики / сімейні).

Розроблена концептуальна модель профілактики розвитку та несприятливого перебігу ГНП у жінок репродуктивного віку за принципом персоніфікованого підходу на основі інтервензивної та міждисциплінарної позиції відносно нівелювання факторів ризику та необхідності виховання національної культури профілактики щодо збереження та зміцнення власного здоров'я.

Список літератури

1. Галкин В. В. Эффективность и безопасность Цефиксима и Ципрофлоксацина при остром цистите (многочетное рандомизированное исследование) / В. В. Галкин, И. В. Малеев, Е. В. Довгань, С. Н. Козлов, В. В. Рафальский // Урология. – 2011. – № 1. – С. 13–16.
2. Голубчиков М. В. Соціологічне дослідження стану та проблем надання медичної допомоги населенню у регіонах України / М. В. Голубчиков, Н. М. Орлова // Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць Укр. військово-медичної академії. – 2011. – Вип. 29. – С. 304–309.
3. Зіменковський А. Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина / А. Б. Зіменковський. – К., 2007. – 34 с.
4. Игнатовский А. В. Хламидийная инфекция: вопросы качества медицинской помощи / А. В. Игнатовский, Е. В. Соколовский // Урология. – 2011. – № 2. – С. 59–62.
5. Карташова С. С. Показники смертності як індикатори стану здоров'я / С. С. Карташова, О. І. Тимченко, Е. М. Омельченко // Укр. мед. альманах. – 2009. – Т. 12, № 2. – С. 82–84.
6. Коган М. И. Могут ли неклостридиально-анаэробные бактерии вызывать острый пиелонефрит? (экспериментальное исследование) / М. И. Коган, Д. Г. Пасечник, Ю. Л. Набока, Х. С. Ибишев, З. И. Газзев, И. А. Гудима // Урология. – 2012. – № 2. – С. 8–13.
7. Комплексна оцінка медико-демографічної ситуації як складова методології розробки державних цільових програм в охороні здоров'я / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. 1. Галієнко [та ін.] // Східноєвропейський журнал громад. здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 238–247.
8. Колесник Н. А. Концептуальная модель рецидивирующих инфекций мочевой системы / Н. А. Колесник, Г. Н. Дранник, В. С. Дрянская, А. В. Руденко [и др.] // Укр. журнал нефрол. та діалізу. – 2011. – № 2. – С. 5–17.
9. Кульчевеня Е. В. Частота возникновения циститов в зависимости от вида контрацепции / Е. В. Кульчевеня, Е. В. Брижатюк, В. Т. Хомяков, А. А. Бреусов // Урология. – 2013. – № 1. – С. 41–44.
10. Любінець О. В. Медико-соціальне обґрунтування подовження середньої очікуваної тривалості життя населення України: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина / О. В. Любінець. – К., 2011. – 40 с.
11. Медик В. А. Роль здравоохранения в реализации концепции демографической политики на региональном уровне / В. А. Медик // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 3–7.
12. Набока Ю. Л. Микробный спектр мочи молодых здоровых женщин / Ю. Л. Набока, И. А. Гудима, М. И. Коган, М. Л. Черницкая // Урология. – 2010. – № 5. – С. 7–10.
13. Руденко А. В. Інформативність результатів мікробіологічних досліджень для удосконалення етіологічної діагностики гострого пієлонефриту / А. В. Руденко, С. П. Пасечніков, О. М. Корніліна, В. Т. Кругліков, М. В. Мітченко [и др.] // Лаб. діагностика. – 2012. – № 3. – С. 31–36.
14. Пасечніков С. П. Вплив менструального циклу та інфекційно-запальних процесів геніталій на частоту

- виникнення гострого неускладненого пієлонефриту у жінок репродуктивного віку / С. П. Пасечников, М. В. Мітченко, П. О. Самчук // Урологія. – 2015. – Т. 19, № 3. – С. 55–59.
15. Перепанова Т. С. Российские результаты международного эпидемиологического исследования клинических аспектов и резистентности к антимикробным препаратам возбудителей цистита у женщин (АРЕ С): значение для эмпирической терапии / Т. С. Перепанова, Л. А. Синякова, А. В. Зайцев, Р. С. Козлов // Урология. – 2011. – № 2. – С. 30–36.
 16. Синякова Л. А. Профілактика рецидивуючих інфекцій нижніх мочевиводячих путей – взгляд из прошлого в будущее / Л. А. Синякова, М. Л. Штейнберг // Урология. – 2012. – № 4. – С. 83–86.
 17. Савичева А. М. Микробиологические исследования в диагностике репродуктивного значимых инфекций: прогресс за 20 лет / А. М. Савичева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – № 1. – С. 45–50.
 18. Страчунский Л. С. Практические подходы к выбору антибиотиков при неосложненных инфекциях мочевыводящих путей / Л. С. страчунский, А. А. Рафальский, С. В. Сохин, Э. Р. Аббарова // Урология. – 2000. – № 2. – С. 8–14.
 19. Тец Г. В. Особенности совместного действия Левофлоксацина и ДНКазы на биопленки возбудителей урогенитальных инфекций / Г. В. Тец, Н. К. Артеменко, Н. В. Заславская, В. В. Тец // Урология. – 2012. – № 1. – С. 21–24.
 20. Kesteloot H. Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000 / H. Kesteloot, S. Sans, D. Kromhout // European Heart Journal. – 2006. – Vol. 27. – P. 107–113.
 21. Preventing chronic diseases: A vital investment. Geneva, World Health Organization, 2005. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf.
 22. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Geneva, World Health Organization, 2005. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html.
 23. Whitehead M. Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden / M. Whitehead, B. Burstorm, F. Diderichsen // Social Science & Medicine. – 2010. – Vol. 50. – P. 255–270.

Стаття надійшла до редакції 13.11.2015.

С. П. Пасечников^{1,2}, Н. А. Сайдакова², В. И. Гродзинский³

¹ Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, г. Киев

² ГУ «Институт урологии АМН Украины»

³ Ивано-Франковская областная клиническая больница

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ РОЗВИТТЯ І НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕННЯ ОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПІЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

В работе на основании данных анамнестического метода, экспертных оценок 183 историй болезни женщин репродуктивного возраста, лечившихся по поводу острого не obstructивного пиелонефрита (ОНП), выявлены факторы риска развития заболевания и его неблагоприятного течения. На основании результатов кластерного анализа сформированы четыре группы следующей направленности: возможные причины, клинические, организационные, социальные. В последующем за показателями относительного риска доказана величина шанса каждой из них. Полученная информация стала базой для обоснования и разработки концептуальной модели профилактики ОНП. Особенность ее состоит в персонализированном подходе, междисциплинарной и междуотраслевой позиции, интервентивном принципе влияния на предикторы и детерминанты. Ключевым моментом является ее направленность на необходимость воспитания национальной культуры профилактики сохранения и укрепления индивидуального здоровья.

Ключевые слова: острый obstructивный пиелонефрит, женщины репродуктивного возраста, профилактика.

S. P. Pasechnikov^{1,2}, N. O. Saidakova², V. I. Grodzinskiy³

¹ Bogomolets National Medical University

² SI "Institute of Urology AMS of Ukraine"

³ Ivano-Frankivsk Regional Hospital

CONCEPTUAL MODEL OF PROPHYLACTICS AGAINST THE DEVELOPMENT AND UNFAVOURABLE COURSE OF ACUTE NON-OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Based on the outcomes of the anamnestic method, the expert analysis of 183 case reports of women at reproductive age treated for acute non-obstructive pyelonephritis (ANP), the risk factors of the

development of a disease and its unfavourable course were found out. The results of the cluster analysis were the base to form the groups of the following directions: possible causes, clinical, organizing, social. Subsequently, by the indices of relative risk the chance value was determined for every of them. The received information became the base for substantiation and development of a conceptual model for ANP prophylactics. Its peculiarity is in a personalized approach, interdisciplinary and interbranch position, interventive principle of influence on the predictors and determinants. The key moment is the orientation on the necessary education of national culture on prophylactics of preservation and strengthening of individual health.

Keywords: acute non-obstructive pyelonephritis, women of reproductive age, prophylactics.

Д. А. Лашкул

Запорізький державний медичний університет

БИОМАРКЕРИ НИРКОВОЇ ФУНКЦІЇ ТА КАРДІАЛЬНОГО ФІБРОЗУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ ЩО АСОЦІЙОВАНА З МІТРАЛЬНОЮ РЕГУРГІТАЦІЄЮ

Мітральна регургітація чутливий предиктор ранніх змін геометрії лівого шлуночка і має несприятливий прогноз у хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН). З метою виявлення особливостей і взаємозв'язків між ступенем важкості мітральної регургітації, біомаркерами кардіального фіброзу і ниркової функції у 318 хворих на хронічну серцеву недостатність ішемічного генезу за допомогою імуноферментного аналізу, ехокардіографії вивчено зазначені параметри. Встановлено, що збільшення ступеня важкості мітральної регургітації при хронічній серцевій недостатності супроводжується зниженням функціонального стану нирок, підвищенням рівня NTproBNP, альдостерону, NGAL, галектину-3, цистатину С, ST2. За результатами покрокового багатofакторного регресійного аналізу незалежними предикторами для мітральної регургітації у хворих на ХСН ішемічного генезу є швидкість клубочкової фільтрації, рівні альдостерону, цистатину С та ST2 ($R^2=0,33$; $p=0,0002$). Це свідчить про те, що патологічне ремоделювання лівого шлуночка з формуванням мітральної регургітації у хворих на ХСН ішемічного генезу асоціюється зі зниженням функціонального стану нирок, порушенням обміну позаклітинного матриксу з підвищенням рівня біомаркерів пошкодження нирок.

Ключові слова: серцева недостатність, мітральна регургітація, фіброз, нирки.

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є однією з основних причин смертності кардіологічних хворих багатьох країн світу. Важливою залишається проблема ідентифікації факторів ризику смерті у хворих на ХСН. Мітральна регургітація чутливий предиктор ранніх змін геометрії лівого шлуночка і має несприятливий прогноз у хворих на ХСН [1]. Ремоделювання серця є важливим чинником, що визначає клінічний результат ХСН, оскільки пов'язане з прогресуванням захворювання і несприятливим прогнозом. Незалежно від етіології, процес ремоделювання є загальним механізмом прогресування ХСН. Ремоделювання відбувається в екстрацелюлярному матриксі (ЕЦМ), який є структурним компонентом міокарда, постійно синтезується і піддається деградації [2].

Частота ХСН і хронічної хвороби нирок (ХХН) неухильно зростає зі старінням населення. Серцева дисфункція може призвести до ниркової дисфункції, і навпаки [3]. В останні роки спостерігається значний інтерес до клітинної та тканинної реакції у відповідь на пошкодження, які призводять до розвитку фіброзу. Є велика кількість потенційних ранніх медіаторів клітинного пошкодження у відповідь на ішемію, нейрогормональну активацію, біомеханічний стрес і сигналізацію аномальних клітин [4]. Багато досліджень показують, що інтерстиціальні клітини в обох органах мають спільні системи зв'язку, які призводять до позитивної регуляції

і проліферації фібробластів і міофібробластів, що виробляють і виділяють проколаген I типу який бере участь у формуванні зрілого колагену і є основною одиницею фіброзу [5]. В той же час, недостатньо вивчені питання щодо взаємозв'язків між хронічною ішемічною мітральною регургітацією, біомаркерами кардіального фіброзу та ниркової дисфункції у хворих на хронічну серцеву недостатність.

Мета дослідження. Встановити особливості і взаємозв'язки між біомаркерами кардіального фіброзу, ниркової функції при хронічній серцевій недостатності ішемічного генезу в залежності від ступеня важкості мітральної регургітації.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведене на базі відділення аритмій та серцевої недостатності Комунальної установи «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» Запорізької обласної ради. Дослідження було виконано відповідно до стандартів належної клінічної практики (Good Clinical Practice) і принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження був схвалений Етичним комітетом Запорізького державного медичного університету. До включення в дослідження у всіх учасників було отримано письмову інформовану згоду. Обстежено 336 хворих (280 чоловіків та 56 жінок) з хронічною серцевою недостатністю ішемічного генезу, середній вік 59

[53–67] років. ХСН діагностували і оцінювали згідно Рекомендацій з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2012) Асоціації кардіологів України та Української Асоціації фахівців з серцевої недостатності [6]. Пацієнти були розподілені на групи в залежності від ступеня важкості МР: першу групу склали 194 (57,8%) хворих на ХСН з м'якою МР, другу групу склали 108 (32,1%) хворих на ХСН з помірною МР і третю групу склали 34 (10,1%) хворих з тяжкою МР. Хронічну серцеву недостатність 2 функціонального класу (ФК) діагностовано у 115 (34,2%) хворих, 3 ФК – у 202 (60,1%), 4 ФК – у 19 (5,7%) пацієнтів. Швидкість клубочкової фільтрації розраховували за формулою MDRD (Modification of Diet in Renal Disease).

Допплер-ехокардіографічне дослідження проводили на апараті «VIVID 3 Expert», («General Electric», США) за стандартною методикою з визначенням показників систолічної, діастолічної функції ЛШ. Напівкількісна оцінка потоку регургітації з використанням таких показників, як максимальна тривалість струменя, площа та відношення викиду до площі лівого передсердя, рекомендована для оцінки тяжкості МР [7]. Геометрія та площа потоку регургітації оцінюються з багатьох позицій, і тяжкість МР градується за рівнем зростання (1–2+ – м'яка, 3+ – помірна, 4+ – тяжка МР). Кількісна класифікація регургітації базується на визначенні об'єму регургітації (різниця між мітральним та аортальним ударними об'ємами) та ефективної площі отвору регургітації (відношення об'єму регургітації до інтегрального часу швидкості регургітації).

Зразки крові для подальшого визначення рівнів N-кінцевого фрагменту натрійуретичного пептиду (NT-proBNP), цистатину С (ЦисС), стимулюючий фактор росту, що експресується геном 2 (ST2), галектину-3, матриксної металопротеїнази-9 (ММП-9), нейтрофільний желатиназо-асоційований ліпокалін (NGAL) відбирали безпосередньо після верифікації діагнозу, центрифугували, а потім заморожували та зберігали при -70°C , поки не були виконані аналізи. Вміст зазначеного маркера вимірювали за допомогою техніки ELISA (імуноферментний аналіз) з використанням наборів фірми «Biomedica Slovakia s.r.o.» (Братислава, Словаччина), BioVendor» (Брно, Чеська Республіка), «R&D Systems» (Міннеаполіс, США), «Bender MedSystems» (Відень, Австрія), «Uscn Life Science Inc.» (Ухань, Китайська Народна Республіка) в Навчальному медико-лабораторному центрі Запорізького державного медичного університету (начальник – професор А. В. Абрамов). Калібрування було виконано відповідно до заводських рекомендацій і нормалізовано за стандартною кривою.

Статистична обробка проводилася за допомогою пакету статистичних програм «Statistica 6.0» (пакет StatSoft Inc, США, № ліцензії

AXXR712D833214FAN5). Всі дані представлені в вигляді середнього значення (M), стандартного відхилення ($\pm\text{SD}$), медіани (Me), міжквартильного інтервалу (МКІ). Гіпотезу про нормальність розподілу досліджуваних показників перевіряли з використанням критерію Шапіро-Уїлка. Для порівняння статистичних характеристик у різних групах використовували множинне порівняння за однофакторним дисперсійним аналізом Крускала-Уолліса (Kruskal-Wallis ANOVA), з попарним співставленням за критерієм Манна-Уїтні (Mann-Whitney U Test). Для аналізу таблиць спряженості 2×2 при порівнянні категоризованих змінних застосовували двосторонній точний критерій Фішера або Chi^2 тест. Для аналізу спрямованості і сили зв'язку між певними показниками використовували метод кореляційного аналізу з обчисленням коефіцієнтів Спірмена. Для виявлення зв'язку між досліджуваними показниками проводили багатофакторний регресійний аналіз та розраховували стандартизовані регресійні коефіцієнти (бета) та звичайні регресійні коефіцієнти (B), які дозволяють порівняти відносний внесок кожної незалежної змінної в передбачення залежної змінної. Відмінності вважали достовірними при значеннях $p < 0,05$.

Результати дослідження

Загальна характеристика хворих представлена у таблиці 1. Хворі на ХСН ішемічного ґенезу з тяжкою МР були старші за віком, в анамнезі частіше відмічається артеріальна гіпертензія та наявність фібриляції передсердь. Обтяження МР асоціюється зі збільшенням функціонального класу ХСН та зниженням швидкості клубочкової фільтрації.

При аналізі даних імуноферментного аналізу (рис. 1–3) встановлено що у хворих на ХСН ішемічного ґенезу з тяжкою МР в порівнянні з групами з м'якою та помірною МР вище рівень NTproBNP (на 47,7% і 7%), альдостерону (на 33% і 13%), цистатину С (на 19% і 9%), ST2 (на 14% і 13%), галектину-3 на (17% і 23%), NGAL (на 23% і 17%).

Кореляційний аналіз в групі хворих на ХСН ішемічного ґенезу з тяжкою МР засвідчив наявність взаємозв'язків між цистатином С та ШКФ ($r = -0,52$; $p = 0,02$), NTproBNP ($r = 0,61$; $p = 0,02$), NGAL ($r = 0,67$; $p = 0,02$), ТЛАСист. ($r = 0,66$; $p = 0,01$), галектином-3 та цистатином С ($r = 0,65$; $p = 0,03$), NTproBNP ($r = 0,68$; $p = 0,03$), ST2 ($r = 0,53$; $p = 0,03$), ММП-9 ($r = 0,65$; $p = 0,04$), альдостероном та креатиніном ($r = 0,49$; $p = 0,04$).

За результатами покрокового багатофакторного регресійного аналізу в започаткованій моделі (табл. 2), де $R = 0,57$, $R^2 = 0,33$ ($p = 0,0002$), незалежними предикторами для залежної змінної МР у хворих на ХСН ішемічного ґенезу є ШКФ, рівні альдостерону, цистатину С та ST2.

Загальна характеристика хворих на ХСН ішемічного генезу

Показник, одиниці виміру	Ступінь мітральної регургітації		
	М'яка (n=194)	Помірна (n=108)	Тяжка (n=34)
Демографічні та анамнестичні дані			
Вік, роки	57 [51–66]	60 [54–66]	62 [54–72]*
Чоловіки, n (%)	163 (84,0)	90 (83,3)	27 (79,4)
АГ, n (%)	176 (90,7)	89 (82,4)*	25 (73,5)*
ІМ в анамнезі, n (%)	139 (71,6)	79 (73,1)	23 (67,6)
ФП, n (%)	22 (11,3)	33 (30,6)*	15 (44,1)*
Клініко-лабораторні дані			
ФК ХСН	2,56±0,61	2,83±0,61*	2,91±0,51*
ІМТ, кг/м ²	30 [27–33]	30 [26–35]	27 [24–31]**
ШКФ, мл/хв/1,73м ²	81 [71–94]	74 [65–81]*	72 [67–82]*
Креатинін, ммоль/л	89 [79–100]	95 [90–106]*	95 [89–106]*
NT-proBNP, нг/мл	382,1±529,4	679,8±520,2*	730,5±693,6*
Альдостерон, нг/мл	110,5±98,9	144,1±91,5	165,3±82,6*
Цистатин С, нг/мл	679,4±270,5	759,8±345,4*	836,9±304,7*
ММП-9, нг/мл	9,1±1,9	9,5±2,1	9,9±1,9
ST2, нг/мл	1290 [1160–1537]	1296 [1077–1709]	1494 [1146–2133] #
Галектин-3, нг/мл	10 [9–14]	13 [9–13]	12 [9–16]
NGAL, нг/мл	27,3 [23,4–47,1]	29,8 [21,3–48,4]	35,8 [22,5–45,6]
Структурно-функціональні показники серця			
ЮЛП, см ³ /м ²	10 [9–12]	16 [13–22]*	18 [16–23]*
ІММЛШ, г/м ²	133 [119–159]	165 [142–198]*	189 [154–222]**
КДО, мл	114 [96–134]	149 [123–188]*	169 [126–228]*
ФВ, %	57 [50–64]	40 [32–48]*	38 [32–41]*
E/E _{ann}	7,4 [5,8–9,4]	10,1 [7,7–11,6]*	10,3 [7,3–11,4]*
ТЛА _{сист.} , мм рт.ст.	24 [21–29]	33 [25–46]*	47 [34–56]**

Примітка: * – вірогідність розбіжностей щодо групи осіб із м'якою МР ($p < 0,05$);

– вірогідність розбіжностей щодо групи хворих із помірною МР ($p < 0,05$)

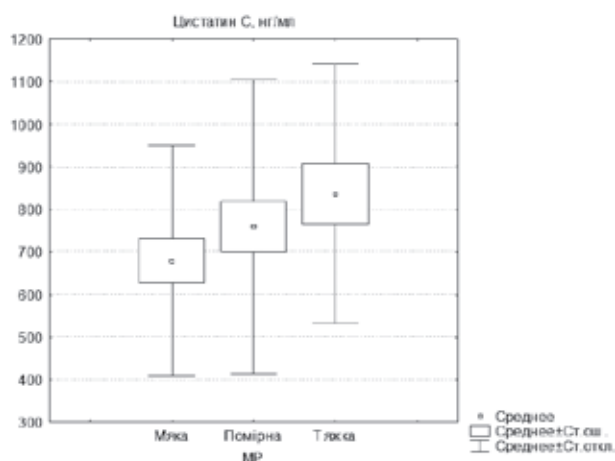


Рис. 1. Рівень цистатину С у хворих на ХСН в залежності від тяжкості МР

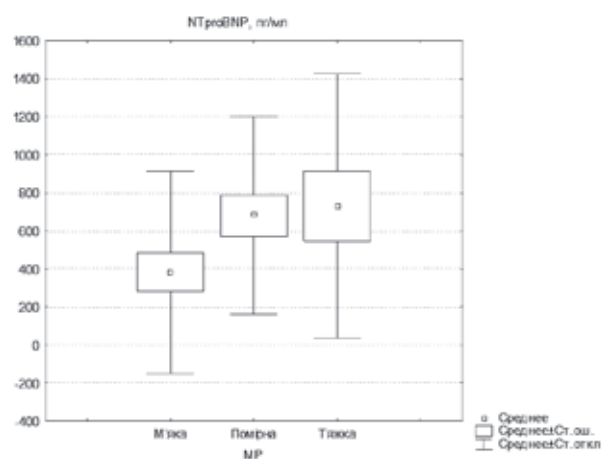


Рис. 2. Рівень альдостерону у хворих на ХСН в залежності від тяжкості МР

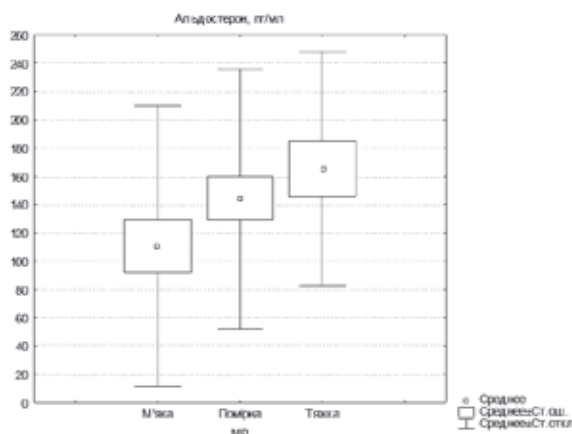


Рис. 3. Рівень NTproBNP у хворих на ХСН в залежності від тяжкості МР

Таблиця 2

Результати багатofакторного покрокового регресійного аналізу для залежної змінної – МР

Незалежний чинник	β	B	t	p
		5,56	4,29	0,0001
ШКФ	-0,47	-0,04	-2,85	0,008
Альдостерон	0,30	0,003	1,90	0,06
Цистатин С	0,32	0,006	1,89	0,05
ST2	0,24	0,005	1,56	0,04

Обговорення

Серцево-судинний і нирковий континуум знаходяться в тісному взаємозв'язку. Нефроангіосклероз і розвиток ХХН нерідко спостерігається у хворих ССЗ. У свою чергу, ССЗ є основною причиною смертності у пацієнтів з термінальною ХХН, а серцево-судинна смертність серед пацієнтів на діалізі в кілька разів вище, ніж у загальній популяції. Однак зв'язок між змінами серця і нирок простежується на значно більш ранніх етапах. Про тісний зв'язок між серцево-судинним і нирковим континуумом свідчить існування цілого ряду клініко-лабораторних показників, які є єдиними маркерами ураження серця та нирок. Порушення ниркової функції відіграють важливу роль у патогенезі ХСН [8]. Існує припущення про те, що збереження функції нирок є найбільш важливим фактором, що визначає компенсацію хворих з недостатністю кровообігу [9]. Погіршення заповнення артерій являє собою один з механізмів, стимулюючих затримку нирками натрію і рідини.

Незважаючи на успішне впровадження NTproBNP в клінічну практику діагностики ХСН, продовжується пошук потенційно нових біомаркерів, що дозволить селективно (залежно від патофізіології) підходити до діагностики та моніторингу лікування хворих. Останнім часом цистатин С, як окремо, так і в поєднанні з креатиніном, використовується для визначення функції нирок. Нейтрофільний желатиназоасоційований ліпокалін, відомий як маркер

раннього ураження нирок, також досліджується при серцево-судинних захворюваннях [10]. Зокрема встановлена прогностична роль NGAL у хворих на гостру декомпенсацію хронічної серцевої недостатності [11].

Велику увагу науковців привертає порушення балансу ЕЦМ у хворих на ХСН в залежності від скоротливої здатності лівого шлуночка. При дослідженні 167 пацієнтів на ХСН з ФВ < 45% встановлено, що більш високий ST2 незалежно підвищує ризик виникнення комбінованої кінцевої точки через один рік спостереження [12]. В іншому дослідженні виявлено підвищення рівня галектина-3 у хворих на ХСН незалежно від рівня компенсації або типу серцевої недостатності і встановлений зворотній взаємозв'язок з фільтраційною спроможністю нирок, незалежно від наявності СН [13].

В нашому дослідженні встановлено, що у хворих на ХСН ішемічного генезу ступінь тяжкості МР асоціюється з підвищенням вмісту альдостерону, NTproBNP, цистатину С, ST2 і зниженням функціонального стану нирок, фракцією викиду ЛПШ, збільшенням індексу об'єму лівого передсердя, підвищенням тиску в легеневій артерії та підвищенням співвідношення E/E_{ann}. Слід звернути увагу на те, що у розвинених країнах більшість пацієнтів з гемодинамічно значущою МР підлягають оперативному втручання. Відтермінування корекції ішемічної мітральної регургітації асоціюється з погіршенням кардіо-ренальних взаємовідносин та негативним прогнозом [14].

Висновки

Патологічне ремоделювання лівого шлуночка з формуванням мітральної регургітації у хворих на ХСН ішемічного генезу асоціюється зі зниженням функціонального стану нирок, порушенням балансу обміну позаклітинного матриксу з підвищенням рівня біомаркерів по-

шкодження нирок.

Перспективним є подальше вивчення прогностичної ролі зазначених біомаркерів з метою розробки персоналізованого підходу до профілактики та уповільнення еволюції кардіоренального континууму у хворих на хронічну серцеву недостатність ішемічного генезу з нирковою дисфункцією.

Список літератури

1. Kaneko H. Functional mitral regurgitation and left ventricular systolic dysfunction in the recent era of cardiovascular clinical practice, an observational cohort study / H. Kaneko, S. Suzuki, T. Uejima // *Hypertension Research*. – 2014. – Vol. 37 (12). – P. 1082–1087.
2. Takawale A. Extracellular matrix communication and turnover in cardiac physiology and pathology / A. Takawale, S. S. Sakamuri, Z. Kassiri // *Compr Physiol*. – 2015. – 5 (2). – P. 687–719.
3. Metra M. The role of the kidney in heart failure / M. Metra, G. Cotter, M. Gheorghide et al. // *European Heart Journal* – 2012. – Vol. 33. – P. 2135–2143.
4. Heymans S. Searching for new mechanisms of myocardial fibrosis with diagnostic and/or therapeutic potential / S. Heymans, A. González, A. Pizard et al. // *European Journal of Heart Failure*. – 2015. Vol. 17. – P.764–771.
5. Hundae A. Cardiac and Renal Fibrosis in Chronic Cardiorenal Syndromes / A. Hundae, P. A. McCullough // *Nephron Clin. Pract.* – 2014. – 127. – P. 106–112.
6. Воронков Л. Г. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності / Л. Г. Воронков, К. М. Амосова, А. Е. Барпій та ін. // *Серцева недостатність*. – 2012. – № 3. – С. 60–96
7. Lancellotti P. European Association of Echocardiography recommendations for the assessment of valvular regurgitation. Part 2: mitral and tricuspid regurgitation (native valve disease) / P. Lancellotti, L. Moura, L.A. Pierard et al. // *Eur J Echocardiogr*. – 2010. – Vol. 11. – P. 307–332.
8. Segall L. Heart Failure in Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Integrative Review / L. Segall, I. Nistor, A. Covic // *BioMed Research International*. – 2014. – P. 1–21.
9. Dries D.L. The prognostic implications of renal insufficiency in asymptomatic and symptomatic patients with left ventricular systolic dysfunction / D. L. Dries, D. V. Exner, M. J. Domanski // *J Am Coll Cardiol*. – 2000. – Vol. 35. – P. 681–689.
10. Cruz D. N. Neutrophil gelatinase-associated lipocalin as a biomarker of cardiovascular disease: a systematic review / D. N. Cruz, S. Gaiao, A. Maisel // *Clin Chem Lab Med*. – 2012. – Vol. 50. – P. 1533–1545.
11. van Deursen V. Prognostic Value of Plasma Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin for Mortality in Patients With Heart Failure / V. van Deursen, K. Damman, A. Voors et al. // *Circ Heart Fail*. – 2013. – Vol. 7. – P. 35–42.
12. Wojtczak-Soska K. Soluble ST2 protein in the short-term prognosis after hospitalisation in chronic systolic heart failure / K. Wojtczak-Soska, A. Sakowicz, T. Pietrucha // *Kardiologia Pol.* – 2014. – Vol. 72 (8). – P. 725–734.
13. Gopal D. M. Relationship of Plasma Galectin-3 to Renal Function in Patients With Heart Failure: Effects of Clinical Status, Pathophysiology of Heart Failure, and Presence or Absence of Heart Failure / D. M. Gopal, M. Kommineni, N. Ayalon // *J Am Heart Assoc*. – 2013. – Vol. 21:e000760.
14. Samad Z. Management and outcomes in patients with moderate or severe functional mitral regurgitation and severe left ventricular dysfunction / Z. Samad, L. Shaw, M. Phelan, et al. // *Eur Heart J*. – 2015. – ehv343. doi:10.1093/eurheartj/ehv343

Стаття надійшла до редакції 04.11.2015.

Д. А. Лашкул

Запорожский государственный медицинский университет

БИОМАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ И КАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА АССОЦИИРОВАННОЙ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ

Митральная регургитация чувствительный предиктор ранних изменений геометрии левого желудочка и имеет неблагоприятный прогноз у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). С целью выявления особенностей и взаимосвязей между степенью тяжести митральной регургитации, биомаркерами кардиального фиброза и почечной функцией у 318 больных с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза с помощью иммуноферментного анализа, эхокардиографии изучены указанные параметры. Установлено, что увеличение степени тяжести митраль-

ной регургитации при хронической сердечной недостаточности сопровождается снижением функционального состояния почек, повышением уровня NTproBNP, альдостерона, NGAL, галектина-3, цистатина С, ST2. По результатам пошагового многофакторного регрессионного анализа независимыми предикторами для митральной регургитации у больных ХСН ишемического генеза являются скорость клубочковой фильтрации, уровень альдостерона, цистатина С и ST2 ($R^2=0,33$, $p=0,0002$). Это свидетельствует о том, что патологическое ремоделирование левого желудочка с формированием митральной регургитации у больных ХСН ишемического генеза ассоциируется со снижением функционального состояния почек, нарушением баланса внеклеточного матрикса с повышением уровня биомаркеров повреждения почек.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, митральная регургитация, фиброз, почки.

D. A. Lashkul

Zaporizhzhia State Medical University

BIOMARKERS OF KIDNEY FUNCTION AND CARDIAC FIBROSIS IN ISCHEMIC CHRONIC HEART FAILURE THAT IS ASSOCIATED WITH MITRAL REGURGITATION

Mitral regurgitation sensitive predictor of early changes of left ventricular geometry and has a poor prognosis in patients with chronic heart failure (CHF). In order to identify the characteristics and relationships between severity of mitral regurgitation, cardiac fibrosis and biomarkers of renal function in 318 patients with ischemic chronic heart failure using ELISA, echocardiography. It was established that the increase in severity of mitral regurgitation in chronic heart failure accompanied by a decline of kidney function, increased levels of NTproBNP, aldosterone, NGAL, galectin-3, cystatin C, ST2. The results of multivariate stepwise regression analysis independent predictors for mitral regurgitation in patients with ischemic heart failure is glomerular filtration rate, levels of aldosterone, cystatin C and ST2 ($R^2=0,33$; $p=0,0002$). This indicates that the pathological remodeling of the left ventricle with the formation of mitral regurgitation in patients with ischemic heart failure is associated with reduction of kidney function, imbalance of extracellular matrix metabolism with increased biomarkers of kidney damage.

Keywords: heart failure, mitral regurgitation, fibrosis, kidney.

В. М. Лобас, С. М. Вовк, О. Б. Петраєва, О. В. Арцатбанова
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДЕЯКІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Досліджені деякі підходи до профілактики хронічних неінфекційних захворювань на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). З урахуванням обґрунтованих положень і сучасного етапу реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я, запропоновані деякі підходи, де здійснено обґрунтування потреби у зміщенні акцентів з лікувальної роботи на профілактичну, визначено коло завдань щодо забезпечення впровадження профілактики і боротьби з хронічними неінфекційними захворюваннями на первинному рівні надання медичної допомоги в Україні.

Ключові слова: первинний рівень надання медичної допомоги, хронічні неінфекційні захворювання, державні підходи, реформування.

За визначенням ВООЗ, якість систем охорони здоров'я визначається як рівень досягнення ними завдань щодо покращення здоров'я населення [1, с. 35; 2, с. 11]. Неінфекційні захворювання (НІЗ) є однією з основних проблем в сфері охорони здоров'я та розвитку 21-го століття як з точки зору заподіюваних ними людських страждань, так і з точки зору їх негативного впливу на соціально-економічну структуру країн. Особливо країн з низьким і середнім рівнями доходу. Жоден уряд не може собі дозволити ігнорувати зростаючий тягар неінфекційних захворювань. При відсутності заснованих на фактичних даних дій наслідки НІЗ для людей, суспільства та економіки будуть продовжувати збільшуватися і перевищать можливості країн для боротьби з ними [6–10].

Хронічні неінфекційні захворювання, відомі також як хронічні хвороби, які не передаються від людини до людини. Вони мають довгу тривалість і, як правило, повільно прогресують. Чотирма основними типами неінфекційних захворювань є серцево-судинні хвороби, онкологічні захворювання, хронічні респіраторні хвороби (такі як хронічна обструктивна хвороба легень та астма) і діабет. Хронічні неінфекційні захворювання вже зараз непропорційно вражають країни з низьким і середнім рівнем доходу, де відбувається близько 75% всіх випадків смерті від ХНІЗ, тобто 28 мільйонів [4].

На розвиток цих захворювань впливають такі фактори, як старіння, швидка незапланована урбанізація та глобалізація нездорового способу життя. Наприклад, глобалізація такого феномену, як нездорове харчування, може виявлятися в окремих людей у вигляді підвищеного кров'яного тиску, підвищеного вмісту глюкози в крові, підвищеного рівня ліпідів у крові, зайвої

ваги і ожиріння. Ці стани називаються проміжними факторами ризику, які можуть призводити до розвитку серцево-судинного захворювання. Тому роль лікаря загальної практики/сімейного лікаря у профілактиці цих захворювань набуває особливого значення.

Лікар загальної практики/сімейний лікар, відповідно до своїх компетенцій, має забезпечувати весь комплекс первинної медичної допомоги, у т. ч. проводити профілактику хронічних неінфекційних захворювань [5, с. 23].

Однак на відміну від інформації про профілактичні заходи, спрямовані на попередження інфекційних захворювань, існуючі наукові розробки надають недостатньо матеріалів для практичного здійснення заходів з попередження ХНІЗ на первинному рівні надання медичної допомоги [1–12].

Мета роботи – аналіз та оцінка стану впровадження організації профілактики хронічних неінфекційних захворювань на первинному рівні надання медичної допомоги в Україні.

Матеріали та методи. Ми використовували результати інформаційно-аналітичного дослідження.

Результати та обговорення

У більшості держав світу на частку первинної медико-санітарної допомоги припадає до 90 відсотків загального обсягу медичних послуг, а питома вага чисельності лікарів загальної практики / сімейної медицини серед лікарів сфери охорони здоров'я становить 30–50 відсотків, це дозволяє розвивати профілактичні заходи щодо хронічних неінфекційних захворювань.

Фактори ризику розвитку хронічних не-

інфекційних захворювань прямо пов'язані із соціальними, економічними та екологічними детермінантами здоров'я. До них відносять освіту, наявність і доступність здорової їжі, психосоціальний стрес, доступність послуг охорони здоров'я та інфраструктури, що підтримують здоровий спосіб життя [4–9].

Визнаючи руйнівний вплив на неінфекційних захворювань суспільство, економіку і суспільна охорона здоров'я, світові лідери прийняли у вересні 2011 р. політичну декларацію, що містить тверді зобов'язання по боротьбі з глобальним тягарем НІЗ, і дали Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) ряд доручень для підтримки діяльності у країнах. Одним з таких доручень була розробка Глобального плану дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань і боротьбі з ними на 2013–2020 рр. (відомого як Глобальний план дій з ХНІЗ), включаючи дев'ять добровільних глобальних цілей і глобальну систему моніторингу. Глобальний план дій з неінфекційними захворюваннями і добровільні глобальні цілі були прийняті Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у 2013 році [6–8]. Їх прийняття стало кроком уперед в обговоренні питань розвитку хронічних неінфекційних захворювань на міжнародному рівні.

Відповідно до них, надання послуг лікарями загальної практики/сімейними лікарями повинно забезпечувати отримання високоякісної медико-профілактичної допомоги населенню, з особливою увагою до вразливих груп, створення можливостей вибору на користь здорового способу життя, використання найбільш адекватних технологій для високої ефективності та безпеки втручань. З боку державної сфери охорони здоров'я – повагу до особистості, гідності та дотримання конфіденційності у взаєминах медичного персоналу та пацієнтів; пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги; впровадження цільових програм боротьби з конкретними хворобами в існуючі структури та служби охорони здоров'я; цілісний підхід до обслуговування, включаючи профілактику, діагностику, лікування, реабілітацію, координацію між різними надавачами послуг, закладами та установами як у державному, так і в приватному секторі [4, с. 3; 5, с. 358].

Для зменшення впливу хронічних неінфекційних захворювань на людей і суспільство необхідний всебічний підхід, що потребує спільної роботи всіх секторів, включаючи охорону здоров'я, фінанси, міжнародні відносини, освіта, сільське господарство, планування та інші, з метою зменшення ризиків, пов'язаних з НІЗ, а також для проведення заходів по профілактиці і боротьбі з ними. Одним з найважливіших способів зменшення тягаря НІЗ є спрямування зусиль на зменшення факторів ризику, пов'язаних з цими хворобами. Існують недорогі способи зменшення поширених змінюваних факторів ризику

(в основному, вживання тютюну, нездорового харчування та недостатньої фізичної активності, а також шкідливого вживання алкоголю) і картографування епідемії хронічних неінфекційних захворювань і факторів ризику їх розвитку.

Охоплення населення економічно ефективними профілактичними втручаннями та надання допомоги при ХНІЗ на первинному рівні в Україні, все ще носить фрагментарний характер. Загальна картина тягаря хвороб і факторів ризику є неповною, оскільки залишається проблемою гармонізація механізмів збору даних і застосовуваних визначень [7, с. 77; 8, с. 21].

Основними причинами невиконання принципів профілактики в охороні здоров'я України є:

- недостатні уявлення і увага лікарів до профілактики взагалі;
- лікарі не мають компенсації за профілактичні заходи;
- лікарі не мають часу на профілактичні заходи;
- багато клініцистів не мають чітких уявлень, які саме профілактичні заходи необхідні;
- лікарі мають сумніви щодо клінічної ефективності профілактичних заходів;
- лікарі не знають, як порівняти відносну ефективність різних профілактичних заходів;
- лікарі вагаються, що саме порадити хворому за короткий час контакту з ним.

Таким чином, реалізація Глобальної стратегії ВООЗ у боротьбі з хронічними неінфекційними захворюваннями передбачає першочергове проведення кардинальних медико-організаційних економічних заходів: профілактика за своєю значущістю, характером і специфікою передбачає наявність централізованих підходів та державного регулювання при розміщенні ресурсів та забезпечення їх доступності до кожного громадянина держави.

Аналізуючи різноманітні документи, в тому числі міжнародні, у яких узагальнено результати понад двадцятилітньої роботи зі сприяння зміцненню здоров'я [3–10], ми знайшли широко визнані принципи що збігаються з концептуальними положеннями стратегії розвитку системи охорони здоров'я української держави, на базі яких базуються усі дії, а саме:

- увага до питань соціальної справедливості – соціальні фактори, а також як їх розподіл впливають на можливості населення робити стійкий вибір на користь здоров'я;
- зміцнення систем охорони здоров'я – розвиток ПМСД, поряд зі службами охорони громадського здоров'я для зміцнення здоров'я населення, профілактики хвороб, ранньої діагностики та надання інтегрованої медичної допомоги;
- урахування інтересів здоров'я на усіх етапах життя – навколишні умови, що допомагають подолати функціональні порушення, рівень соціального захисту, а також доступ до необхідних

соціальних та медичних послуг;

Усі хронічні неінфекційні захворювання та фактори їх ризику мають конкретні особливості, успішне вирішення пов'язаних з ними проблем вимагає наявності спеціальних знань і навичок і цілеспрямованих незалежних дій. Для вирішення цього необхідно побудувати комплексну державну стратегію, яка повинна складатися з наступних положень:

- проведення аналізу втрат здоров'я населення та ефективності функціонування системи охорони здоров'я за сучасними світовими і вітчизняними показниками, проведення наукової оцінки економічної ефективності заходів щодо профілактики;

- підвищення пріоритету профілактики захворювань у програмах національних дій із забезпечення і покращення здоров'я населення;

- розробка системи міжвідомчого та міжрегіонального співробітництва щодо проблем профілактики, удосконалення шляхів підготовки, сертифікації та матеріально-технічних і фінансових ресурсів, спрямованих на профілактику;

- використання ЗМІ для просвітницької роботи серед населення щодо основ здорового способу життя, забезпечення ЗМІ необхідною науковою інформацією щодо причин виникнення захворювань, основних методів їх профілактики та засад здорового способу життя;

- введення в стандарти медичних послуг заходів із профілактики та лікування неінфекційних захворювань, введення в постійну практичну діяльність служб первинної ланки охорони здоров'я профілактики неінфекційних захворювань і корекції чинників ризику їх розвитку, з метою попередження і прогресування;

- об'єднання зусиль усіх медичних структур, які здатні здійснювати профілактику;

- розробка і затвердження стандартів навчання щодо підготовки кадрів у медичних навчальних закладах, з метою формування навичок, які потрібні спеціалістам для повсякденної роботи у галузі профілактики неінфекційних і інфекційних захворювань;

- самозабезпечення життєво необхідними біологічними медичними продуктами, що надасть можливість не залежати від імпорту та ряду негативних чинників, які впливають на виконання календаря щеплень та інших важливих програм з охорони здоров'я.

Разом з тим об'єктивний досвід показує, що комплексна державна стратегія, що складається з множинних втручань, дає більш відчутне покращення показників здоров'я, ніж сукупність окремих заходів, причому часто виявляється і

більш економічно ефективною [6, с. 9]. Основна мета полягає в тому, щоб зміцнити зв'язки між профілактичними та лікувально-діагностичними службами, підвищити рівень співпраці між державними та недержавними структурами, забезпечити активну участь суспільства, сфери бізнесу та пересічних громадян

На сьогодні є достатньо фактичних даних для того, щоб вживати заходи з боротьби з ХНІЗ, і слід використовувати найкращі наявні з них, проводячи постійний моніторинг з метою набуття досвіду та необхідної адаптації [1–10]. Однак існує потреба в отриманні додаткових даних, наприклад, за результатами оцінки ефективності (в середньому по населенню і розподіл) та економічної рентабельності втручань.

На нашу думку необхідно розвивати зв'язки між фахівцями первинної ланки медичної допомоги і керівниками та забезпечити розповсюдження даних в різних форматах для різних аудиторій і через різні канали зв'язку, за для удосконалення стратегії профілактики ХНІЗ. Іншим засобом зменшення тягаря хронічних неінфекційних захворювань є високоефективні заходи по зміцненню раннього виявлення та своєчасного лікування захворювань, які можуть проводитися в рамках первинної медико-санітарної допомоги. фактичні дані свідчать про те, що такі заходи є відмінними економічними інвестиціями, тому що вони, при їх своєчасному проведенні, можуть зменшувати необхідність в більш дорогому лікуванні. Найбільший ефект може бути досягнутий шляхом розробки державної політики, спрямованої на зміцнення здоров'я, яка стимулює профілактику НІЗ і боротьбу з ними та переорієнтує систему охорони здоров'я на задоволення потреб людей з такими захворюваннями.

Висновок

Дослідженням встановлено, що чинна система охорони здоров'я не задовольняє у повному обсязі потреби населення в доступній, високоякісній та ефективній медико-профілактичній допомозі. Потребують удосконалення організація та управління системою охорони здоров'я. Існує нагальна потреба у зміщенні акцентів з лікувальної роботи на профілактичну та в усуненні диспропорції в розвитку і наданні амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги, формування сучасних моделей профілактики. Сучасна модель функціонування і розвитку медичної профілактики має органічно поєднувати економічні інтереси держави, галузі та окремої людини.

Список літератури

1. Медведовська Н. В. Загальні закономірності стану здоров'я населення України / Н. В. Медведовська, Б. П. Кривцова, А. С. Кутуза // Щорічна доповідь

про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік. – К., 2011. – С. 34–41.

2. Красовський К. С. Проблеми тютюнопаління та його вплив на здоров'я населення / К. С. Красовський, А. А. Григоренко, С. М. Янченко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік. – К., 2011. – С. 115–123.
3. Молодь за здоровий спосіб життя : Щорічна доп. Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2009 р.). – К.: М-во України у справах сім'ї, молоді та спорту, Держ. ін-т сім'ї та молоді, 2010. – 156 с.
4. Неинфекционные заболевания Информационный бюллетень № 355 ВОЗ Январь 2015 г. [Электронный ресурс] – Режим доступа :<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/>
5. Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров'я в Україні / А. М. Сердюк, Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, В. П. Широбоков // Журнал НАМН України. – 2012. – Т. 18, № 3. – С. 358–371.
6. Шоу Ч. Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения / Шоу Ч., Кало И. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2001. – 67 с.
7. Kickbusch I. 21st century governance for health and well-being: a study for the WHO European Regional Office. Progress update [Presentation at the fourth session of the Eighteenth Standing Committee of the WHO Regional Committee for Europe, Geneva, 15 May 2011].
8. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012; 380 (9859): 2224–2260.
9. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE, Lim S et al.; Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2014; 371 (7): 624–34. doi:10.1056/NEJMoa1304127.
10. Farrington J. L. Country capacity for noncommunicable disease prevention and control in the WHO European Region. Preliminary report [Electronic resource] / J. L. Farrington, S. Stachenko. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2010. – Access mode: http://www.euro.who.int_data/assets/pdf_file/0009/122976/E94316.pdf.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2015.

В. М. Лобас, С. М. Вовк, Е. Б. Петряева, Е. В. Арцатбанова
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Исследованы некоторые подходы к профилактике хронических неинфекционных заболеваний. С учетом обоснованных положений и современного этапа реформирования отечественной сферы здравоохранения, предложены некоторые подходы, где осуществлено обоснование потребности в смещении акцентов с лечебной работы на профилактическую. Определен круг задач по обеспечению внедрения профилактики и борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями на первичном уровне оказания медицинской помощи в Украине.

Ключевые слова: первичный уровень оказания медицинской помощи, хронические неинфекционные заболевания, государственные подходы реформирование.

V. M. Lobas, S. M. Vovk, E. B. Petryeva, E. V. Arsatbatova
Donetsk national medical University. M. Gorky

SOME APPROACHES TO PREVENTION OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES AT THE PRIMARY LEVEL OF MEDICAL CARE

Investigated some approaches to prevention of chronic noncommunicable diseases. Taking into account the provisions of the unexplainable and of the present stage of reforming of domestic health care proposed by some approaches, where the justification needs to shift from clinical work to prevention. Defined the range of tasks to ensure the implementation of prevention and control of chronic non-communicable diseases at the primary level of medical care in Ukraine.

Keywords: the primary level of medical care, chronic noncommunicable diseases, state reform approaches.

С. М. Вовк

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ВЗАЄМОВІДНОШЕННЯ ДЕРЖАВИ З МАЛИМ ТА СЕРЕДНІМ БІЗНЕСОМ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Розвиток державної системи охорони здоров'я в Україні передбачає пошук, використання, впровадження нових форм і механізмів економічного та державного управління. **Мета статті** – формування теоретичних та практичних підходів щодо бачення форм і механізмів державно-приватного партнерства в регіональній охороні здоров'я. Розглянути форми та механізми державно-приватного партнерства (ДПП) в охороні здоров'я. Наведено статичний аналіз передумов, щодо розвитку ДПП охорони здоров'я у регіональному аспекті. **Висновок.** Механізми і форми державно-приватного партнерства в сфері медицини можна визначити як форму об'єднання державних і приватних інвестицій з організацією спільного управління, націлену на рішення важливих державних і регіональних завдань соціально-економічної політики, що дозволяє забезпечити підвищення ефективності вкладень капіталу у здоров'ї населення за рахунок поділу ризиків і фінансових вигод між партнерами.

Ключові слова: охорона здоров'я, держава, підприємництво, державно-приватне партнерство, трастові договори.

Розвиток державної системи охорони здоров'я в Україні передбачає пошук, використання, впровадження нових форм і механізмів економічного та державного управління. З одного боку заклади охорони здоров'я мають стратегічну, економічну і соціальну значимість, тому не можуть бути приватизовані. Але з іншого боку, в бюджеті держави недостатньо коштів, які можуть, у повному обсязі забезпечити їх розвиток. Тому, останні 10–15 років у деяких країнах світу та СНД, через існуючі бюджетні обмеження в медичній галузі відбулося формування якісно нової форми діяльності, заснованої на партнерських стосунках між державою та підприємництвом (бізнесом).

На нашу думку такою формою альтернативного розвитку медичної системи, можуть стати державно-приватні проекти, засновані на соціально-орієнтованому підході до роздержавлення закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). Це повинно дати в рівній мірі корисні результати для всіх зацікавлених сторін (держави, підприємцю, населенню). Проте впровадження державно-приватного партнерства (ДПП) в охорону здоров'я України йде вкрай повільно. Проблемам і перспективам розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я присвячені роботи вітчизняних і зарубіжних вчених [1; 3; 6–9]. Однак особливості формування ДПП у сфері охорони здоров'я, переваги та ризики, умови та напрямки розвитку вивчені недостатньо. Крім того, економічні ринково-трансформаційні процеси в Україні вимагають удосконалення існуючої моделі державно-приватного партнерства, особливо у сфері охорони здоров'я, що обумов-

лює актуальність теми та визначає її мету.

Мета роботи – формування теоретичних та практичних підходів щодо бачення форм і механізмів державно-приватного партнерства в охороні здоров'я країни.

Матеріали та методи – інформаційно аналітичне дослідження.

Результати та обговорення

Економічну систему охорони здоров'я умовно поділяють на державну та приватну, яка надає медичні послуги, спрямовані на збереження здоров'я населення. Усі заклади охорони здоров'я України знаходяться практично у рівному співвідношенні державній та приватній власності – 3 до 1 відповідно. Станом на 2010–2014 рр. Україна була забезпечена близько 29632 закладами охорони здоров'я, з них приватної форми власності 7176 [2, 5].

Але, реформування сфери охорони здоров'я збільшило чисельність закладів охорони здоров'я за рахунок перерозподілу за рівнями надання медичної допомоги. Найбільша кількість закладів охорони здоров'я, на момент дослідження, знаходилася у Львівській, Дніпропетровській, Івано-Франківській області – 1748, 1717 та 1606 відповідно. І якщо порівняти отримані дані, з даними до початку реформування галузі [6, с. 34], треба зазначити що, найбільша кількість закладів була у Київській області та м. Києві.

Чисельність населення – основна ознака, за якою класифікують місто. Вона впливає на розмір території, планувальну структуру, кількість та якість установ соціального значення, побуту,

транспорт та ін. [4, с.4]. Тому на кількість наданих лікувальних послуг впливає чисельність населення і його щільність.

Але, треба відзначити що, населені пункти України поділяють на два види [4, с. 7]: міські (малі, середні, великі), куди входять міста й селища міського типу, та сільські – це селища, дачні поселення, хутори. Так, серед великих населених пунктів, чисельність населення набагато вище, ніж у сільській місцевості (рис. 1).

З наведеного рисунка, видно що із збільшенням кількості населення питома вага загальнодержавних закладів охорони здоров'я у населеному пункті зменшується. При цьому зростає частка приватних закладів охорони здоров'я. Присутність значної кількості приватних закладів охорони здоров'я у великих містах обумовлено значною чисельністю потенційних клієнтів та високою технологічною, кадровою забезпеченістю.

За період 2010–2014 рр. численність приватних медичних установ, які надають приватні послуги населенню склала 7176. Найбільша кількість приватних форм закладів охорони здоров'я зареєстровано у Дніпропетровській, Луганській та Харківській області – 695, 618, 547.

Наведені данні стосуються більшої частини міського населення, однак картина забезпеченості сільського населення лікувальними закладами дещо відрізняється. Так наприклад, області де найбільш велика кількість медичних установ другого, та третього рівней допомоги мають невелику кількість приватних закладів у сільських районах. Але, цікаво відзначити, що

в них з найбільшою кількістю закладів охорони здоров'я одночасно відзначена найменша частка сільських жителів [8, с. 21].

Особливої уваги заслуговує специфіка розподілу питомої ваги закладів охорони здоров'я різних форм власності за видами діяльності (рис. 2).

Понад 60% закладів охорони здоров'я України належать до державної форми власності. Однак, для приватних власників найбільший інтерес представляють амбулаторії і поліклініки, де проходить значна кількість пацієнтів, а час, відведений на їх обслуговування, набагато менше, ніж у стаціонарах. Не дивно, що в обласних центрах, особливо висока частка комерційних структур (діагностичних) з одного боку і поліклінічних закладів – з іншого, причому ці дві частини, тісно взаємопов'язані.

Ми вважаємо, що успішне реформування системи охорони здоров'я має бути економічно обґрунтованим і раціональним, де інтереси державного сектора поєднувалися з приватним, на нових принципах взаємодії та конкуренції. Одним з альтернативних напрямків, на нашу думку стане державно-приватне партнерство.

Визначення державно-приватного партнерства (ДПП) дано в Законі України «Про Державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404-VI, з доповненнями і уточненнями, а також низькі наказів МОЗ України. Згідно яких ДПП визначає організаційно-правові засади взаємодії державних організацій з приватними партнерами в галузі на засадах взаємних інтересів на договірній основі.

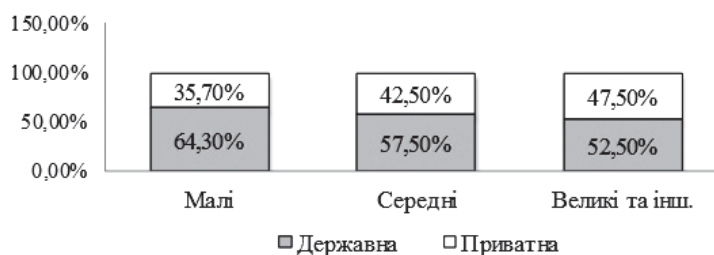


Рис. 1. Розподіл закладів охорони здоров'я різних форм власності за групами населених пунктів, %

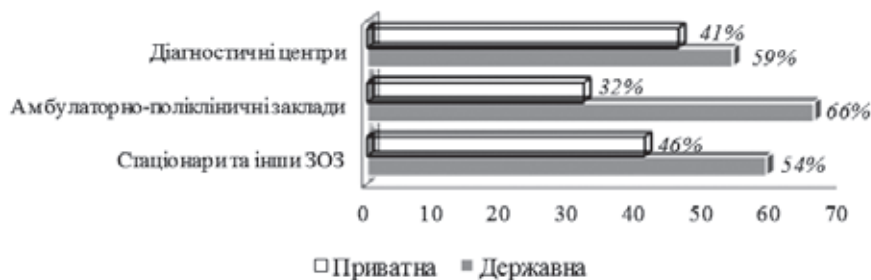


Рис. 2. Співвідношення закладів охорони здоров'я різних форм власності за видами діяльності [2, 5, 7]

Однак, єдиного підходу і, відповідно, розуміння ДПП навіть у тих країнах, де воно зародилося і розвивається успішно, досі не склалося. Серед спеціалістів немає єдиної думки про те, які форми взаємодії влади і бізнесу прямо чи опосередковано відносяться до ДПП у сфері охорони здоров'я. У надрукованій літературі, в більшій мірі розглядаються варіанти не тільки економічного, політичного, культурного та інших форм співробітництва державних та бізнесових структур [3, с. 5].

В завдання даного дослідження не входить детальний термінологічний аналіз. Тому, відзначимо слідом за авторами [3, 5], що під державно-приватним партнерством ми будемо розуміти взаємовигідну середньо термінову – або довгострокову співпрацю між державою, бюджетними закладами охорони здоров'я та приватними організаціями, що реалізується в різних формах власності на основі трастових договорів і ставить своєю метою вирішення політичних і суспільно значущих завдань на державному рівнях.

Про переваги використання ДПП в сфері охорони здоров'я говорить той факт, що у Великобританії, Бельгії, Фінляндії та деяких інших країнах більшість медичних проектів реалізуються на умовах державно-приватного партнерства. Основними напрямками інвестицій стають: будівництво медичних об'єктів, впровадження ІТ-технологій, розробка і виробництво нових видів медичного обладнання і т. п. [9, с. 23].

Механізм державно-приватного партнерства дозволяє об'єднати ресурси (зокрема фінансові) приватного та державного сектору, зберегти власність держави на значущі інфраструктурні об'єкти сфери охорони здоров'я, запровадити сучасні технології, які використовуються приватними структурами, в практичну діяльність закладів охорони здоров'я [6, с. 58]. Фактично використання ДПП можна розглядати як соціально-обґрунтовану форму роздержавлення закладів охорони здоров'я, що дозволить підвищити якість і збільшити асортименти медичних послуг.

Переваги використання ДПП у сфері охорони здоров'я полягають у тому, що державно-приватне партнерство забезпечить:

- здійснювання державного контролю;
- направлення інвестицій на розвиток соціальної інфраструктури, у т. ч. закладах охорони здоров'я;
- забезпечувати приватному інвестору широкі можливості для участі в управлінні медичними проектами, ніж при виконанні державного замовлення;
- довгостроковий трастовий характер;
- розподіл ризиків між партнерами [1, с. 37].

При такій реалізації ДПП у сфері охорони здоров'я, держава буде домінуючим суб'єктом, з одного боку, воно визначить «правила гри», а з іншого – його участь у проекті визначається необхідністю вирішення важливих соціально-

економічних завдань, тобто бюджетне фінансування зберігається, а матеріальна власність на засоби виробництва передається у користування колективам лікарень. При цьому для того, щоб зацікавити приватного інвестора в участі у такому проекті, державний партнер повинен забезпечити йому певну вигоду, а також взяти на себе частину ризиків [7, с. 40].

Спробуємо перерахувати переваги, які дасть державно-приватне партнерство для державної охорони здоров'я:

- залучення значних обсягів недержавного фінансування в об'єкти державного значення, а відповідно істотне скорочення державних витрат на утримання та експлуатацію об'єктів інфраструктури;
 - розподіл ризиків між державою і приватними інвесторами;
 - забезпечення економічно ефективного управління ЗОЗ шляхом часткової передачі управлінських функцій приватному інвестору;
 - залучення сучасних, високоефективних технологій у розвиток закладів охорони здоров'я;
 - підвищення якості медичної допомоги та рівня менеджменту надання медичної допомоги.
- Для підприємництва державно-приватне партнерство дає:

- доступ до державної сфери економіки;
- можливість отримання і використання прямої державної підтримки;
- сприятливі умови для довготривалого розміщення інвестицій під взаємовлаштовуючи гарантії;
- використання передового зарубіжного досвіду з питань інноваційного економічного досвіду [9, с. 36].

Привабливістю ДПП для населення стане:

- оптимальний розподіл податкових надходжень, що дасть ефективне рішення соціальних проблем;
- ефективне управління об'єктами державно-приватного партнерства і, як наслідок, підвищення якості їх медичної допомоги;
- забезпечення оптимального співвідношення «ціна–якість» для пацієнтів;
- можливість отримання позитивного ефекту в покращенні медико-демографічної ситуації.

Висновок

Механізми і форми державно-приватного партнерства в сфері медицини можна визначити як форму об'єднання державних і приватних інвестицій з організацією спільного управління, націлену на рішення важливих державних завдань соціально-економічної політики в охороні здоров'я, що дозволяє забезпечити підвищення ефективності вкладень капіталу у здоров'ї населення за рахунок поділу ризиків і більш ефективного використання ресурсів.

Список літератури

1. Варнавский В. Г. Партнерство государства и частного сектора: формы, проекты, риски / В. Г. Варнавский. – М.: Наука, 2005. – 315 с.
2. Звіти Державної служби статистики за 2010–2013 рр. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
3. Куликов А. Ю. Использование инструментов государственно-частного партнерства [Электронный ресурс] // Вестник Самарского государственного университета – 2012. – № 10 (101). – С. 56–63. Режим доступу: http://vestnik.ssu.samara.ru/articles/101_8.pdf
4. Містобудування. Планування і забудова міських і сільських поселень ДБН 360-92**[Текст]. – К.: Мінрегіонбуд України, (Державні будівельні норми України). – Чинний від 2011–10–01. – К., 2011. – 136 с.
5. Статистичні звіти Міністерства охорони здоров'я України за 2010–2013 рр. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>
6. Подгаец С. В. Ситаш Т. Д. Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я [Електронний ресурс] С. В. Подгаец, Т. Д. Ситаш // Механізм регулювання економіки. 2012. – С. 32–37 pdf Режим доступу: <http://www.repository.hneu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/1356/1/>
7. Смирнов А. А., Шахов А. В. Шляхи розвитку державно-приватного партнерства в Україні / А. А. Смирнов, А. В. Шахов // Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. 2010 – № 1. – С. 36–41
8. Щорічна доповідь. Приватна медицина в Україні. 2010: [монографія]. / За загал. ред. Г. О. Слабкого та інш.– К., 2011. – 105 с.
9. Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnerships / United Nations, Economic Commission for Europe. Geneva, 2008. – 98 p.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2015.

С. М. Вовк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ГОСУДАРСТВА С МАЛЫМ И СРЕДНИМ БИЗНЕСОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УКРАИНЫ

Развитие государственной системы здравоохранения в Украине предусматривает поиск, использование, внедрение новых форм и механизмов экономического и государственного управления. Цель статьи – формирование теоретических и практических подходов относительно видения форм и механизмов государственно-частного партнерства в региональном здравоохранении. Рассмотреть формы и механизмы государственно частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении. Приведен статический анализ предпосылок, по развитию ГЧП здравоохранения в региональном аспекте. Вывод. Механизмы и формы государственно-частного партнерства в сфере медицины можно определить как форму объединения государственных и частных инвестиций с организацией совместного управления, нацеленную на решение важных государственных и региональных задач социально-экономической политики, что позволяет обеспечить повышение эффективности вложений капитала в здоровье населения за счет разделения рисков и финансовых выгод между партнерами.

Ключевые слова: здравоохранение, государство, предпринимательство, государственно-частное партнерство, трастовые договора.

S. M. Vovk

Donetsk National Medical University M. Gorky

THE STATE'S RELATIONS WITH SMALL AND MEDIUM BUSINESSES IN THE HEALTH OF THE UKRAIN

Development and reform of public health system in Ukraine requires a search, use and introduction of new forms and mechanisms of economic management. The article aims to form the vision of forms and mechanisms of state-private partnership in the health regions. Examines the mechanisms of public-private partnership (PPP) in health care. Statistic analysis of prerequisites for the development of PPP health in the regional aspect. Conclusion. Mechanisms and forms of PPP in the field of medicine can be defined as a form of uniting the public and private investment, with joint management, aimed at solving of important state and regional problems of social-economic policy to improve the efficiency of capital investment in populationhealth through risk sharing and financial benefits between partners.

Keywords: health care, government, business, public-private partnership, trust agreement.

В. М. Лобас, С. М. Вовк, Е. Б. Петряєва

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

СОХРАНЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА ЧЕРЕЗ РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА

Общественное осознание ценности человеческой жизни, важности полноценного и гармонического развития личности, ее физических, моральных и духовных способностей, а также необходимости создания условий для самореализации трудового потенциала требуют от науки и органов власти объективного и своевременного определения основных стратегических направлений сохранения и улучшения здоровья человеческого капитала. В концентрированной форме это синтез достигнутого уровня качества жизни человека и экономического развития страны.

Цель – формирование теоретических подходов к развитию государственно-приватного партнерства в здравоохранении, как элемента для сохранения человеческого капитала. Изучение экономических проблем здравоохранения в единстве со всеми другими проблемами национального хозяйства закономерно подводит к выводу, что развитие этой отрасли находится под воздействием многих внешних и внутренних отраслевых факторов. В связи с этим экономические и социальные основы медицинской помощи должны развиваться совместно с важнейшей социальной задачей – защитой здоровья граждан Украины и тем самым укреплять общественное здоровье страны.

Выводы. Поэтому, наиболее актуальные проблемы сегодняшнего становления системы здравоохранения Украины должны исследоваться в широком контексте применения механизмов и методов государственно-приватного партнерства (ГПП), так как именно он может быть основным из стратегических направлений развития защиты здоровья работающего населения.

Ключевые слова: трудовой потенциал, человеческий капитал, качество жизни, государственно-приватное партнерство, здравоохранение, медицинская помощь, здоровье.

Значимость усиления принципов государственной ответственности за здоровье трудоспособного населения, реформирование и усиление экономической роли здравоохранения, поиск прогрессивных организационных технологий и механизмов построения системы медико-социальной защиты экономически активного населения из года в год возрастает. Фактор здоровья все больше становится индикатором прогрессивности социально-экономической формации, как обобщенный результат совокупного влияния всего комплекса жизнеобеспечивающих условий, уровня производительности общественного труда и эффективности общественного производства. В концентрированной форме это синтез достигнутого уровня качества жизни человека и экономического развития страны.

Общественное осознание ценности человеческой жизни, важности полноценного и гармонического развития личности, ее физических, моральных и духовных способностей, а также необходимости создания условий для самореализации трудового потенциала требуют от науки и органов власти объективного и своевременного определения основных стратегических направлений сохранения и улучшения здоровья человеческого капитала. Однако медицинская помощь

в Украине остаётся преимущественно на низком уровне, хотя поглощает большую часть государственного бюджета, который выделяется на защиту и сохранения здоровья трудовых ресурсов. Поэтому содействие разных органов и систем финансирования государственного управления механизмами сохранения здоровья является важным шагом коренного улучшения жизни людей.

Анализ последних исследований и публикаций

Изучение проблем и перспектив сохранение человеческого капитала через развитие государственно-приватного партнерства в здравоохранении посвящено достаточно работ отечественных и зарубежных ученых [1–9]. Однако изучение особенностей формирования государственно-приватного партнерства, его достоинства и недостатки, а также условия развития для защиты качества здоровья трудоспособного населения изучены не достаточно. Помимо этого, экономические рыночно-трансформационные процессы в Украине требуют улучшения существующей модели государственно-приватного партнерства, особенно в развитии защиты населения, что обуславливает актуальность темы и определяет ее цель.

Цель – формирование теоретических подходов к развитию государственно-приватного партнерства в здравоохранении, как элемента для сохранения человеческого капитала.

Изложение основного материала

Изучение экономических проблем здравоохранения в единстве со всеми другими проблемами национального хозяйства закономерно подводит к выводу, что развитие этой отрасли находится под воздействием многих внешних и внутренних отраслевых факторов. В связи с этим экономические и социальные основы медицинской помощи должны развиваться совместно с важнейшей социальной задачей – защитой здоровья граждан Украины и тем самым укреплять общественное здоровье страны. В свою очередь, формируя общественное здоровье, воздействуя на потенциал рабочей силы, здравоохранение предоставляет медицинские услуги всем отраслям национального хозяйства. Среди медицинских услуг значительное место занимает компенсация негативных последствий функционирования промышленных отраслей на окружающую среду, условий труда работающего и других. В комплексе со всеми видами деятельности национального хозяйства система организации здравоохранения решает медицинские, социальные и экономические задачи, связанные с качеством жизни людей, их благосостоянием, реализацией социальных гарантий, формированием трудового потенциала, и тем самым органично вращается в экономику Украины.

В системе рыночных отношений важное место занимает труд, как один из основных факторов производства. На рынке труда сталкиваются интересы трудоспособных людей и работодателей, представляющих государственные, муниципальные, общественные и частные организации. Мотивационные отношения, складывающиеся на этом рынке, имеют ярко выраженный социально-экономический характер, он затрагивает насущные потребности большинства населения страны. Через механизм рынка труда устанавливаются уровни занятости, блага населения и оплата труда [6, с. 35].

Занятость населения ставит жесткие требования к здоровью работающих, так как от него зависит производительность труда, издержки субъектов производства на подбор, подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров, на их трудоустройство, на материальную поддержку социально зависимых людей и лишившихся работы. Поэтому решения таких проблем, как занятость населения, безработица (неизбежное явление общественной жизни), воспроизводство ресурсов трудовой деятельности в целом, и развитию рынка труда в частности, актуальны для экономики страны и являются предметом изучения межотраслевых функцио-

нальных дисциплин.

Учитывая важность этого явления, мы провели подробный анализ структуры занятости населения в Украине и регионах, определили причины безработицы, предложили стратегически важные направления государственного управления организационно-экономическими механизмами регулирования занятостью.

Повышение качества жизнедеятельности населения Украины является насущной потребностью, обусловленной необходимостью консолидации общества, объединения усилий всех его слоев для реализации целей, ориентированных на достижение высоких социальных стандартов и нормативов. Необходимо критически переосмыслить мировой опыт формирования нового европейского экономического пространства соответственно к национальным потребностям и запросам, предусмотрев замену старых способов решения наших проблем принципиально новыми, более эффективными. Основная идея национального социального развития должна состоять в достижении самодостаточного уровня в обществе, осознании и реализации того, что полноценное развитие человеческого потенциала, социума вообще, это прерогатива не только государства и властных структур, но и каждого из граждан Украины, которая осуществляется на основе согласованности большинства интересов граждан, общественных объединений и местного самоуправления.

На протяжении продолжительного реформационного периода, с присущими ему разногласиями и проблемами, не преодолен глубокий социально-политический кризис, несформированы основы рыночного хозяйствования с соответствующими основами экономического развития системы здравоохранения. По нашему мнению, социальные приоритеты должны быть во всех современных трансформационных преобразованиях, в том числе в инновационно-инвестиционных процессах, структурных и институциональных сдвигах в современной политике развития здравоохранения [4, с. 38].

В связи с этим, наиболее актуальные проблемы сегодняшнего становления системы здравоохранения Украины должны исследоваться в широком контексте применения механизмов и методов государственно-приватного партнерства (ГПП), так как именно он может быть одним из основных стратегических направлений развития защиты здоровья работающего населения.

Научные работы зарубежных ученых посвященные исследованию ГПП, к самому определению подходят двояко. С одной стороны, его рассматривают как систему отношений государства и бизнеса, которая широко используется в качестве инструмента национального, международного, регионального, городского, муниципального экономического и социального развития.

С другой, как конкретные проекты, реализуемые совместно государственными органами и частными компаниями на объектах государственной и муниципальной собственности [7–9].

Сам термин «государственно-частное партнерство» является традиционным переводом с английского языка «public-private partnership». При этом слово «public» переводится как «государство», что несколько уменьшает суть самого понятия. Однако «государство» (public) здесь трактуется шире, чем простая совокупность учреждений, осуществляющих властные функции. В данном контексте оно трактуется как субъект общественной власти, включающий все уровни управления – национальный, региональный и муниципальный [1, с. 40].

Под «public» рассматривается комплекс общественных институтов, которые реализуют свои властные полномочия, а также играют подчас неофициальную, неформальную, но важную роль в развитии общественных процессов. Понятие «государство» включает также социальные, образовательные, академические и прочие учреждения общественного сектора [2, с. 24].

Однако практическая реализация идей партнерства стала возможной только тогда, когда способность потенциальных субъектов такого взаимодействия – групп с различными, обычно противостоящими, интересами – начала постепенно приближаться к точке паритета, когда развитие общественной привело к жизни становлению его трех секторной собственности на средства производства. При этом технический прогресс сделал существенный рост реальных доходов населения, что значительно расширило поле для заключения общественного договора с предпринимателями на принципах партнерства.

Более того, характер целей и задач, которые ставятся перед конкретными ГПП-проектами, невозможно решить силами одного из участников, так как они относятся к сфере общественных интересов [3, с. 52]. Соответственно, мы делаем вывод, что формирование и соблюдение определенных принципов – неотъемлемая составляющая любого проекта государственно-приватного партнерства.

Как социально-экономический институт ГПП формируется и функционирует согласно совокупности сформулированных современных социально-экономических теорий, где общие и/или универсальные принципы государственного управления соответствуют их конкретизации. Опираясь на мнение Надолишного П. И. (2012), можно выделить следующие принципы:

– принцип объективности – соблюдение объ-

ективных закономерностей общественного развития, научное анализирование управленческой ситуации, учет реальных возможностей субъектов партнерского взаимодействия, а также осуществление постоянного мониторинга и корректировки реализации проектов в рамках ГПП;

– принцип комплиментарности – принципы ориентации на согласие, взаимной выгоды, общей ответственности, т. е. согласование противоположных, на первый взгляд интересов и идя на определенные самоограничения партнеры достигают большего результата, чем каждый из них мог бы достичь самостоятельно;

– принцип демократизма – добровольность, открытость, прозрачность, соуправление, подотчетность и других, соблюдение которых означает, в частности, публичность всех ключевых решений по вопросам ГПП;

– принцип законности означает верховенство права, направлен на формирование надлежащего правового поля ГПП и обуславливает необходимость законодательного определения его основ;

– принцип самоорганизации – в основе лежит способность системы обеспечить многообразие реакций на внешние воздействия с целью достижения своих целей [1, с. 42].

Государственно-приватное партнерство фактически невозможно при несоблюдении принципа социальной ответственности, т.е. ответственности бизнеса, неправительственных организаций за социальные последствия своей деятельности, их готовности брать на себя перед обществом обязательства и выполнять их. Социальная ответственность, в отличие от юридической, подразумевает добровольный отклик на социальные проблемы и находится вне рамок требований, определенных законом, или «сверх» этими требованиями.

Выводы

Поскольку дельного и абсолютно единого подхода к государственно-приватному партнерству нет, требуется максимально взвешенный подход к его использованию в системе здравоохранения, в частности сохранения человеческого капитала, а также распределения трудовых, финансовых, правовых, политических рыночных рисков для государственного и частного сектора. Организация проведения социально-ответственного разгосударствления основных средств производства на принципах государственно-приватного партнерства в управлении медицинскими организациями, может послужить дальнейшему изучению проблем реформирования здравоохранения Украины.

Список литературы

1. Надолишній П. І. Публічно-приватне партнерство в Україні: теоретико-методологічні засади і Надолишній П. І. Публічно-приватне партнерство

в Україні: теоретико-методологічні засади і умови інституціоналізації / П. Надолишній, Н. Піроженко // Зб. Наук. праць КНЕУ. – К.: Наука. 2012. – С. 34–51.

2. Пильтяй А. В. Типові моделі розподілу ризиків державно-приватного партнерства / А. Пильтяй // *Економіка України*. – 2013. – № 7 – С. 23–29.
3. Рожкова С. Анализ мирового опыта использования государственно-частного партнерства в различных отраслях экономики. [Электронный ресурс] / С. Рожкова // – *Рынок ценных бумаг*. – 2008. – № 1. – С. 50–55. – Режим доступа до журн.: <http://www.rcb.ru/>
4. Смирнов А. А., Шахов А. В. Шляхи розвитку державно-приватного партнерства в Україні / А. А. Смирнов, А. В Шахов // *Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету*. 2010 – № 1. – С. 36–41.
5. Соціальне замовлення в Україні: досвід 10 років впровадження / Збірник аналітичних та нормативно-методичних матеріалів / Під редакцією В. І. Брудного, А. С. Крупника. – Одеса: Євродрук, 2011. – 156 с.
6. Шутов М. М. Организационно-экономический механизм развития системы здравоохранения в регионе: Дис. На соиск. Науч. Степени д.э.н. / спец. 08.10.01. – Защ. в ученом совете НАНУ. г. Донецка в 2005 г.
7. Audretsch D., Link A., Scott J. Public. (2002), “Private Technology Partnerships: Evaluating SBIR-Supported Research”, *Research Policy* [Online], vol. 31 (1), available at.: <http://www.dartmouth.edu/~jtscott/Papers/01-01.pdf>.
8. Smirnov, A. A. and Shakhov, A. F. (2010) “Century Ways of development of public-private partnership in Ukraine”, *Scientific Herald of the international humanitarian University*, vol. 1, pp. 36–41.
9. Podgae, S. V. and Sitash, T. D. (2012) “Problems and prospects of development of public-private partnership in the health system”, *The mechanism of economic regulation*, vol. 3, pp. 32–37.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2015.

В. М. Лобас, С. М. Вовк, Є. Б. Петряєва
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ ЧЕРЕЗ РОЗВИТОК ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА

Суспільне усвідомлення цінності людського життя, важливості повноцінного і гармонійного розвитку особистості, її фізичних, моральних і духовних здібностей, а також необхідності створення умов для самореалізації трудового потенціалу вимагають від науки та органів влади об'єктивного і своєчасного визначення основних стратегічних напрямків збереження і поліпшення здоров'я людського капіталу. У концентрованій формі це синтез досягнутого рівня якості життя людини та економічного розвитку країни. Мета – формування теоретичних підходів до розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я, як елемента для збереження людського капіталу. Вивчення економічних проблем охорони здоров'я в єдності з усіма іншими проблемами національного господарства закономірно підводить до висновку, що розвиток цієї галузі перебуває під впливом багатьох зовнішніх і внутрішніх галузевих факторів. У зв'язку з цим економічні та соціальні основи медичної допомоги повинні розвиватися спільно з найважливішим соціальним завданням – захистом здоров'я громадян України і тим самим зміцнювати громадське здоров'я країни. Висновки. Тому, найбільш актуальні проблеми сьогодення становлення системи охорони здоров'я України повинні досліджуватися в широкому контексті застосування механізмів і методів державно-приватного партнерства (ДПП), так як саме він може бути основним зі стратегічних напрямів розвитку захисту здоров'я працюючого населення.

Ключові слова: трудовий потенціал, людський капітал, якість життя, державно-приватне партнерство, охорона здоров'я, медична допомога, здоров'я.

V. M. Lobas, S. M. Vovk, E. B. Petryeva
Donetsk National Medical University M. Gorky

THE PRESERVATION OF HUMAN CAPITAL THROUGH THE DEVELOPMENT OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP

Public awareness of the value of human life, the importance of the full and harmonious development of the personality, physical, moral and spiritual faculties, and the need to create conditions for self-employment potential demand from science and government objective and timely identify the main strategic directions of maintaining and improving the health of human capital. In concentrated form it is a synthesis of the achieved level of “quality” image of human life and economic development of the coun-

try. The goal is the formation of theoretical approaches to the development of public-private partnership in health, as element for the preservation of human capital. The study of economic problems of health in unity with all the other problems of the national economy naturally leads to the conclusion that the development of this sector is influenced by many internal and external industry factors. In this regard, the economic and social bases of health care should be developed in conjunction with the major social goal of health protection of citizens of Ukraine and thereby to strengthen the public health of the country. The conclusions. Therefore, the most urgent problems of today the formation of the Ukrainian health system should be analysed in the broader context of the use of mechanisms and methods of public-private partnership (GPP), as it may be the main strategic directions of development of the protection of the health of the working population.

Keywords: labor potential, human capital, quality of life, public-private partnership, health care, medical aid, health.

О. Г. Єщенко, Н. Г. Гойда

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ НА ПРИКЛАДІ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

Мета роботи: опрацювати нові підходи до оцінки ефективності впровадження державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіонах України на прикладі Запорізької області як регіону з середнім рівнем поширеності ВІЛ-інфекції.

Матеріали та методи: бібліосемантичний метод; метод статистичного аналізу.

Результати та їх обговорення. Представлено аналіз запропонованих авторами показників оцінки ефективності діяльності регіонів у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на прикладі Запорізької області. Обґрунтовано доцільність подальшого впровадження аналізу діяльності регіонів у даній сфері шляхом застосування для такого аналізу шести основних показників. Рекомендовано по завершенню аналітичної роботи застосовувати формування підсумкового рейтингу, що визначить перелік областей України, діяльність яких потребує посиленого організаційно-методичного супроводу у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція/СНІД, регіони України, Запорізька область, показники оцінки ефективності діяльності.

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та її вплив на соціально-економічний стан в країні вимагає систематичного перегляду та удосконалення методів та підходів запобіганню її негативних наслідків під час формування та реалізації державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Це стосується і підходів у оцінюванні ефективності дій влади, медичної спільноти, громадськості у даному напрямку.

Нами протягом 2012–2014 років було проведено глибокий аналіз стану реалізації заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в усіх регіонах України з урахуванням рівнів поширення ВІЛ (високий, середній, низький) та запропоновано удосконалені підходи і показники для оцінки ефективності державної політики. Також проведено пілотування та впровадження запропонованого підходу оцінки діяльності регіонів у вищезазначеній сфері у діяльність Держслужби України соцзахворювань [1].

Результати цієї наукової роботи буде представлено у низці публікацій.

Мета даної статті: продемонструвати запропонований авторами підхід до аналізу діяльності регіонів у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на прикладі одного з регіонів України з середнім рівнем поширеності ВІЛ – Запорізької області.

Матеріали та методи: бібліосемантичний метод з використанням літературних джерел та метод статистичного аналізу, матеріалом для якого слугували статистично-звітні форми регіонів України за напрямком протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, затверджені відповідними наказами МОЗ України, а також оперативна інформація з областей України.

Результати та їх обговорення

Експериментально-дослідницьким шляхом нами було отримано дані щодо доцільності аналізу діяльності регіонів у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за такими показниками:

1. Відсоток кількості випадків серед осіб вікової категорії 15–24 роки від загальної кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції;
2. Відсоток кількості тестувань осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ від загальної кількості тестувань;
3. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини (%);
4. Відсоток числа осіб, узятих на облік, з числа осіб виявлених за результатами сероепідемоніторингу;
5. Відсоток пізнього взяття ВІЛ-інфікованих осіб (стадія СНІДу) під медичний нагляд;
6. Відсоток числа ВІЛ-інфікованих осіб, які отримали лікування від ВІЛ-інфекції, від числа осіб, які його потребували.

Також, на нашу думку, саме за цими показниками доцільно складати підсумковий рейтинг, що визначить перелік областей України, діяльність яких потребує посиленого організаційно-методичного супроводу у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Щодо Запорізької області, то наразі у даному регіоні зафіксовано як середній рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію у порівнянні із загальноукраїнськими показниками, так і середній рівень смертності від захворювань, зумовлених СНІДом [2].

З метою кращого розуміння ситуації з ВІЛ-інфекцією, що склалася у Запорізькій області, слід торкнутися певних історичних аспектів.

Перші три випадки ВІЛ-інфекції в Запорізькій області було зареєстровано восени 1987 р. серед іноземних студентів, які прибули на навчання у вищі учбові заклади м. Запоріжжя. Згідно з законодавством того часу, усі ВІЛ-інфіковані студенти були депортовані з країни. З 1988 р. до 1993 р. випадки ВІЛ-інфекції в області не реєструвалися. В січні 1994 р. ВІЛ-інфекцію було виявлено в іноземця, який також був депортований з країни. В червні 1994 р. був зареєстрований перший випадок ВІЛ-інфекції у мешканця м. Запоріжжя. ВІЛ-інфікована особа була виявлена за кодом 108.1, при обстеженні як первинний (разовий) донор крові. Імовірний шлях зараження – гомосексуальний. У 1995 р. в області також був зареєстрований лише один випадок ВІЛ-інфекції.

Початком епідемії в Запорізькій області можна вважати 1996 р., коли в області вперше було виявлено і поставлено на облік 184 ВІЛ-інфіковані особи, з яких 167 були споживачами ін'єкційних наркотиків (СІН). Поширення хвороби набуло епідемічного характеру, що було пов'язано з проникненням вірусу імунодефіциту людини у середовище СІН. Парентеральний шлях інфікування ВІЛ, зумовлений спільним використанням шприців, голочок та обладнання для приготування наркотиків, був домінуючим в області до 2007 р., включно [3].

У 2014 р. в області зареєстровано 612 випадків ВІЛ-інфекції, захворюваність становить 34,5 на 100 тис. населення (Україна 44,8 на 100 тис. населення). У 2014 р. було зареєстровано збільшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 1,5% порівняно з 2013 р. Найбільша частка випадків ВІЛ-інфекції реєструється серед міського населення області – 79%. Частка сільського населення у 2005 р. становила 23%, у 2012 р. – 25%, у 2013 р. – майже 19,0%, у 2014 р. – майже 21% [2].

Частка випадків ВІЛ-інфекції серед жінок від загальної кількості випадків ВІЛ-інфекції у 2005 р. становила 40%, у 2012 р. – 47%, у 2013 р. – 38,0%, а у 2014 р. – 45% [2].

Водночас, важливим показником, за яким можна прогнозувати подальший розвиток епідемії та оцінити рівень нових випадків інфікування, на нашу думку, є показник 1. «Відсоток кількості випадків серед осіб вікової категорії 15–24 роки від загальної кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції».

В останні роки спостерігається тенденція до зменшення частки випадків ВІЛ-інфекції у категорії 15–24 роки (з 17,7% у 2005 р.; 8,6% у 2012 р., 6,4% у 2013 р. та 6,2% у 2014 р.). Разом з тим, про те, що інфікування ВІЛ в області продовжується, свідчить реєстрація випадків ВІЛ-інфекції серед молодшої вікової категорії населення –

39 випадків серед осіб 15–24 років у 2013 р. та 38 випадків у 2014 р.

При цьому у 2013 р., у віковій категорії 15–24 роки кількість випадків ВІЛ-інфекції серед молодих жінок у 1,6 рази перевищувала кількість випадків серед молодих чоловіків, у 2014 р. у 2 рази.

В цілому ж у віковій структурі переважає вікова категорія 25–49 років (понад 67,0%) [2].

Домінуючим шляхом передачі ВІЛ-інфекції в області з 2008 р. стає статевий шлях інфікування. Частка осіб, які інфікувалися статевим шляхом, у 2014 р. становила 55,2%, парентеральним шляхом, унаслідок уведення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, – 23,7%. Частка дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями у 2014 р., становила 19,8%. Шлях інфікування не був визначений у 8 випадках. Особливістю епідемічного процесу в області є збільшення випадків передачі ВІЛ статевим шляхом за рахунок статевих партнерів – споживачів ін'єкційних наркотиків [4].

Також стає очевидним, що в області розвивається епідемія ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). Це ключова група підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, де широко практикується ризикована поведінка. У Запорізькій області в 2013 р. гомосексуальний шлях передачі становив лише 3,2% від числа випадків з сексуальним шляхом передачі (в середньому по країні 2,2%), у 2014 р. – 2,4 (в середньому по країні 2,5%). Разом з тим у 2013 р. під нагляд було взято 11 осіб з діагнозом ВІЛ-інфекція та 6 осіб з діагнозом СНІД, які були інфіковані гомосексуальним шляхом, у 2014 р. – 8 осіб з діагнозом ВІЛ-інфекція та 5 осіб з діагнозом СНІД. Стурбованість викликає той факт, що на 01.01.2015р. під наглядом перебувало 64 особи з діагнозом ВІЛ-інфекція, у тому числі 17 у стадії СНІДу, які були інфіковані гомосексуальним шляхом [2, 4].

Враховуючи те, що епідемія ВІЛ-інфекції характеризується як концентрована серед груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, основні акценти роботи слід зосередити саме на здійсненні профілактичних заходів серед цих груп населення. У першу чергу це стосується виявлення випадків ВІЛ-інфікування. Саме тому автори переконані у необхідності проведення оцінки показника 2. «Відсоток обстежених осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ від загальної кількості проведених тестувань за кошти місцевого бюджету». Використання для досягнення високого рівня цього показника коштів саме місцевого бюджету демонструє політичну волю, прагнення та прихильність керівництва області до подолання проблеми ВІЛ-інфекції в регіоні та сприяє життєстійкості програм та заходів при відсутності донорського фінансування.

Так, даний показник у Запорізькій області у 2013 р. становив лише 5,0% (Україна – 11,2%), а

у 2014 р. – лише 7,2% (Україна – 11,3%) [2, 4].

Хоча в цілому по країні у 2013 р. було обстежено лише 31% споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) від їх оціночного числа, затвердженого на засіданні Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу 25 липня 2013 року, але у Запорізькій області цей показник склав тільки 15% СІН від їх оціночного числа [5].

Щодо обстеження представників ЧСЧ від їхнього оціночного числа, то в цілому по країні у 2013 р. було обстежено лише 4%, а у Запорізькій області – лише 7% ЧСЧ від оціночного числа ЧСЧ [5].

Як зазначалося на початку, Запорізька область належить до регіонів з середнім рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, разом з тим, про несприятливий прогноз розвитку епідемії ВІЛ-інфекції свідчить рівень поширеності ВІЛ серед первинно обстежених вагітних, який у 2014 р. становив 0,31% (Україна – 0,36%) [2]. Безперечно, показник поширеності ВІЛ серед вагітних є одним із точних показників, що характеризує рівень поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення. На нашу думку, саме показник 3. «Частота передачі ВІЛ від матері до дитини» є стратегічно важливим у контексті комплексної оцінки діяльності регіону та дозволяє охарактеризувати ефективність профілактичної роботи з загальним населенням.

Частота передачі ВІЛ від матері до дитини у Запорізькій області в 2011 р. становила 2,35% при 3,73% в середньому по країні, а у 2014 р. становила 4,08% при 4,28% в середньому по країні [2, 6]. До цього часу в області реєструються ВІЛ-позитивні вагітні при повторному обстеженні: у 2014 р. таких випадків було зафіксовано 5. При цьому науково доведено факт, що інфікування жінки вірусом імунодефіциту людини саме під час вагітності призводить до високого рівня його передачі дитині.

Одним із основних показників ефективності роботи закладів охорони здоров'я в області, на нашу думку, є показник 4. «Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом, з числа виявлених за результатами сероепідмоніторингу».

Так, станом на 01.01.2015 р. в Запорізькій області під медичним наглядом перебувало 3858 ВІЛ-інфікованих осіб, у т. ч. 250 дітей до 18 років, з яких 63 з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції. Поширеність ВІЛ-інфекції становить 218,4 (Україна – 322,5 на 100 тис. населення). У тому числі під медичним наглядом перебувало 1125 хворих на СНІД, поширеність СНІДу становить 63,7 на 100 тис. населення (Україна – 77,8 на 100 тис. населення) [2].

У 2014 р. у закладах охорони здоров'я області за даним показником досягнуто кращих результатів, ніж в цілому по країні: взято під медичний

нагляд 80,2% ВІЛ-інфікованих осіб з числа виявлених за результатами сероепідмоніторингу (Україна – 70,8%) [2].

Прогноз для життя та подальшого перебігу ВІЛ-інфекції залежить від раннього виявлення інфікування та своєчасності надання якісної медичної допомоги.

Саме тому діяльність закладів охорони здоров'я слід зосередити на вирішенні цих питань і, відповідно за таким показником, як показник 5. «Відсоток пізнього взяття ВІЛ-інфікованих осіб (на стадії СНІДу) під медичних нагляд» можна оцінити адекватність та повноту організаційних заходів, які вживаються в області, для зменшення смертності від СНІДу.

Так, в останні роки (2011–2014) в країні намітилася стабілізація смертності населення, зумовленого вірусом імунодефіциту людини, який, за даними Державного комітету статистики України, становить 12,6; 12,5; 11,5; та за попередніми, розрахунковими даними 2014 р., без урахування тимчасово окупованої території, 10,1 на 100 тисяч населення, відповідно. Разом з тим, смертність ЛЖВ (оціночні дані) у 2013 р. все ще в 1,7 рази перевищувала смертність у загальному масиві населення України (наводяться дані 2013 р. у зв'язку з тим, що остаточних даних щодо смертності у загальному масиві населення України та смертності населення, зумовленого вірусом імунодефіциту людини, у 2014 р. немає) [5, 7].

У Запорізькій же області показник смертності населення, зумовленого вірусом імунодефіциту людини, за даними Державного комітету статистики України, не має тенденції до зменшення і в 2011–2012 рр. становив: 6,3; 8,2; 7,2 та за попередніми, розрахунковими даними 2014 р. – 7,5 на 100 тисяч населення, відповідно.

Щодо попередньо визначеного показника, то слід констатувати, що в Запорізькій області у 2014 р. вперше зареєстровано 492 випадки ВІЛ-інфекції (з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції, тобто за виключенням дітей з непідтвердженим діагнозом), з яких 182 – випадки СНІДу, що складає 37%.

Досить високим є відсоток осіб, які після постановки на облік пройшли медичне обстеження не менш, ніж один раз на рік, – у Запорізькій області він становив у 2013 р. 83,0% (Україна – 74,9%), а у 2014 р. – 75,5% (Україна – 77,6%) [2].

При цьому одним із проблемних питань в області постає питання якості медичного нагляду, оскільки уперше в житті було встановлено діагноз кінцевої (термінальної) клінічної стадії ВІЛ-інфекції – СНІДу ще 204 ВІЛ-інфікованим особам, які перебували на обліку в центрі СНІДу (тобто, майже 53% усіх випадків СНІДу). Відтак, співвідношення вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в I–III стадії та вперше зареєстрованих випадків СНІДу в Запорізькій області у 2014 р. становить 310 та 386.

Рівень охоплення та якість програм антиретровірусної терапії (АРТ) мають визначальний вплив на смертність від захворювань, зумовлених СНІДом, а також можуть мати вплив на зниження передачі ВІЛ (за умови високого рівня охоплення АРТ). Починаючи з 2004 р., в Україні було досягнуто значного прогресу в наданні лікування людям, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), і дозволило реально вплинути на рівень смертності. Вирішальний вплив на смертність від хвороби, зумовленої ВІЛ, має охоплення АРТ не менше як 80% [8]. Відповідно до нових рекомендацій Європейського центру з контролю і профілактики захворювань і Європейського регіонального бюро ВООЗ (травень 2014) країнам Європейського регіону запропоновано застосовувати уніфіковану методологію розрахунку індикатора охоплення ЛЖВ АРТ, а саме: «Відсоток пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, які отримують АРТ, від загального числа пацієнтів, які перебувають на медичному обліку» (за винятком померлих осіб та дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками з невизначеним діагнозом). Даний індикатор після його адаптації до системи організації лікування людей, які живуть з ВІЛ, в Україні, доцільно визначати як показник 6 у запропонованій методиці оцінки діяльності регіонів України.

Охоплення АРТ в Україні на 01.01.2015 р. становило 50,6% (число хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які отримували АРТ на 01.01.2015 р. становило 66409 від 131268, тобто числа осіб, які перебувають під медичним наглядом на початок 2015 р. з діагнозом ВІЛ-інфекція (незалежно від стадії захворювання, з підтвердженням діагнозом ВІЛ-інфекції, за винятком випадків серед дітей з невизначеним діагнозом) [2].

Охоплення АРТ у Запорізькій області на 01.01.2015 р. було меншим середнього по країні (50,6%) і становило лише 48,5% (число хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які отримували АРТ на 01.01.2015 р., становило 1782 від 3671, тобто числа осіб, які перебувають під медичним наглядом на початок 2015 р. з діагнозом ВІЛ-інфекція (незалежно від стадії захворювання, з підтвердженням діагнозом ВІЛ-інфекції, за винятком випадків серед дітей з невизначеним діагнозом).

Охоплення АРТ у Запорізькій області дітей віком до 18 років на 01.01.2015 р. становило 100,0% (число хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД дітей, які отримували АРТ на 01.01.2015 р., становило 63 від 63, тобто числа дітей, які перебувають під медичним наглядом на початок 2015 р. з діагнозом ВІЛ-інфекція (незалежно від стадії захворювання, з підтвердженням діагнозом ВІЛ-інфекції, за винятком випадків серед дітей з невизначеним діагнозом).

У 2014 р. у Запорізькій області зареєстровано 612 випадків ВІЛ-інфекції, захворюваність становить 34,5 на 100 тис. населення (Україна 44,8 на 100 тис. населення). У 2014 р. було за-

реєстровано збільшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 1,5% порівняно з 2013 р. [2].

Співвідношення вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в I–III стадії та вперше зареєстрованих випадків СНІДу в Запорізькій області у 2014 р. становить 310 та 386. По суті, в області поряд з епідемією ВІЛ-інфекції реєструється повномасштабна епідемія СНІДу, і, більшу частину випадків СНІДу складають саме випадки серед ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку в центрі СНІДу – 204 випадки (майже 53% усіх випадків СНІДу), хоча відсоток осіб, які пройшли медичне обстеження не менш, ніж один раз у 2013 р. становив 83,0% (Україна – 74,9%), а у 2014 р. – 75,5% (Україна – 77,6%) [2].

Отже, запропонований показник 6. «Відсоток числа ВІЛ-інфікованих осіб, які отримали лікування від ВІЛ-інфекції, від числа осіб, які його потребували», на думку авторів, є одним із динамічних та значимих у контексті як прогнозу смертності населення від хвороб, обумовлених СНІДом, так і одним із показників ефективності вторинної профілактики, оскільки ВІЛ-інфікована особа, яка отримує антиретровірусні препарати з клінічною, імунологічною та вірусологічною ефективністю лікування, не може передати ВІЛ. Даний показник дає можливість оцінити роботу закладів охорони здоров'я як обласного рівня, так і кабінетів «Довіра», функціональні обов'язки яких включають здійснення медичного нагляду та проведення лікування людей, що живуть з ВІЛ [9].

Висновки

1. Під час проведення комплексної оцінки ефективності діяльності регіонів України у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу доцільно використовувати наступні показники:

- відсоток кількості випадків серед осіб вікової категорії 15–24 роки від загальної кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції;
- відсоток кількості тестувань осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ від загальної кількості тестувань;
- частота передачі ВІЛ від матері до дитини (%);
- відсоток числа осіб, узятих на облік, з числа осіб виявлених за результатами сероепідеміологічного моніторингу;
- відсоток пізнього взяття ВІЛ-інфікованих осіб (стадія СНІДу) під медичний нагляд;
- відсоток числа ВІЛ-інфікованих осіб, які отримали лікування від ВІЛ-інфекції, від числа осіб, які його потребували.

2.3 метою визначення переліку областей України, діяльність яких потребує посиленого організаційно-методичного супроводу у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, доцільно скласти підсумковий рейтинг на основі показників,

представлених у п. 1. Висновків.

3. Запорізька область належить до регіонів з середнім рівнем поширеності, захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від СНІДу, однак, за даними проведеного аналізу, прогноз розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області носить несприятливий характер.

4. Серед питань, які потребують уваги та вирішення з боку керівництва області та медичної спільноти, доцільно виділити такі:

- низька доступність тестування на ВІЛ осіб з груп ризику;
- виявлення ВІЛ-інфекції на пізніх стадіях;
- недостатня якість медичного нагляду за взятими на облік ВІЛ-інфікованими особами, що приводить до переходу ВІЛ-інфекції у таких осіб у термінальну стадію;

- недостатня робота з акушерською службою області у напрямку зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини.

5. Вищевказані проблемні питання є типовими для ситуації в країні в цілому та потребують чіткої координації та належного організаційно-методичного супроводу діяльності закладів охорони здоров'я з боку МОЗ України та інституцій національного рівня.

З метою оптимізації оцінювання ефективності діяльності регіонів України у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу доцільно продовжити дослідження та впровадження запропонованого авторами підходу, а також сприяти розробленню ефективних моделей організаційно-методичного супроводу, поширення кращих практик, наставництва, стажування тощо.

Список літератури

1. Інформація щодо діяльності Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань у 2013 році, довідник. – Київ, 2014, 170 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень № 43, 2015 р.
3. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень № 33.– Київ, 2010. – 53 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень № 40. – Київ, 2013. – 24 с.
5. Оцінка чисельності груп ризику. Аналітичний огляд. – Київ, 2013. – 66 с.
6. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень № 37. – Київ, 2012. – 81 с.
7. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2012 р. – грудень 2013 р. – Київ, 2014. – 262 с.
8. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», від 20 жовтня 2014 року № 1708-VII.
9. Наказ МОЗ України «Про затвердження Змін до Типового положення про кабінет «Довіра» від 21.07.2014 р. № 509, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 05 серпня 2014 р. за № 920/25697.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2015.

Е. Г. Ещенко, Н. Г. Гойда

Національная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УКРАИНЕ НА ПРИМЕРЕ ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель работы: разработать новые подходы к оценке эффективности внедрения государственной политики противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДа в регионах Украины на примере Запорожской области как региона со средним уровнем распространенности ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: библиосемантический метод; метод статистического анализа.

Результаты и их обсуждение. Представлен анализ предложенных авторами показателей оценки эффективности деятельности регионов в сфере противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДа на примере Запорожской области. Обоснована целесообразность дальнейшего внедрения анализа деятельности регионов в данной сфере путем определения шести основных показателей. Рекомендовано по завершению аналитической работы проводить формирования итогового рейтинга, с целью формирования перечня областей Украины, деятельность которых требует усиленного организационно-методического сопровождения в сфере противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДа.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция/СПИД; регионы Украины; Запорожская область; показатели оценки эффективности деятельности.

O. Ieshchenko, N. Hoyda

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupyk

REGIONAL FEATURES OF THE HIV EPIDEMIC IN UKRAINE FOR EXAMPLE ZAPORIZHZHIA REGION

Objective: To work out new approaches for evaluating the effectiveness of implementation of state policy to combat HIV/AIDS in the regions of Ukraine, taking into consideration an example of Zaporizhzhia region as a region with an average prevalence of HIV.

Materials and Methods: bibiosemantical method; method of statistical analysis.

Results and discussion. The analysis is offered by the authors Performance Indicators regions in combating HIV/AIDS as an example of Zaporizhzhia region. The expediency of further implementation analysis of the regions is in this area by applying for such analyzes six key indicators. The analytical work is recommended on completion of formation to apply final rating that will determine the list of regions of Ukraine, which requires enhanced organizational and methodological support in combating HIV / AIDS.

Keywords: HIV/AIDS, regions Ukraine, Zaporizhzhia region, indicators for assessing performance.

Г. О. Слабкий¹, В. В. Бідний²¹ Ужгородський національний університет² Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ТА СМЕРТНОСТІ ДОРΟΣЛОГО ТА ПРАЦЕЗДАТНОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Представлено аналіз первинної інвалідизації дорослого населення та населення працездатного віку внаслідок хвороб сечостатевої системи. Даний показник має тенденцію до зростання. В структурі первинно визнаних інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи серед дорослого населення за групами інвалідності зростає частка осіб, що мають першу групу інвалідності. Наведено показники смертності населення України внаслідок хвороб сечостатевої системи, серед яких найвищими є показники смертності від злоякісних новоутворень передміхурової залози, нирки та сечового міхура.

Ключові слова: первинна інвалідизація, смертність дорослого та працездатного населення, хвороби сечостатевої системи.

Показники первинної інвалідизації населення та його смертності внаслідок окремих класів хвороб є важливим індикатором як стану здоров'я населення так і організації та ефективності спеціалізованої медичної допомоги [3–6]. Захворюваність населення на хвороби сечостатевої системи та їх поширеність мають тенденцію до зростання [1, 2], що і визначило актуальність даної публікації.

Мета роботи: вивчити та проаналізувати показники первинного виходу на інвалідність та показники смертності населення України внаслідок хвороб сечостатевої системи.

Матеріали та методи: при виконанні роботи використано статистичний метод. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за період 2013–2014 рр. Отримані результати оброблялися з використанням загальноприйнятих методів.

Результати та обговорення

На початку дослідження були вивчені показники первинної інвалідності внаслідок хвороб сечостатевої системи в Україні серед дорослого населення та населення працездатного віку. Отримані результати наведено в таблиці 1.

За даними таблиці 1 показник визнаних інвалідами в динаміці років дослідження був без змін і склав 0,7 на 10 тисяч дорослого населення та 0,9 на 10 тисяч серед населення працездатного віку.

Далі вивчалось питання, щодо питомої ваги первинної інвалідності дорослого та працездатного населення України внаслідок хвороб сечостатевої системи серед усіх первинно визнаних інвалідами. Отримані результати представлені в таблиці 2.

Таблиця 1

Показники первинної інвалідності внаслідок хвороб сечостатевої системи в Україні 2013–2014 рр.

Число первинно визнаних інвалідами на 10 тисяч дорослого населення		Число первинно визнаних інвалідами на 10 тисяч населення у працездатному віці	
2013	2014	2013	2014
0,7	0,7	0,9	0,9

Таблиця 2

Питома вага первинної інвалідності дорослого та працездатного населення України внаслідок хвороб сечостатевої системи серед усіх первинно визнаних інвалідами, 2013–2014 рр., (%)

2013		2014	
Питома вага первинної інвалідності дорослого населення	Питома вага первинної інвалідності населення у працездатному віці	Питома вага первинної інвалідності дорослого населення	Питома вага первинної інвалідності населення у працездатному віці
1,4	1,6	1,5	1,7

Згідно наведених в таблиці 2 даних за період дослідження, показники що вивчалися мають тенденцію до підвищення. В 2014 році питома вага первинної інвалідності дорослого населення внаслідок хвороб сечостатевої системи склала 1,5%, а питома вага первинної інвалідності населення у працездатному віці – 1,7% відповідно.

Важливим показником при характеристиці первинної інвалідизації населення є структура первинно визнаних інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи за групами інвалідності. Дані щодо структури первинно визнаних інвалідами серед дорослого населення України в розрізі її регіонів за групами інвалідності наведено в таблиці 3.

За даними, які наведені в таблиці 3 зростає частка визнаних інвалідами першої групи, яка в 2014 році склала 17,9%. Найвищі рівні інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб сечостатевої системи на першу групу інвалідності в загальній структурі інвалідизованих зареєстро-

вано в м. Києві (36,2%), Херсонській (26,4%), Тернопільській (25,9%), Чернігівській (24,5%) та Івано-Франківській (24,2%) областях. Найнижчі показники зареєстровані відповідно в Рівненській (10,3%), Львівській (10,4%), Хмельницькій (11,3%), Вінницькій (11,9%) областях.

На фоні збільшення частки інвалідизованих на першу групу інвалідності, відмічається зниження частки інвалідизованих на другу та третю групи інвалідності з достовірними відмінностями за регіонами країни.

Наступним кроком дослідження було вивчення показників смертності населення України за причини хвороб системи кровообігу. Отримані результати наведені в таблиці 4.

За даними таблиці 4 видно, що найвищий рівень смертності населення реєструється внаслідок злоякісних новоутворень передміхурової залози, який має тенденцію до зменшення і в 2014 році склав 17,760 на 100 тис всього населення в тому числі 18,667 міського та 15, 823 сільського

Таблиця 3

Структура первинно визнаних інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи серед дорослого населення за групами інвалідності, 2013–2014 рр., (%)

Адміністративні території	2013			2014		
	I	II	III	I	II	III
Україна	15,5	17,7	66,8	17,9	8,4	63,7
Вінницька	6,1	13,1	80,8	11,9	19,3	68,8
Волинська	13,8	6,2	80,0	13,0	14,5	72,5
Дніпропетровська	13,1	16,0	70,9	14,0	20,7	65,3
Донецька	16,3	15,7	68,0	19,5	13,8	66,7
Житомирська	11,4	15,7	72,9	13,2	11,3	75,5
Закарпатська	11,1	3,2	85,7	22,9	3,3	73,8
Запорізька	28,4	12,5	59,1	23,6	22,5	53,9
Івано-Франківська	25,3	12,7	62,0	24,2	10,6	65,2
Київська	20,0	24,0	56,0	23,8	23,8	52,4
Кіровоградська	6,2	24,6	69,2	12,9	15,7	71,4
Луганська	7,0	11,3	81,7	12,0	4,0	84,0
Львівська	12,1	9,7	78,2	10,4	5,9	83,7
Миколаївська	34,0	14,0	52,0	23,9	21,7	54,4
Одеська	18,8	36,6	44,6	17,4	51,3	31,3
Полтавська	10,0	45,7	44,3	12,9	37,1	50,0
Рівненська	10,2	7,4	82,4	10,3	16,5	73,2
Сумська	13,2	8,8	78,0	14,3	9,1	76,6
Тернопільська	21,5	10,8	67,7	25,9	10,3	63,8
Харківська	18,9	23,2	57,9	14,3	16,3	69,4
Херсонська	27,3	14,5	58,2	26,4	22,6	51,0
Хмельницька	14,1	23,9	62,0	11,3	12,9	75,8
Черкаська	15,0	21,8	63,2	21,7	17,4	60,9
Чернівецька	18,9	12,1	69,0	17,4	30,4	52,2
Чернігівська	15,6	8,9	75,5	24,5	10,2	65,3
м. Київ	21,6	35,0	43,3	36,2	24,1	39,7

Смертність населення України внаслідок деяких хвороб сечостатевої системи, 2013–2014 рр. (на 100 тис населення)

Нозологічна форма	2013			2014		
	Все населення	Міське населення	Сільське населення	Все населення	Міське населення	Сільське населення
Злоякісні новоутворення передміхурової залози	18,390	19,264	16,530	17,760	18,667	15,823
Камені сечових шляхів	0,701	0,684	0,715	0,795	0,716	0,861
Гіперплазія передміхурової залози	0,816	0,856	0,731	0,665	0,730	0,524
Злоякісні новоутворення сечового міхура	5,146	5,090	5,249	4,792	4,752	4,878
Злоякісні новоутворення нирки	5,931	6,320	5,081	5,391	5,627	4,871
Злоякісні новоутворення інших статевих статей	0,192	0,196	0,183	0,221	0,238	0,184

населення. На другому місці реєструється смертність населення внаслідок злоякісних новоутворень нирки. Цей показник теж має тенденцію до зменшення і становить 5,391 серед всього населення та 5,627 серед міського і 4,871 серед сільського населення. Третє місце займає смертність населення внаслідок злоякісних новоутворень сечового міхура, яка має тенденцію до зменшення показника і становить відповідно 4,792, 4,752 та 4,878 на 100 тис населення. Найнижчі показники смертності зареєстровані внаслідок каменів сечових шляхів. Цей показник має тенденцію до зростання і в 2014 році зареєстрований на рівні 0,795, 0,716 та 0,861 відповідно.

Висновки

Представлено аналіз первинної інвалідизації дорослого населення та населення працездатного віку внаслідок хвороб сечостатевої системи. Даний показник має тенденцію до зростання. В структурі первинно визнаних інвалідами внаслідок хвороб сечостатевої системи серед дорослого населення за групами інвалідності зростає частка осіб, які інвалідизовані на першу групу інвалідності. Найвищі показники смертності населення України зареєстровано внаслідок злоякісних новоутворень передміхурової залози, нирки та сечового міхура.

Список літератури

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>. – Назва з екрану.
2. Сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ukrstat.org/operativ/operativ2007/gdn/sns/dod_1_06.htm. – Назва з екрану.
3. Чепелевська Л. А. Динаміка смертності населення України на сучасному етапі: регіональний аспект / Л. А. Чепелевська, Ю. Б. Яценко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – 2 (26). – С. 30–34.
4. Чепелевська Л. А. Новітні регіональні тенденції смертності населення України / Л. А. Чепелевська, О. М. Орда // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 68–73.
5. Чепелевська Л. А. Прогнозні тенденції смертності населення України / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 3. – С. 10–15.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. [монографія] – К., 2014. – 438 с.

Стаття надійшла до редакції 09.11.2015.

Г. А. Слабкий¹, В. В. Бедний²

¹ Ужгородський національний університет

² Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОЇ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ І СМЕРТНОСТІ ВЗРОСЛОГО І ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМИ

Представлено аналіз первинної інвалідизації дорослого і трудоспособного населення внаслідок хвороб мочеполової системи. Даний показник має тенденцію до збільшення. В струк-

туре первично признаних інвалідами внаслідок захворювань мочеполової системи серед дорослого населення по групах інвалідності збільшується частка осіб, які мають першу групу інвалідності. Приведені показники смертності населення внаслідок захворювань мочеполової системи. Найвищі показники смертності населення України зареєстровані внаслідок злоякісних новоутворень передстатевої залози, нирок і сечового міхура.

Ключові слова: первинна інвалідизація, смертність дорослого і трудоспроможного населення, захворювання мочеполової системи.

G. O. Slabkiy¹, V. V. Bidniy²

¹ Uzhhorod National University

² Ukraine Institute for Strategic Studies MoH Ukraine

CHARACTERISTIC OF PRIMARY INVALIDIZATION AND MORTALITY OF ADULT AND WORKING AGE POPULATION IN UKRAINE AS THE RESULT OF THE DISEASES OF UROGENITAL SYSTEM

Analysis of primary disability of adult population and population of working age as the result of the diseases of urogenital system is presented in the paper. This index shows the tendency increase. The share of persons with the first group of disability recognized is increasing in the structure of persons who were primary recognized as disabled after the diseases of urogenital system among adult population depending on the groups of disability. The indices of population mortality as a result of the diseases of urogenital system are presented in the paper. The highest mortality indices in Ukraine are registered as the result of malignant neoplasms of the prostate, kidneys and urinary bladder.

Keywords: primary invalidization, mortality among adult population and population of working age, diseases of urogenital system.

Г. О. Слабкий, Л. В. Крохмалюк, Л. О. Качала
Ужгородський національний університет
Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

АНАЛІЗ ЧИННОГО ЗАКОНОДАВСТВА ЩОДО САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В РАМКАХ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Представлено аналіз чинних законодавчих актів України, якими регламентовано забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя в країні в частині забезпечення епіднагляду за інфекційними хворобами.

Ключові слова: санітарно-протиепідемічне благополуччя, система громадського здоров'я, законодавче забезпечення.

В країні проводиться реформування санітарно-протиепідемічної служби. При цьому залишаються проблеми санітарно-протиепідемічного характеру які вимагають відповідних рішень. В рамках європейської політики Здоров'я 2020 зазначені проблеми підлягають вирішенню через розвиток та підтримку громадського здоров'я із визначенням основних оперативних функцій [1, 2]. В Україні заплановано створення системи громадського здоров'я і в даний час проводиться робота з її формування. На даний час проводиться формування національного центру громадського здоров'я [3].

Мета роботи: вивчити рівень законодавчого забезпечення санітарно-протиепідемічного благополуччя в рамках системи громадського здоров'я.

Матеріали та методи: контент аналіз чинного законодавства України з питань санітарно-протиепідемічного забезпечення.

Результати та їх обговорення

Епідеміологічний нагляд в Україні здійснюється за трьома рівнями:

I рівень, місцевий, полягає у виявленні випадку інфекційного захворювання на яке впродовж 12 годин у відповідну регіональну СЕС подається екстрене повідомлення (форма № 058-о);

II рівень, регіональний: здійснюється оперативна, щомісячна і щорічна звітність до 25 числа наступного місяця за формами № 1 та 2;

III рівень, національний, який забезпечує державний комітет статистики, а також МОЗ України через Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України.

Нами були проаналізовані чинні законодавчі акти України, якими регламентовано забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя в країні в частині забезпечення епіднагляду за ін-

фекційними хворобами.

Основним серед них є Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» яким введена обов'язкова реєстрація кожного випадку інфекційної хвороби незалежно від місця і обставин виявлення та оперативне (екстрене) повідомлення відповідного органу державної санітарно-епідеміологічної служби.

Подальший розвиток та практичне впровадження процесу реєстрації випадків інфекційних хвороб визначено Постановою Кабінету Міністрів України від 21.02.2001 № 157 «Деякі питання реєстрації, обліку та звітності щодо інфекційних хвороб».

Питання реєстрації інфекційних хвороб регламентуються низкою галузевих нормативних актів, до яких відносяться накази МОЗ України: від 02.06.2009 № 378 «Про затвердження форм звітності з інфекційних і паразитарних захворювань, щеплень проти окремих інфекційних хвороб та інструкцій щодо їх заповнення»; від 05.04.2011 «Про удосконалення системи оперативного інформування Міністерства охорони здоров'я України»; від 19.10.2012 № 818 «Порядку ведення реєстру хворих на туберкульоз»; від 05.03.2013 № 180 (зареєстрованого в Мінюсті 27.03.2013 р. за № 495/23027) «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення» та спільний наказ МОЗ України та Державного комітету статистики України від 24.12.04 № 640/663, зареєстрованим Міністерством юстиції України 19.01.05 за № 62/10342) про звітно-облікову документацію з питань ВІЛ/СНІД та реєстру комп'ютерної бази даних обліку ВІЛ-інфікованих осіб.

Моніторинг і реагування на небезпеки для здоров'я і при надзвичайних ситуаціях забезпечується наступними законодавчими актами:

- постановами Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2011 р. № 893 «Про затвердження правил санітарної охорони території України» та від 9 січня 2014 р. № 11 «Про затвердження положення єдиної державної системи цивільного захисту»;

- наказами МОЗ України від 15.09.1992 № 135 «Про створення спеціалізованих протиепідемічних бригад (СПЕБ)» та від 17.07.2014 № 503 «Про утворення Експертної групи Міністерства охорони здоров'я України з питань Міжнародних медико-санітарних правил»

В Україні система реагування у випадку виникнення небезпек або надзвичайних ситуацій традиційно була зорієнтована на нагляд за об'єктами, які становлять потенційну небезпеку та лабораторне визначення ГДК визначеного переліку речовин у ґрунті, воді та повітрі. Вивчення впливу цих факторів на стан здоров'я населення (короткотермінового чи віддаленого) практично не проводилося.

В рамках проведення реформ санітарно-епідеміологічної служби та системи охорони

здоров'я України, формування системи громадського здоров'я встановлено наступне:

- Міністерство охорони здоров'я України відповідно до свого положення відповідальне за реалізацію всіх 10 основних функцій громадського здоров'я (безпосередньо самостійно забезпечує 121 завдання, та 25 спільно з іншими центральними органами виконавчої влади);

- Державна санітарно-епідеміологічна служба України виконує 147 завдань, з яких 72 завдання повинні бути передані МОЗ України, 39 завдань перейти до інших центральних органів виконавчої влади, 36 передбачено ліквідувати у рамках задекларованої політики про зниження контролюючого тиску на бізнес.

Висновки

Чинні закони України, в рамках системи громадського здоров'я, дозволяють забезпечити санітарне благополуччя в країні з розробкою та прийняттям Закону України «Про засади громадського здоров'я в Україні».

Список літератури

1. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. – Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 2012 (документ EUR/RC62/12).
2. Здоров'я 2020. Основи європейської політики та

Стаття надійшла до редакції 10.11.2015.

Г. А. Слабкий, Л. В. Крохмалюк, Л. А. Качала

Ужгородский национальный университет

Украинский институт стратегических исследований МОЗ Украины

стратегія для XXI століття. – Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 2013. – 224 р.

3. Наказ МОЗ України від 18 вересня 2015 року № 604 «Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

АНАЛИЗ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ПО ВОПРОСУ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Представлен анализ действующих законодательных актов Украины, которыми регламентировано обеспечение санитарно-противоэпидемического благополучия в стране в части обеспечения эпиднадзора за инфекционными болезнями.

Ключевые слова: санитарно-противоэпидемическое благополучие, система общественного здоровья, законодательное обеспечение.

G. O. Slabkiy, L. V. Krokhmaluk, L. O. Kachala

Uzhhorod National University

Ukraine Institute for Strategic Studies MoH Ukraine

ANALYSIS OF CURRENT LEGISLATION ON THE PROBLEM OF SANITARY AND EPIDEMIOLOGIC PROVISION IN THE FRAMES OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

The paper presents the analysis of current legislative documents of Ukraine that regulate the provision of sanitary-and-epidemiologic wellness in the country in the section of epidemiologic supervision of infectious diseases.

Keywords: sanitary-and-epidemiologic wellness, public health system, legislative provision.

Є. Є. Латишев, С. О. Бондарь

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ
Кіровоградський медичний коледж імені Є. Й. Мухіна, м. Кіровоград*

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ВАЖЕЛІ БЕЗПЕКИ ЗДОРОВ'Я ТА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

Представлено результати вивчення організації управління щодо безпеки здоров'я та життєдіяльності за даними аналізу нормативних актів різної юридичної сили. За власними дослідженнями обґрунтовано необхідність удосконалення організації управління процесом забезпечення безпеки здоров'я та життєдіяльності та актуальність наукових досліджень у зазначеному напрямку.

Ключові слова: організація управління, безпека здоров'я та життєдіяльності, законодавчі та нормативні акти.

Актуальною є теза, що становлення суверенної України повинно супроводжуватися створенням безпечного стану довкілля, виробництва, побутових умов для здоров'я та життєдіяльності людини.

Основне місце в цьому процесі посідає законодавство у галузі регулювання відносин з охорони здоров'я людини та навколишнього середовища і забезпечення безпеки в надзвичайних ситуаціях й ситуаціях повсякденного життя, тобто безпеки життєдіяльності [1].

Метою нашого дослідження було вивчення організації управління щодо безпеки здоров'я та життєдіяльності за даними аналізу нормативних актів різної юридичної сили.

Джерельною базою були нормативно-правові акти (n=33) у друкованих і електронних офіційних виданнях.

Для дослідження у якості **методичного апарату** використовувались методи системного підходу і аналізу.

За результатами дослідження встановлено, що організація управління щодо безпеки здоров'я та життєдіяльності регулюються нормативними актами різної юридичної сили: конституцією, законами, урядовими підзаконними актами, відомчими нормативними актами та нормативними актами місцевих органів влади.

Конституція України як юридична база зобов'язань щодо безпеки життєдіяльності проголошує: «Кожна людина має невід'ємне право на життя... Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань» (ст. 27). «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування... Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» (ст. 49). «Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди» (ст. 50) [2].

Встановлено, що законодавство щодо безпеки

життєдіяльності включає законодавство України про охорону здоров'я, про охорону праці, про дорожній рух, про цивільну оборону, про охорону навколишнього середовища тощо.

Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. зі змінами і доповненнями, внесеними законами України, проголошують; що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я [3].

Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі 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.

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з цих Основ та інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я.

У статті 4 проголошені основні принципи охорони здоров'я, а саме:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадя-

нина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у галузі охорони здоров'я тощо.

Законодавством України може бути визначено й інші права громадян у галузі охорони здоров'я.

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 року із змінами і доповненнями регулює суспільні відносини, які виникають у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, визначає відповідні права і обов'язки державних органів, підприємств, установ, організацій та громадян, встановлює порядок організації державної санітарно-епідеміологічної служби і здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні [4].

В статті 7 визначено, що санітарне та епідемічне благополуччя населення, оптимальні умови життєдіяльності, що забезпечують низький рівень захворюваності, відсутність шкідливого впливу на здоров'я населення факторів навколишнього середовища, а також умов для виникнення і поширення інфекційних захворювань.

У статті 4 проголошені права громадян, які мають право на:

- безпечні для здоров'я і життя продукти харчування, питну воду, умови праці, навчання, виховання, побуту, відпочинку та навколишнє природне середовище;

- участь у розробці, обговоренні та громадській експертизі проектів програм і планів забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, внесення пропозицій з цих питань до відповідних органів;

- відшкодування шкоди, завданої їх здоров'ю внаслідок порушення підприємствами, установами, організаціями, громадянами санітарного законодавства;

- достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, здоров'я населення, а також про наявні та можливі фактори ризику для здоров'я та їх ступінь.

Законодавством України громадянам можуть

бути надані й інші права щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя.

У Статті 5 визначені обов'язки громадян, котрі зобов'язані: піклуватися про своє здоров'я та здоров'я і гігієнічне виховання своїх дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян тощо.

Важливе значення має Закон «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [5]. Закон викладено в новій редакції (згідно із Законом України від 3 березня 1998 року № 155/98-ВР).

Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та в Україні створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці, спричиняє важкі соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжиття спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян та суспільства. Боротьба з цією хворобою є одним з пріоритетних завдань держави в галузі охорони здоров'я населення.

Наводимо деякі нормативно-правові акти щодо охорони здоров'я, які розроблялись останнім часом:

- Постанова Кабінету Міністрів від 1999.04.24, № 696 «Про затвердження Правил санітарної охорони території України» [6].

- Постанова Кабінету Міністрів від 1999.04.23, № 667 «Про Комплексні заходи боротьби з туберкульозом» [7].

- Постанова Кабінету Міністрів від 1999.03.09, № 341 «Про Програму профілактики СНІДу та наркоманії на 1999–2000 роки» [8].

- Постанова Верховної Ради, від 1999.02.19, № 453-XIV «Про проект Закону України про захист населення від інфекційних хвороб» [9].

- Постанова Кабінету Міністрів від 1998.03.23, № 357 «Про комплексні заходи для запобігання розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом» [10].

Встановлено, що законодавство про охорону праці складається з Закону України «Про охорону праці», Кодексу законів про працю України та інших нормативних актів.

Закон України «Про охорону праці» від 14 жовтня 1992 року (визначає основні положення щодо реалізації конституційного права громадян на охорону їх життя і здоров'я в процесі трудової діяльності, регулює за участю відповідних державних органів відносини між власником підприємства, установи і організації або уповноваженим ним органом і працівником з питань безпеки, гігієни праці та виробничого середовища і встановлює єдиний порядок організації охорони праці в Україні [11].

Національна програма поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 1996–2000 роки (постанова Кабінету Міністрів України від 2 листопада 1996 р. № 1345) [12] розроблена відповідно до Закону України

«Про охорону праці».

Закон України «Про пожежну безпеку» від 17 грудня 1993 року проголошує, що забезпечення пожежної безпеки є невід'ємною частиною державної діяльності щодо охорони життя та здоров'я людей, національного багатства і навколишнього природного середовища. Цей Закон визначає загальні правові, економічні та соціальні основи забезпечення пожежної безпеки на території України, регулює відносини державних органів, юридичних і фізичних осіб у цій галузі незалежно від виду їх діяльності та форм власності [13].

Закон України «Про дорожній рух» визначає правові та соціальні основи дорожнього руху з метою захисту життя та здоров'я громадян, створення безпечних і комфортних умов для учасників руху та охорони навколишнього природного середовища [14].

Закон регулює суспільні відносини у сфері дорожнього руху та його безпеки, визначає права, обов'язки і відповідальність суб'єктів – учасників дорожнього руху, міністерств, інших центральних органів державної виконавчої влади, об'єднань, підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності та господарювання.

Встановлено, що згідно з Законом «Про цивільну оборону України» від 3 лютого 1993 року кожен має право на захист свого життя і здоров'я від наслідків аварій, катастроф, пожеж, стихійного лиха та на вимогу гарантій забезпечення реалізації цього права від Кабінету Міністрів України, міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування, керівництва підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності і підпорядкування [15].

Держава як гарант цього права створює систему цивільної оборони, яка має своєю метою захист населення від небезпечних наслідків аварій і катастроф техногенного, екологічного, природного та воєнного характеру.

Закон України «Про захист людини від впливу іонізуючих випромінювань» від 14 січня 1998 року спрямований на забезпечення захисту життя, здоров'я та майна людей від негативного впливу іонізуючих випромінювань, спричиненого практичною діяльністю, а також у випадках радіаційних аварій, шляхом виконання запобіжних та рятувальних заходів і відшкодування шкоди [16].

Еколого-правове регулювання ґрунтується на нормах Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» від 25 червня 1991 року, який передбачає мету, завдання, принципи та механізми забезпечення ефективного природокористування, охорони довкілля, забезпечення екологічної безпеки [17].

Закон передбачає, що в Україні громадянам гарантується право загального використання

природних ресурсів для задоволення життєво необхідних потреб (естетичних, оздоровчих, рекреаційних, матеріальних тощо).

Верховною Радою України були прийняті наступні закони щодо охорони довкілля:

- Закон України «Про охорону атмосферного повітря» від 16 жовтня 1992 року [18].

- Закон України «Про природно-заповідний фонд України» від 16 червня 1992 року [19].

- Закон України «Про тваринний світ» від 3 березня 1993 року [20].

- Закон України «Про екологічну експертизу» від 9 лютого 1995 року [21].

- Закон України «Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку» від 8 лютого 1995 року [22].

- Закон України «Про поводження з радіоактивними відходами» від 30 червня 1995 року [23].

- Закон України «Про захист рослин» від 14 жовтня 1998 року. Закон України «Про рослинний світ» від 19 січня 1999 року [24].

Охорона і використання окремих природних ресурсів регулюються відповідними кодексами. Так, охорона і використання земель регулюються Земельним кодексом України (1992) [25]; охорона і використання надр – Кодексом про надра України (1994) [26]; охорона і використання вод – Водним кодексом (1995) [27]; охорона і використання лісів – Лісовим кодексом України (1994) [28].

Підзаконними актами служать нормативно-правові акти державних органів України. Вони видаються на основі законодавчих актів. Насамперед, це постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України:

- «Про затвердження порядку визначення плати і стягнення платежів за забруднення навколишнього природного середовища» (1992) [29];

- «Про затвердження Положення про державний моніторинг навколишнього природного середовища» (1993) [30];

- «Про затвердження концепції охорони та відтворення навколишнього природного середовища Азовського та Чорного морів» (1998) [31];

- «Про затвердження Положення про Державний фонд охорони навколишнього природного середовища» (1998) [32];

- «Про Комплексну програму поводження з радіоактивними відходами» (1999) [33].

Встановлено, що одним із важелів управління є контроль за дотриманням законодавства щодо безпеки життєдіяльності в Україні, який здійснюють різні державні та громадські організації. Серед них державні органи загальної, спеціальної та галузевої компетенції.

До першої групи органів належать Верховна Рада, Кабінет Міністрів, виконавчі комітети місцевих рад народних депутатів, місцеві адміні-

страції.

Державні органи спеціальної компетенції уповноважені контролювати діяльність підприємств, установ, організацій і громадян з питань охорони праці, охорони здоров'я, охорони навколишнього середовища.

Управління охороною праці в Україні здійснюють: Кабінет Міністрів України; Міністерство праці та соціальної політики України; міністерства та інші центральні органи державної виконавчої влади; місцева державна адміністрація, місцеві Ради народних депутатів.

Кабінет Міністрів України забезпечує: реалізацію державної політики в галузі охорони праці; затверджує національну програму щодо поліпшення стану безпеки, гігієни праці і виробничого середовища; визначає функції міністерств, інших центральних органів державної виконавчої влади щодо створенню безпечних і нешкідливих умов праці та нагляду за охороною праці; визначає порядок створення і використання державного, галузевих і регіональних фондів охорони праці.

Для розробки і реалізації цілісної системи державного управління охороною праці при Кабінеті Міністрів України створена Національна рада з питань безпечної життєдіяльності населення, яку очолює віце-прем'єр-міністр України.

Встановлено, що Міністерство праці та соціальної політики України: здійснює державну експертизу умов праці; визначає порядок та здійснює контроль за якістю проведення атестації робочих місць щодо їх відповідності нормативним актам про охорону праці; бере участь у розробці нормативних актів про охорону праці.

Встановлено, що реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади.

Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення галузі, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в галузі охорони здоров'я.

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

Державну санітарно-епідеміологічну службу становлять органи, установи і заклади санітарно-епідеміологічного профілю Міністерства охорони здоров'я України, відповідні установи, заклади, частини і підрозділи Міністерства оборони Украї-

ни, Міністерства внутрішніх справ України, Державного комітету у справах охорони державного кордону України, Служби безпеки України.

Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади, що здійснює контроль і нагляд за додержанням санітарного законодавства, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, є Міністерство охорони здоров'я України.

Державну санітарно-епідеміологічну службу України очолює головний державний санітарний лікар України, який призначається на посаду і звільняється з неї Кабінетом Міністрів України.

Встановлено, що керівництво цивільною обороною України відповідно до її структури покладається на Кабінет Міністрів України, міністерства, інші центральні органи виконавчої влади, Раду міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, керівників підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності і підпорядкування.

Міністерство з питань надзвичайних ситуацій забезпечує здійснення державної політики у сфері цивільної оборони, захисту населення і місцевостей від наслідків надзвичайних ситуацій, попередження цих ситуацій; організовує розроблення і здійснення відповідних заходів з цивільної оборони тощо.

Встановлено, що управління в галузі охорони навколишнього природного середовища здійснюють Кабінет Міністрів України, Міністерство екології; та природних ресурсів; ради народних депутатів та їх виконавчі й розпорядчі органи, а також спеціальні уповноважені на те державні органи з питань охорони природного середовища і використання природних ресурсів в Україні.

Міністерство екології та природних ресурсів здійснює координацію всіх природоохоронних робіт в Україні; розробляє пропозиції щодо вдосконалення господарського механізму управління процесом природокористування, екологічні нормативи, правила та стандарти; готує довгострокові державні цільові програми з охорони довкілля; здійснює екологічну експертизу схем розвитку і розміщення продуктивних сил України, контроль за дотриманням екологічних норм під час розроблення нової техніки, технології та матеріалів, екологічну експертизу проектів усіх новобудов і діючих промислових об'єктів.

Встановлено, що існуюча в Україні система біологічного захисту не в змозі повною мірою забезпечити проведення протиепідемічних заходів при надзвичайних ситуаціях, в тому числі при протидії біологічному тероризму. Стратегія України в галузі біобезпеки є частиною державної стратегії в галузі охорони здоров'я та охорони довкілля з позицій концепції стійкого розвитку. Державна стратегія в цих областях ґрунтується на фундаментальних принципах, закріплених

у ряді міжнародних договорів, стороною яких є Україна, а також у відповідних нормативно-правових актах.

Основна мета України в галузі біобезпеки полягає в тому, щоб, з одного боку, створити умови, що дозволяють в максимальному ступені використати досягнення сучасної біотехнології, сприяти розвитку генної інженерії як одного з пріоритетних наукових напрямів, а з іншого боку, гарантувати безпеку здоров'я людини і довкілля (включаючи збереження і стійке використання біологічної різноманітності) при здійсненні генно-інженерної діяльності, впровадженні нової біотехнології, споживанні їх продуктів.

Конвенція «Про заборону розробки, виробництва та накопичення запасів бактеріологічної (біологічної) і токсичної зброї та про їх знищення» заборонено виробництво та використання бактеріологічної (біологічної) зброї.

До останнього часу ця Конвенція дотримувалася усіма державами. Проте відносна доступність біологічних агентів (особливо природних збудників інфекційних захворювань), їх низька вартість, легкість застосування і масовість ураження, а також тяжкість наслідків і труднощі виявлення виконавця роблять їх украй привабливими для використання в якості біологічної зброї.

У вересня 2002 р. Україна приєдналася до Картахенського протоколу по біобезпеці до Конвенції про біологічну різноманітність. У 2007 році Верховною Радою України прийнятий Закон «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів». Проводиться постійна робота по вдосконаленню існуючого законодавства, розробці нових нормативно-правових актів в галузі біобезпеки.

Таким чином, за результатами власних досліджень нормативних актів різної юридичної сили сформульовано наступні **висновки**: існуюча в Україні система забезпечення безпеки здоров'я та життєдіяльності не в змозі повною мірою забезпечити проведення протиепідемічних заходів при надзвичайних ситуаціях; державна стратегія ґрунтується на фундаментальних принципах, закріплених у відповідних нормативно-правових актах, міжнародних договорах, стороною яких є Україна.

Стратегія України в галузі безпеки здоров'я та життєдіяльності є частиною державної стратегії в галузі охорони здоров'я та охорони довкілля з позицій концепції стійкого розвитку та потребує удосконалення і подальших наукових досліджень.

Список літератури

1. Баб'як І. П., Біленчук О. Г. Екологічне право України, Київ: Атіка, 2000.
2. www.rada.gov.ua/const/const1.htm
3. <http://zakon.nau.ua/doc/?code=2801-12>
4. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T400400.html
5. <http://ovu.com.ua/articles/9303-pro-vnesennya-zmindo-zakonu-ukrayini-prozapobiga>
6. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP990696.html
7. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP990667.html
8. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP990684.html
9. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP990548.html
10. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP9905724.html
11. <http://www.dnaop.com/html/3975.html>
12. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1345-96-%EF>
13. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3745-12>
14. http://headgold.com/view_post.php?id=29
15. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T297400.html
16. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=15%2F98-%E2%F0>
17. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1264-12>
18. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2707-12>
19. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T245600.html
20. <http://hunt-fish.com.ua/article.htm?ident=2b17a8fb14260bb>
21. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=45%2F95-%E2%F0>
22. <http://www.dnaop.com/html/3977.html>
23. <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1078.9213.0>
24. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?>
25. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2768-14>
26. http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/Z013200.html
27. <http://zakon.nau.ua/doc/?code=213/95-%C2%D0>
28. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?>
29. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=18-92-%EF>
30. http://uazakon.com/documents/date_6m/pg_gcgsxy.htm
31. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=24>
32. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=634-98-%EF>
33. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=542-99-%EF>

Стаття надійшла до редакції 04.07.2015.

Е. Е. Латышев, С. А. Бондарь

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев
Кировоградський медичинський коледж імені Е. І. Мухіна, г. Кировоград*

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ РЫЧАГИ БЕЗОПАСНОСТИ ЗДОРОВЬЯ И ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Представлено результаты изучения организации управления безопасностью здоровья и жизнедеятельности по данным анализа нормативных актов разной юридической силы. За собственными исследованиями обосновано необходимость усовершенствования организации управления процессом обеспечения безопасности здоровья и жизнедеятельности и актуальность научных исследований в определенном направлении.

Ключевые слова: организация управления, безопасность здоровья и жизнедеятельности, законодательные и нормативные акты.

E. E. Latyshev, S. A. Bondar

*National Medical Academy of Postgraduate Education named P. L. Shupyk, m. Kyiv
Kirovograd Medical College named after J. E. Mukhin, m. Kirovograd*

REGULATORY ARMS HEALTH SECURITY AND LIVELIHOODS

The results of studying the organization of management of health and safety of life according to the analysis of regulations of different legal force. For own research justified the need to improve the organization of the process control and health security of life and relevance of research in a particular direction.

Keywords: organization management, health and safety of life, laws and regulations.

З. В. Лашкул

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

АСОЦІАЦІЇ МІЖ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИМИ ФАКТОРАМИ РИЗИКУ ТА РОЗВИТКОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Вивчення впливу факторів ризику (ФР) на розвиток артеріальної гіпертензії (АГ) в різних регіонах країни та серед різних категорій населення дозволить своєчасно розробляти та приймати дієві управлінські рішення, спрямовані на профілактику уражень АГ та хвороб асоційованих з нею на регіональному рівні. Дані про реальний стан здоров'я населення з позицій серцево-судинного ризику можна отримати лише в епідеміологічних дослідженнях.

При проведенні соціологічного дослідження, в якому прийняли участь 2000 пацієнтів жителів Запорізької області (з них 1000 пацієнтів з АГ і 1000 пацієнтів без АГ) було вивчено асоціації між АГ та дією відомих ФР, та ФР характерних для жителів регіону.

Встановлено, що поряд з відомими ФР, зв'язок яких доведений фундаментальними дослідженнями, для мешканців Запорізької області притаманні й інші ФР соціально-економічної спрямованості, зокрема незадовільний рівень життя (ВШ 4,31 [95% ДІ 3,56–5,23]), заробітна плата менше за 1500 гривень (ВШ 2,39 [95% ДІ 1,98–2,87]), самотність (ВШ 2,36 [95% 1,86–2,99]), безробіття (1,9 [95% ДІ 1,38–2,64]), відсутність закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) в місці проживання (1,91 [95% ДІ 1,38–2,68]), низький рівень освіти (1,41 [95% ДІ 1,17–1,7]) та професія зі стресовими навантаженнями (1,34 [95% ДІ 1,09–1,63]).

Ключові слова: фактори ризику, профілактика АГ, соціологічне дослідження.

Ураження населення АГ та хворобами асоційованими з нею в різних країнах світу і різних регіонах України мають свої відмінності, які залежать від культурного та життєвого рівня населення, способу життя, освіти, статі, віку, професії, місця проживання, клімату, а також поширеності таких ФР, як куріння, надмірне вживання алкоголю, ожиріння, стресові ситуації, доступності медичної допомоги, а також якості надання профілактичної та медичної допомоги [1, 2, 6]. Тому вивчення впливу цих факторів на розвиток АГ дозволить своєчасно розробляти та приймати дієві управлінські рішення, спрямовані на профілактику уражень АГ та хвороб асоційованих з нею на регіональному рівні. Дані про реальний стан здоров'я населення з позицій серцево-судинного ризику можна отримати лише в епідеміологічних дослідженнях у різних регіонах, які відрізняються за соціально-гігієнічними, економічними і демографічними характеристикам [6].

Нами проведено соціологічне дослідження в якому прийняли участь 2000 пацієнтів, жителів Запорізької області, з них 1000 пацієнтів з АГ і 1000 пацієнтів без АГ.

Зважаючи на те, що основною метою даного етапу дослідження було розроблення прогностичної моделі розвитку АГ, спочатку було вивчено асоціації між АГ та дією вже відомих ФР,

достовірний зв'язок яких доведений багатьма дослідженнями, зокрема обтяжливою спадковістю, надмірною вагою, гіподинамією, надмірним вживанням алкоголю та палінням [1, 3, 4, 7]. Як показало дослідження у досліджуваній когорті при простому логістичному регресійному аналізі осіб існує достовірний зв'язок між АГ та обтяжливою спадковістю (ВШ 49,78 [95% ДІ 36,81–67,31]), надмірною вагою (ВШ 5,92 [95% ДІ 4,80–7,30]), гіподинамією (ВШ 2,15 [95% ДІ 1,78–2,61]), палінням та надмірним вживанням алкоголю (ВШ 1,84 [95% ДІ 0,69–1,03]). Слід відмітити, що найбільші шанси мати АГ мають особи з обтяжливою спадковістю, що співпадає з результатами досліджень інших науковців [3].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ нераціональне харчування також є ФР, що асоціюється з розвитком АГ у дорослого населення. Зокрема, в сучасній науковій літературі є докази щодо впливу на розвиток АГ надмірного вживання солі [9, 11], вживання недостатньої кількості фруктів і овочів [10], а також жирних сортів риби [8]. У запропонованій пацієнтам анкеті питання стосувались саме вищеперелічених продуктів. Наші дослідження підтвердили існування достовірного зв'язку між розвитком АГ та надмірним вживанням солі (ВШ 16,09 [95% ДІ 12,14–21,34]), зловживанням жирними сортами м'яса, риби (ВШ 1,41 [95% ДІ 1,18–1,69]), але обмеженим вживанням овочів

і фруктів (ВШ 18,02 [95% ДІ 14,36–22,62]). Як свідчать результати дослідження, представлені у таблиці 2 найбільший вплив на розвиток АГ мало надмірне вживання солі.

Але поряд з відомими ФР, зв'язок яких доведений фундаментальними дослідженнями, для мешканців Запорізької області притаманні й інші ФР соціально-економічної спрямованості, зокрема незадовільний рівень життя (ВШ 2,45 [95% ДІ (2,04–2,94)], заробітна плата менше за 1500 гривень (ВШ 3,80 [95% ДІ 3,15–4,57]), безробіття (1,9 [95% ДІ 1,38–2,64]), відсутність ЗОЗ в місці проживання (ВШ 0,29 [95% ДІ 0,22–0,35]), низький рівень освіти (ВШ 2,39 [95% ДІ 1,97–2,91]) та професія зі стресовими навантаженнями (ВШ 1,00 [95% ДІ 0,83–1,2]) (табл. 3).

У науковій літературі є багато джерел, які свідчать про зв'язок між метаболічним статусом людини та розвитком у неї АГ та хвороб, що з нею асоціюються. Зокрема останніми мета-аналізами доведено вплив підвищеного рівня холестерину [12] та глюкози [6] на розвиток АГ у дорослого населення. Нашими дослідженнями підтверджено наявність таких достовірних асоціацій (табл. 4).

Таким чином при простому регресійному логістичному аналізі виявлено, що поряд з ФР, такими як спадковість, надмірна вага, гіподинамія, надмірне вживання алкоголю, зв'язок яких доведений чисельними дослідженнями, [1,

3, 4, 7, 13, 14] для мешканців Запорізької області притаманні й інші ФР соціально-економічної спрямованості, зокрема незадовільний рівень життя, заробітна плата менше за 1500 гривень, самотність, безробіття, відсутність ЗОЗ в місці проживання, низький рівень освіти та професія зі стресовими навантаженнями.

Висновки

1. Виявлено, що поряд з відомими ФР, такими як спадковість, надмірна вага, гіподинамія, надмірне вживання алкоголю, зв'язок яких доведений фундаментальними дослідженнями, для мешканців Запорізької області притаманні й інші ФР соціально-економічної спрямованості, зокрема незадовільний рівень життя (ВШ 4,31 [95% ДІ 3,56–5,23]), заробітна плата менше за 1500 гривень (ВШ 2,39 [95% ДІ 1,98–2,87]), самотність (ВШ 2,36 [95% ДІ 1,86–2,99]), безробіття (1,9 [95% ДІ 1,38–2,64]), відсутність ЗОЗ в місці проживання (1,91 [95% ДІ 1,38–2,68]), низький рівень освіти (1,41 [95% ДІ 1,17–1,7]) та професія зі стресовими навантаженнями (1,34 [95% ДІ 1,09–1,63]).

2. Перспективним є подальше вивчення характерних факторів ризику розвитку АГ на регіональному рівні серед різних прошарків населення з наступним впровадженням персоналізованої (індивідуальної) профілактики.

Таблиця 1

Асоціації між медико-соціальними факторами ризику і розвитком артеріальної гіпертензії, n (%)

Фактори ризику	Особи з АГ n=1000	Особи без АГ n=1000	ВШ (95% ДІ)	p
Гіподинамія	436 (43,6)	264 (26,4)	2,15 (1,78–2,61)	<0,001
Надмірне вживання алкоголю	232 (23,2)	264 (26,4)	1,84 (0,69–1,03)	0,098
Надмірна вага	532 (53,2)	161 (16,1)	5,92 (4,80–7,30)	<0,001
Паління	342 (34,20)	246 (24,6)	1,59 (1,31–1,93)	<0,0001
Обтяжлива спадковість	754 (75,4)	58 (5,8)	49,78 (36,81–67,31)	<0,0001

Таблиця 2

Асоціації між факторами ризику, що характеризують харчування, і розвитком артеріальної гіпертензії у дорослого населення, n (%)

Фактори ризику	Особи з АГ n=1000	Особи без АГ n=1000	ВШ (95% ДІ)	p
Вживання солі більше 5 грам на день	524 (52,4)	64 (6,4)	16,09 (12,14–21,34)	<0,0001
Вживання жирних сортів м'яса, риби кожного дня	423 (42,3)	342 (34,2)	1,41 (1,18–1,69)	<0,0001
Вживання недостатньої кількості овочів та фруктів	854 (86,4)	245 (24,5)	18,02 (14,36–22,62)	<0,0001

Таблиця 3

**Асоціації між факторами ризику соціально-економічної спрямованості
і розвитком артеріальної гіпертензії у дорослого населення, n (%)**

Фактори ризику	Особи з АГ n=1000	Особи без АГ n=1000	ВШ (95% ДІ)	p
Соціальний статус – працівник	878 (87,8)	740 (74,0)	2,53 (1,99–3,205)	<0,001
Низький рівень освіти	423 (42,3)	234 (23,4)	2,39 (1,97–2,91)	<0,0001
Заробітна плата менше за 1500 гривень	664 (66,4)	342 (34,2)	3,80 (3,15–4,57)	<0,0001
Незадовільний рівень життя	670 (67,0)	453 (45,3)	2,45 (2,04–2,94)	<0,0001
Професія, пов'язана зі стресами	320 (32,0)	320 (32)	1,00 (0,83–1,21)	1,00
Безробіття	122	68	1,9 (1,38–2,64)	<0,0001
Одинокість	264 (26,4)	265 (26,5)	0,99 (0,82–1,21)	0,960
Низький середній дохід	670 (67,0)	132 (13,20)	13,35 (10,65–16,73)	<0,0001
Відсутність ЗОЗ в місці проживання	116 (11,60)	320 (32,0)	0,29 (0,22–0,35)	<0,0001

Таблиця 4

**Асоціації між факторами ризику, що характеризують метаболічний статус людини
і розвитком артеріальної гіпертензії у дорослого населення, n (%)**

Фактори ризику	Особи з АГ n=1000	Особи без АГ n=1000	ВШ (95% ДІ)	p
Рівень цукру в крові вище 6,0 ммоль/л	158 (15,8)	66 (6,6)	2,65 (1,96–3,59)	<0,0001
Рівень холестерину вище 4,5 ммоль/л	363 (36,3)	152 (15,2)	3,18 (2,56–3,94)	<0,0001

Список літератури

- Global Status Report on Alcohol and Health //World Health Organization. – Le Mont – sur-Lausanne, Switzerland L'IV COM Sarl, 2011. – 277 p.
- Minimum wages statistics [Electronic resource] / Eurostat. – European Commission, 2013. – Access mode: <http:// epp.eurostat.ec.europa.eu
- Outcomes of interest in evidence-based evaluations of genetic tests / J. R. Botkin, S. M. Teutsch, C. I. Kaye[et al.] // Genetics in Medicine: Official Journal of the American College of Medical Genetics. – 2010. – Vol. 12, No. 4. – P. 228–235.
- Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies / G. Whitlock, S. Lewington[et al.] // Lancet. – Prospective Studies Collaboration, 2009. – Vol. 373, No. 9669. – P. 1083–1096.
- Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk: a review for clinicians / M. T. Cooney, A. L. Dudina, I. M. Graham // Journal of the American College of Cardiology. – 2009. – Vol. 54, No. 14. – P. 1209–1227
- Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (версия 2012 года).
- Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis / K. M. Flegal, B. K. Kit, H. Orpana, B. I. Graubard // JAMA. – 2013. – Vol. 309, No. 1. – P. 71–82.
- The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular disease: where does the evidence stand in 2010? / A. Astrup, J. Dyerberg, P. Elwood[et al.] // The American Journal of Clinical Nutrition. – 2011. – Vol. 93, No. 4. – P. 684–688.
- Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease / K. Bibbins-Domingo, G. M. Chertow, P. G. Coxson[et al.] // The New England Journal of Medicine. – 2010. – Vol. 362, No. 7. – P. 590–599.
- Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies / L. Dauchet, P. Amouyel, S. Hercberg, J. Dallongeville // The Journal of Nutrition. – 2006. – Vol. 136, No. 10. – P. 2588–2593.
- Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (toh) / N. R. Cook, J. A. Cutler, E. Obarzanek[et al.] // BMJ

- (Clinical research ed.). – 2007. – Vol. 334, No. 7599. – P. 885–888.
12. Efficacy and safety of more intensive lowering of ldl cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials / C. Baigent, L. Blackwell [et al.] // *Lancet*. – England: London: Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, 2010. – Vol. 376, No. 9753. – P. 1670–1681.
13. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis / K. M. Flegal, B. K. Kit, H. Orpana, B. I. Graubard // *JAMA*. – 2013. – Vol. 309, No. 1. – P. 71–82.
14. Importance of characteristics and modalities of physical activity and exercise in the management of cardiovascular health in individuals with cardiovascular risk factors: recommendations from the eacpr. part ii / L. Vanhees, N. Geladas, D. Hansen [et al.] // *European Journal of Preventive Cardiology*. – 2012. – Vol. 19, No. 5. – P. 1005–1033.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2015..

З. В. Лашкул

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА И РАЗВИТИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Изучение влияния факторов риска (ФР) на развитие артериальной гипертензии (АГ) в разных регионах страны, среди разных категорий населения, позволит своевременно разрабатывать и принимать действенные управленческие решения, направленные на профилактику АГ и болезней ассоциируемых с ней на региональном уровне. Данные о реальном состоянии здоровья населения в регионе с позиций сердечно-сосудистого риска можно получить лишь в эпидемиологических исследованиях.

При проведении социологического исследования, в котором приняли участие 2000 пациентов жителей Запорожской области (из них 1000 пациентов с АГ и 1000 пациентов без АГ), были изучены ассоциации между АГ и действием известных ФР, и ФР характерных для жителей области.

Установлено, что наряду с известными ФР, такими как наследственность, избыточный вес, гиподинамия, чрезмерное употребление алкоголя, связь которых доказана фундаментальными исследованиями, для жителей Запорожской области присущи и другие ФР социально-экономической направленности. В частности неудовлетворительный уровень жизни (ВШ 4,31 [95% ДІ 3,56–5,23]), заработная плата меньше 1500 гривен (ВШ 2,39 [95% ДІ 1,98–2,87]), одиночество (ВШ 2,36 [95% ДІ 0,86–2,99]), безработица (ВШ 1,9 [95% ДІ 1,38–2,64]), отсутствие лечебных учреждений по месту жительства (ВШ 1,91 [95% ДІ 1,38–2,68]), низкий уровень образования (ВШ 1,41 [95% ДІ 1,17–1,7]) и профессия со стрессовыми нагрузками (ВШ 1,34 [95% ДІ 1,09–1,63]).

Ключевые слова: факторы риска, профилактика АГ, социологическое исследование.

Z. V. Lashkul

SI «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine»

ASSOCIATION BETWEEN MEDICAL, SOCIAL RISK FACTORS AND THE DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ADULTS

Study of risk factors (RF) for the development of hypertension in different regions of the country, among different population groups, will allow time to develop and adopt effective management decisions aimed at preventing lesions hypertension and diseases associated with it regionally. Data on the real state of health from the standpoint of cardiovascular risk can only be obtained in epidemiological studies.

In conducting sociological research which was attended by 2,000 patients, residents Zaporizhzhia region, including 1000 patients with hypertension and 1000 patients without hypertension was studied the association between hypertension and known RF and RF which characteristic inhabitants of the region.

It is established that, along with well-known RF, communication which proved fundamental research, for the inhabitants of Zaporizhzhia region and other inherent RF socio-economic orientation, in particular the poor standard of living (OR 4,31 [95% CI 3,56–5,23]), wages of less than 1,500 UAH (OR 2,39 [95% CI 1,98–2,87]), loneliness (OR 2,36 [95% CI 1,86–2,99]), unemployment (1,9 [95% CI 1,38–2,64]), lack of health care in the place of residence (1,91 [95% CI 1,38–2,68]), low education level (1,41 [95% CI 1,17–1,7]) and trade with stressful workloads (1,34 [95% CI 1,09–1,63]).

Keywords: risk factors, prevention of hypertension, sociological research.

О. О. Ковальов, А. М. Рябошапка, Ф. Шах

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ПРЕДИКТОРИ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З МІСЦЕВОПОШИРЕНИМИ КАРЦИНОМАМИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ І РОТОГЛОТКИ: РОЛЬ МАРКЕРІВ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ

Мета роботи: визначити предикативне та прогностичне значення маркерів ВПЛ (білок Е6 ВПЛ 16/18 типів, р16INK4а, койлоцитоз) і білка р53 в залежності від рівня їх експресії у пацієнтів з ВПЛ-асоційованими місцевопоширеними плоскоклітинними карциномами ротової порожнини і ротоглотки.

Об'єкт і методи дослідження: у біопсійних зразках плоскоклітинного раку ротової порожнини та ротоглотки 60 пацієнтів проведено визначення койлоцитозу, експресії білків Е6 ВПЛ 16/18 типів, р16INK4а і р53, досліджено їх предикативне та прогностичне значення.

Результати: виявлено кореляційні зв'язки між ефектом комбінованого лікування та експресією р16INK4а ($\rho=0,3$, $p=0,024$) і експресією р53 ($\rho=-0,3$, $p=0,019$). Частота койлоцитозу корелювала з медіаною загальної виживаності, $\rho=0,5$, $p<0,001$. Експресія Е6 ВПЛ 16/18, р16INK4а і р53 корелювала з медіанами загальної виживаності (відповідно: $\rho=0,9$, $p<0,001$; $\rho=0,9$, $p=0,037$; $\rho=-0,9$; $p<0,001$). Експресія р53 була незалежним предиктором низької виживаності (ВР 1,3, 95% ДІ 1,1–1,7, $p=0,016$) у моделі Кокса пропорційних ризиків.

Висновки: високі рівні експресії р16INK4а асоційовані з високою, а високі рівні експресії р53 – з низькою ефективністю лікування. Пацієнтам з експресією р16INK4а на рівні 2 балів і з експресією р53 4«+» доцільно виконувати хірургічне втручання на першому етапі лікування. Експресія р53 є незалежним фактором негативного прогнозу загальної виживаності. Частота койлоцитозу, експресія Е6 ВПЛ 16/18 і р16INK4а мають обмежене прогностичне значення і потребують подальшого вивчення.

Ключові слова: плоскоклітинний рак, ротова порожнина, ротоглотка, прогноз, предикативні фактори, вірус папіломи людини, діагностика, лікування.

В Україні захворюваність на рак ротової порожнини і ротоглотки протягом останніх 20 років зросла на 11,3% [1] і становить 10,5 на 100 тис. населення [4]. Близько 60% пацієнтів мають місцевопоширені пухлини (III, IVA, IVB стадії). Смертність становить 3,9 на 100 тис. населення [4]. У світі рак ротової порожнини і ротоглотки займає шосте місце серед найпоширеніших злоякісних пухлин. Загальне п'ятирічне виживання не перевищує 50%. Більше 90% пухлин цих локалізацій мають будову плоскоклітинного раку [29].

Протягом останнього часу відмічається зростання частоти раку порожнини рота і ротоглотки, асоційованого з вірусом папіломи людини (ВПЛ) [8, 9]. Найчастіше у пухлинах порожнини рота і ротоглотки виявляють 16 та 18 типи ВПЛ [15, 18]. Дослідження ВПЛ-зумовленого канцерогенезу дозволило виділити прямі (вірусні ДНК, РНК, білки) і сурогатні (койлоцитоз, р16INK4а) маркери вірусної присутності [5, 6, 21, 23, 31]. Предикативна та прогностична роль маркерів ВПЛ у пацієнтів з місцево поширеними плоскоклітинними карциномами ротової порожнини і

ротоглотки вивчена недостатньо, у більшості досліджень береться до уваги лише наявність/відсутність маркера без урахування його експресії.

Згідно з Клінічними настановами EHSN–ESMO–ESTRO, рекомендованим підходом до лікування пацієнтів з місцевопоширеними карциномами ротової порожнини і ротоглотки є хірургічна операція з наступною променевою терапією, а за наявності факторів високого ризику – постопераційна хіміопроменева терапія [13]. В Україні загальноприйнятим підходом є індукційна хімотерапія з наступною променевою терапією з/без хірургічної операції [3, 2]. Хворі з ВПЛ-асоційованими пухлинами мають вищий рівень об'єктивних відповідей на хіміо- та променевою терапію і кращий прогноз. Однак, серед цих пацієнтів також спостерігаються значні відмінності лікувального ефекту [8, 18, 20, 24], що зумовлює необхідність пошуку факторів вибору оптимальної тактики лікування.

Мета роботи – визначити предикативне та прогностичне значення прямих (білок Е6 ВПЛ 16/18 типів) та сурогатних (р16INK4а, койлоци-

тоз) маркерів ВПЛ і білка p53 в залежності від рівня їх експресії у пацієнтів з ВПЛ-асоційованими місцевопоширеними плоскоклітинними карциномами ротової порожнини і ротоглотки.

Об'єкт і методи дослідження

У дослідження було включено 60 пацієнтів віком від 34 до 68 років з місцево поширеними (Т3-4N1-2M0) карциномами ротової порожнини і ротоглотки без віддалених метастазів. 53,3% пацієнтів мали III стадію захворювання, 36,7% пацієнтів – IVA стадію, 10,0% пацієнтів – IVB стадію. Пухлини категорії Т3 діагностовано у 53,3% випадків, Т4а – у 30,0%, Т4б – у 10,0%, Т2 – у 6,7%. Метастази в регіонарних лімфатичних вузлах були виявлені у 60,0% пацієнтів. Плоскоклітинний рак ротової порожнини діагностовано в 43,3% випадків, ротоглотки – у 56,7% випадків. Пухлини частіше мали середній (G2) і високий (G1) ступінь диференціювання (відповідно, 33,3% і 45,0%), рідше виявлялися низькодиференційовані (G3) пухлини (21,7%). Всі пацієнти отримували комбіноване та комплексне лікування. *На першому етапі* проводилася індукційна хіміотерапія (2 цикли за схемою Цисплатин 100 мг/м² в/в у перший день, 5-фторурацил 1000 мг/м²/добу в/в з 1 по 4 день). *На другому етапі* проводили курс гамма-опромінення до сумарної осередкової дози 60–70 Гр. Оцінка безпосереднього ефекту комбінованого лікування проводилася після вщухання постпроменевої реакції із застосуванням критеріїв відповіді солідних пухлин (RECIST). *Подальше лікування*, в залежності від клінічної ситуації, включало хірургічне втручання, хіміотерапію, симптоматичну терапію.

У всіх пацієнтів було встановлено наявність ВПЛ 16/18 типів у пухлинах за допомогою комплексу діагностичних тестів [5], що включав визначення частоти койлоцитозу, імуногістохімічне визначення вірусного білка Е6 ВПЛ 16/18 типів, сурогатного маркера ВПЛ – білка p16 у парафінізованих біопсійних зразках пухлинної тканини, отриманих до початку лікування.

Койлоцитоз у гістологічних препаратах із забарвленням гематоксиліном-еозином визначали шляхом підрахунку відсотка койлоцитів. Поріг відсічення було встановлено на рівні 5% за допомогою аналізу ROC-кривої. Градація вираженості койлоцитозу проводилася за напівкількісною шкалою: ≤5% позитивних клітин = 0, 6–25% = 1 «+», 26–50% = 2 «+», 51–75% = 3 «+» і 76–100% = 4 «+».

Для виявлення онкобілка Е6 ВПЛ 16 та 18 типів застосовували первинне мишаче моноклональне (клон С1Р5) антитіло (МКАТ) «HPV16 Е6 / HPV18 Е6» (Santa Cruz Biotechnology, Inc., № sc-460, США). Виявлення білка p16INK4a проводили з використанням первинного мишачого МКАТ (клон 2D9A12) «CDKN2A/p16INK4a

antibody [2D9A12]» (AbCam, № ab54210, Великобританія). Для виявлення білка p53 використовували первинне мишаче МКАТ (клон DO-7) «Monoclonal Mouse Anti-Human p53 Protein» (ДакoСytomation, № M 7001, Данія). Для диференціації структури зрізи дофарбовували гематоксиліном.

Для оцінки експресії онкобілка Е6 ВПЛ 16/18 типів застосовували напівкількісну шкалу з урахуванням відсотка позитивних клітин (0–4% = 0; 5–25% = 1 «+»; 26–50% = 2 «+»; >50% = 3 «+» – 4 «+») [32]. Для оцінки експресії білка p16INK4a застосовували напівкількісну шкалу, що враховувала інтенсивність забарвлення (відсутнє – «0», слабе – «1», помірне – «2», сильне – «3») та відсоток позитивних клітин (0% = «0»; 1–10% = «1»; 11–50% = «2»; 51–80% = «3»; 81–100% = «4»). Загальна оцінка визначалася множенням показника інтенсивності на показник відсотка забарвлених клітин. 2 бали і вище вважалися ознакою експресії p16 (поріг відсічення встановлено за допомогою аналізу ROC-кривої) [14]. Експресію p53 оцінювали на основі підрахунку відсотка специфічно забарвлених ядер [16] із градацією за напівкількісною шкалою [19]: 0–9% позитивних клітин = 0, 10–25% = 1 «+», 26–50% = 2 «+», 51–75% = 3 «+» і 76–100% = 4 «+».

Під час статистичного аналізу для встановлення зв'язку між номінальними і порядковими показниками застосовували критерій χ^2 Пірсона. Кореляція між перемінними оцінювалася за допомогою коефіцієнта рангової кореляції ρ Спірмена. Показники виживаності оцінювали методом Каплана-Мейєра. Модель Кокса пропорційних ризиків застосовували для визначення незалежних предикторів виживаності. У всіх випадках показники вважали статистично значущими, якщо рівень значущості був менше 0,05 ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення

При гістологічному дослідженні койлоцитоз (рис. 1а) було виявлено у зразках пухлинної тканини 50 пацієнтів (83,3%). При імуногістохімічному дослідженні у всіх 60 пацієнтів було виявлено одночасну експресію Е6 ВПЛ 16/18 типів (рис. 1б) і p16INK4a (рис. 1в). У 37 пацієнтів (61,7%) було виявлено експресію білка p53 (рис. 1г).

Після завершення етапу променевої терапії у 11 пацієнтів (18,3%) було зафіксовано стабілізацію захворювання (СЗ), у 25 (41,7%) – часткову відповідь (ЧВ), у 24 (40,0%) – повну відповідь. Прогресії захворювання не було відмічено в жодному випадку.

Під час аналізу було виявлено прямий кореляційний зв'язок експресії p16INK4a з безпосереднім ефектом комбінованого лікування ($\rho = 0,3$, $p = 0,024$): при зростанні експресії p16 відбувається збільшення частоти повних відповідей з

одночасним зменшенням частоти стабілізацій захворювання (рис. 2а). Між експресією p53 і безпосереднім ефектом комбінованого лікування було встановлено наявність оберненого кореляційного зв'язку ($\rho = -0,3$, $p = 0,019$): зі зростанням експресії p53 відбувається зменшення частоти повних відповідей (рис. 2б).

Кореляційні зв'язки ефекту комбінованого лікування з експресією E6 ВПЛ 16/18 типів і койлоцитозом були слабкими ($\rho = 0,1$ в обох випадках) і не були статистично значущими ($p = 0,314$ і $p = 0,345$, відповідно).

Середня тривалість спостереження склала 22 міс. Для всіх пацієнтів загалом медіана загальної виживаності становила 17 міс., 1-річна кумулятивна виживаність склала 66,7%, 2-річна кумулятивна виживаність – 35%.

Криві загального виживання пацієнтів з різ-

ною частотою койлоцитозу в пухлинах достовірно відрізнялися ($p = 0,034$): вища виживаність асоціювалася з більшою частотою койлоцитозу в пухлинах (рис. 3а). Частота койлоцитозу корелювала з медіаною загальної виживаності, $\rho = 0,5$, $p < 0,001$ (рис. 3б).

Криві загальної виживаності пацієнтів з різною експресією E6 ВПЛ 16/18 типів та p16INK4a достовірно не відрізнялися ($p = 0,734$ та $p = 0,755$, відповідно). Вищі рівні експресії E6 ВПЛ 16/18 типів асоціювалися з більшими медіанами загальної виживаності, $\rho = 0,9$, $p < 0,001$ (рис. 4а). Кореляційний зв'язок також було виявлено між експресією p16INK4a в пухлині і медіаною загальної виживаності пацієнтів, $\rho = 0,9$, $p = 0,037$ (рис. 4б).

При порівнянні кривих виживаності пацієнтів з різною експресією p53 в пухлинах відмін-

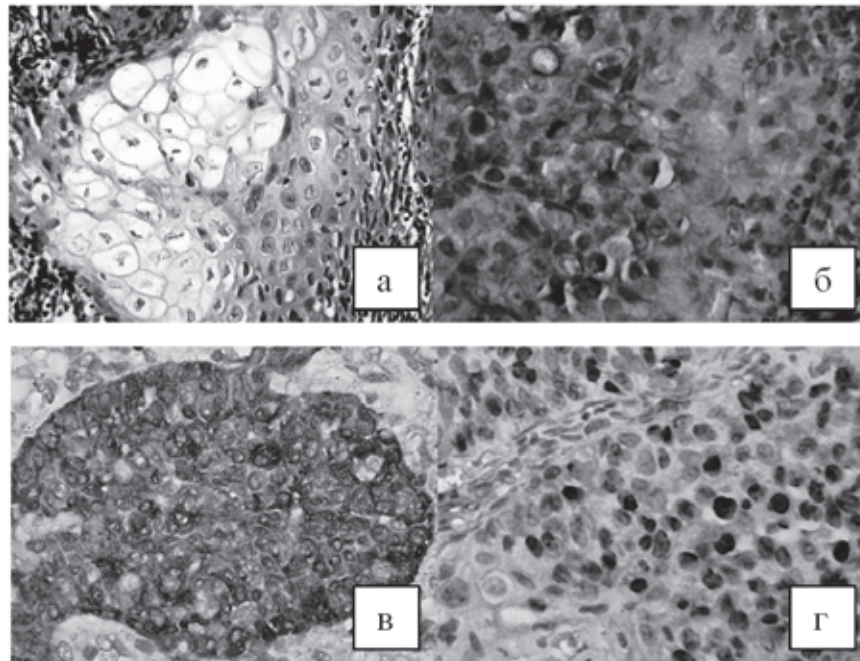


Рис. 1. Плоскоклітинний рак ротоглотки: а) койлоцитоз в пухлині; б) експресія E6 ВПЧ 16/18 типів; в) експресія p16INK4a; г) експресія p53. Гематоксилін-еозин (а), імуногістохімічний метод (б, в, г). Збільшення x400

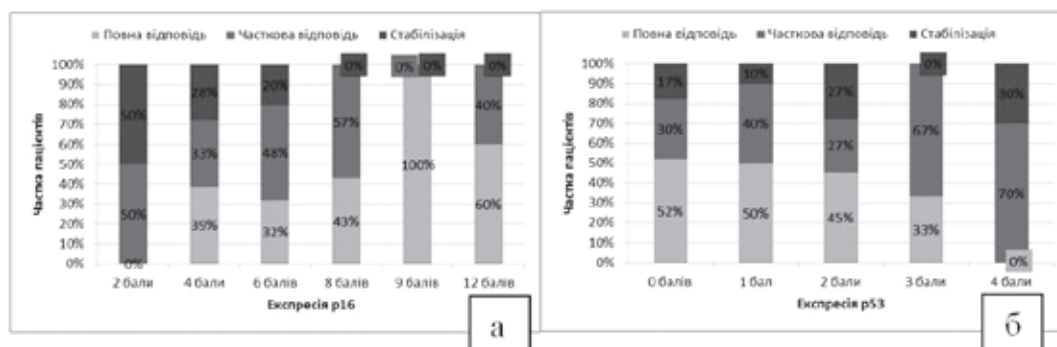


Рис. 2. Ефект комбінованого лікування в залежності від експресії p16INK4a (а) і p53 (б)

ності не були статистично значущими, $p=0,068$. Однак, чітко простежувалося зменшення загальної виживаності зі зростанням експресії p53 у пухлинах – пацієнти з нижчими рівнями експресії p53 мали помітно більші медіани загальної виживаності (рис. 5). Було встановлено наявність оберненого кореляційного зв'язку між експресією p53 в пухлині і медіаною загальної виживаності ($\rho=-0,9$; $p < 0,001$).

Серед пацієнтів, які мали найнижчу експресію p53 (0 і 1«+») спостерігалася найвища як 1-річна (87% і 90%, відповідно; $p < 0,001$) так і 2-річна (52% і 80%, відповідно; $p=0,015$) виживаність. У цьому ж напрямку (від найнижчої

експресії p53 до найвищої) відбувається занепад трендів кумулятивної 1- та 2-річної виживаності (рис. 6).

Для визначення значимих прогностичних факторів до моделі Кокса пропорційних ризиків було включено показники категорій T та N класифікації TNM, ступінь диференціювання пухлини, експресії p16INK4a, E6 ВПЛ 16/18 типів та p53, частоту койлоцитозу (табл. 1).

Серед факторів, включених до моделі, найсильнішими і статистично значущими виявилися поширеність первинної пухлини (BP 2,2, 95% ДІ 1,3–3,5, $p=0,003$) та експресія p53 (BP 1,3, 95% ДІ 1,1–1,7, $p=0,016$).

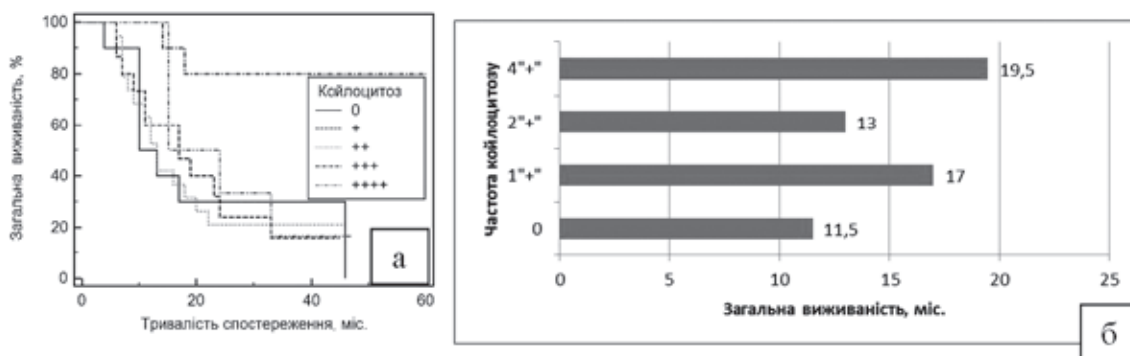


Рис. 3. Криві загальної виживаності (а) та медіани загальної виживаності (б) в залежності від частоти койлоцитозу в пухлині. Примітка: серед пацієнтів з частотою койлоцитозу на рівні 3«+» медіана не досягнута

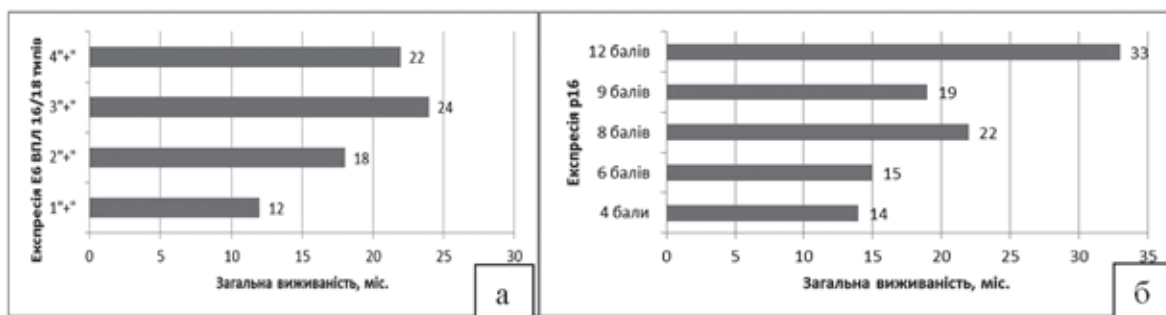


Рис. 4. Медіани загального виживання пацієнтів у залежності від експресії E6 ВПЛ 16/18 типів (а) та p16INK4a (б) у пухлині

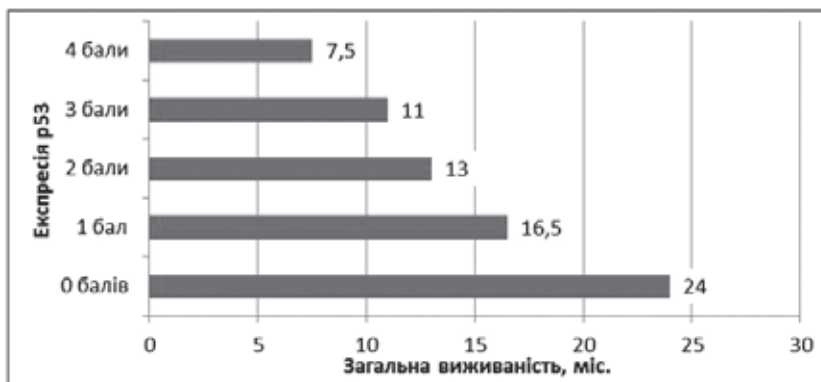


Рис. 5. Медіани загального виживання пацієнтів у залежності від експресії p53 у пухлині

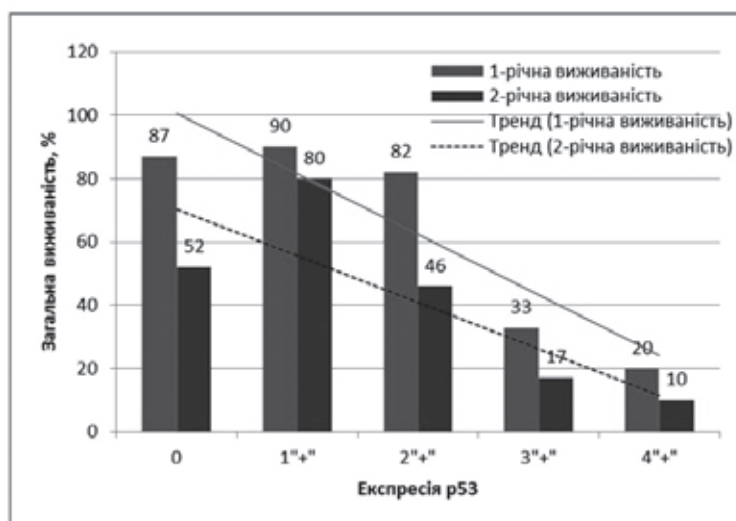


Рис. 6. Кумулятивна 1- і 2-річна виживаність пацієнтів з різними рівнями експресії p53 у пухлині

Таблиця 1

Багатофакторна модель Кокса пропорційних ризиків факторів прогнозу загальної виживаності

Показник	Відношення ризиків (ВР)	95% довірчий інтервал (ДІ)	p
Поширеність первинної пухлини (категорія Т)	2,2	1,3–3,5	0,003
Метастази в лімфатичних вузлах (категорія N)	1,2	0,8–1,8	0,414
Ступінь диференціювання, G	1,2	0,8–1,9	0,373
Експресія p16	1,0	0,9–1,2	0,967
Експресія E6 ВПЛ	0,9	0,6–1,3	0,502
Експресія p53	1,3	1,1–1,7	0,016
Койлоцитоз	0,8	0,6–1,1	0,244

Обговорення

На даний час, для пацієнтів з місцево поширеними карциномами ротової порожнини і ротоглотки вибір хірургічної тактики лікування зумовлюється операбельністю пухлини та прийнятими стандартами лікування [13, 3, 2]. Для ВПЛ-асоційованого раку ротової порожнини і ротоглотки існують обґрунтовані рекомендації щодо застосування неoad'ювантних консервативних методів лікування, що пов'язано з особливостями вірус-асоційованого канцерогенезу, які зумовлюють високу чутливість до цитотоксичної хіміотерапії і променевої терапії [17, 30].

Незважаючи на високу ефективність неoad'ювантного лікування, частина пацієнтів у нашому дослідженні (18,3%) у якості найкращої відповіді на лікування мала стабілізацію захворювання. Відсутність повних відповідей на лікування і високий рівень стабілізацій захворювання у пацієнтів з експресією p16INK4a на рівні 2 балів і у пацієнтів з експресією p53 на рівні 4«+» вказують на низьку ефективність індукційної хіміотерапії з наступною променевою терапією. В плані лікування для таких пацієнтів в якості першого етапу потрібно розглядати

хірургічне втручання. Такий підхід має сприяти підвищенню ефективності лікування пацієнтів з місцево поширеними ВПЛ-асоційованими плоскоклітинними карциномами ротової порожнини і ротоглотки.

У моделі Кокса пропорційних ризиків експресія p53 була незалежним достовірним предиктором низької виживаності (ВР 1,3, 95% ДІ 1,1–1,7, $p=0,016$), що узгоджується з даними інших дослідників [29]. Дані літератури щодо прогностичного значення p16INK4a у пухлинах ротової порожнини і ротоглотки контроверсійні [10, 27]. Наші дані (кореляційний зв'язок експресії p16INK4a і медіани загальної виживаності пацієнтів) вказують на певну прогностичну цінність експресії p16INK4a, незважаючи на те, що модель Кокса пропорційних ризиків не показала незалежного прогностичного значення цього маркера.

Проведений аналіз не показав предикативного значення маркерів ВПЛ (койлоцитозу та E6 ВПЛ 16/18 типів) щодо ефективності комбінованого лікування. Водночас, більша частота койлоцитозу і вищі рівні експресії E6 ВПЛ 16/18 типів в пухлинах асоціювалися з вищою загальною виживаністю.

Висновки

1. Вищі рівні експресії p16INK4a в пухлинах достовірно асоційовані з кращим безпосереднім ефектом комбінованого лікування у пацієнтів з місцево поширеним ВПЛ-асоційованим плоскоклітинним раком ротової порожнини і ротоглотки ($p=0,3$, $p=0,024$). Високі показники експресії p53 пов'язані з низькою ефективністю комбінованого лікування ($p=-0,3$, $p=0,019$).

2. Пацієнти з місцевопоширеними ВПЛ-асоційованими плоскоклітинними карциномами ротової порожнини і ротоглотки за низької експресії p16INK4a (2 бали) і високої експресії p53 (4«+») мають розглядатися як кандидати на хірургічне втручання на першому етапі лікування.

3. Експресія p53 є незалежним прогностичним фактором (ВР 1,3, 95% ДІ 1,1–1,7, $p=0,0163$), що пов'язаний з негативним прогнозом щодо загальної виживаності пацієнтів.

4. Маркери ВПЛ (частота койлоцитозу, експресія E6 ВПЛ 16/18 типів, p16 INK4a) мають обмежене прогностичне значення у пацієнтів з місцевопоширеними ВПЛ-асоційованими плоскоклітинними карциномами ротової порожнини і ротоглотки та потребують подальшого вивчення.

Список літератури

1. Грищенко С. В., Нагорный И. М., Чистяков А. А. и др. Тенденции заболеваемости злокачественными новообразованиями ротовой полости, глотки и губы среди населения Украины. *Онкохирургия* 2009; 1(2): 42.
2. Кравець О. В., Процик В. С. Комплексне лікування хворих на резектабельний рак порожнини рота III–IV стадії. Сучасний стан проблеми. *Клиническая онкология* 2013; 4 (12): 62–66.
3. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія». (Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 645 від 30.07.2010, № 247 від 29.04.2011 р.) [Текст]: наказ від 17.09.2007 р. № 554 (Витяг). *нормат.-директивних док. з охорони здоров'я: Виробничо-практичний журнал* 2011; 7: 44–57.
4. Рак в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюл. Нац. канцер-реєстру України* 2012; 13: 31–34.
5. Рябошапка А. М., Ковальов О. О., Волошина Н. М. Діагностика раку ротової порожнини і ротоглотки, асоційованого з вірусом папіломи людини. *Онкологія* 2013; 2 (56): 113–119.
6. Aggarwal S., Arora V.K., Gupta S. et al. Koilocytosis: correlations with high-risk HPV and its comparison on tissue sections and cytology, urothelial carcinoma. *Diagnostic Cytopathology* 2009; 37 (3): 174–177.
7. Al-Qahtani K., Brousseau V., Paczesny D. et al. Koilocytosis in oral squamous cell carcinoma: what does it mean? *J. Otolaryngol.* 2007; 36 (1): 26–31.
8. Chaturvedi A. K., Engels E. A., Anderson W. F., Gillison M. L. Incidence trends for human papillomavirus-related and -unrelated oral squamous cell carcinomas in the United States. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26: 612–619.
9. Chaudhary A. K., Singh M., Sundaram S., Mehrotra R. Role of human papillomavirus and its detection in potentially malignant and malignant head and neck lesions: updated review. *Head Neck Oncol.* 2009; 1 (1): 22–33.
10. Dunkel J., Vaittinen S., Grénman R. et al. Prognostic markers in stage I oral cavity squamous cell carcinoma. *Laryngoscope* 2013; 123 (10): 2435–2441.
11. El-Naggar A.K., Westra W.H. p16 expression as a surrogate marker for HPV-related oropharyngeal carcinoma: a guide for interpretative relevance and consistency. *Head Neck* 2012; 34 (4): 459–461.
12. Gillison M. L., Koch W. M., Capone R. B. et al. Evidence for a causal association between human papillomavirus and a subset of head and neck cancers. *J. Natl. Cancer Inst.* 2000; 92: 709–20.
13. Gregoire V., Lefebvre J.-L., Licitra L. et al. Squamous cell carcinoma of the head and neck: EHNS–ESMO–ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2010; 21 (Suppl. 5): v184–v186.
14. Koo Ch-L., Kok L-F., Lee M-Y. Scoring mechanisms of p16INK4a immunohistochemistry based on either independent nucleic stain or mixed cytoplasmic with nucleic expression can significantly signal to distinguish between endocervical and endometrial adenocarcinomas in a tissue microarray study. *Journal of Translational Medicine* 2009; 7(25): 1–10.
15. Kreimer A. R., Clifford G. M., Boyle P. et al. Human Papillomavirus Types in Head and Neck Squamous Cell Carcinomas Worldwide: A Systematic Review. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2005; 14: 467–475.
16. Kyzas P. A., Loizou K. T., Ioannidis J. P. A. Selective Reporting Biases in Cancer Prognostic Factor Studies. *Journal of the National Cancer Institute* 2005; 97 (14): 1043–1055.
17. Ma J., Liu Y., Yang X. et al. Induction chemotherapy in patients with resectable head and neck squamous cell carcinoma: a meta-analysis. *World J. Surg. Oncol.* 2013; 11 (67): 1–7.
18. Marur S., D'Souza G., Westra W., Forastiere A. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncology* 2010; 11: 781–89.
19. McDonald J. W., Pilgram T. K. Nuclear expression of p 53, p 21 and cyclin D1 is increased in bronchioloalveolar carcinoma. *Histopathology* 1999; 34 (5): 439–46.
20. Pannone G., Santoro A., Papagerakis S. et al. The role of human papillomavirus in the pathogenesis of head & neck squamous cell carcinoma: an overview. *Infectious Agents and Cancer* 2011; 6: 4–14.
21. Peltonen J. K., Helppi H. M., Pääkkö P. et al. p53 in head and neck cancer: Functional consequences and environmental implications of TP53 mutations. *Head & Neck Oncology* 2010; 2: 36–45.
22. Penhallow J., Steingrimsdottir H., Elamin F. et al. p53 alterations and HPV infections are common in oral SCC: p53 gene mutations correlate with the absence of HPV 16-E6 DNA. *Int. J. Oncol.* 1998; 12 (1): 59–68.
23. Ragin C. C. R., Modugno F., Gollin S. M. The epidemiology and risk factors of Head and Neck Cancer: a focus on Human Papillomavirus. *J. Dent. Res.* 2007; 86: 104–114.
24. Rischin D., Young R. J., Fisher R. et al. Prognostic significance of p16INK4a and human papillomavirus in patients with oropharyngeal cancer treated on TROG 02.02 phase III trial. *J. Clin. Oncol.* 2010; 28 (27): 4142–8.

25. Roncaglia M. T., Fregnani J. H., Tacla M. et al. Characterization of p16 and E6 HPV-related proteins in uterine cervix high-grade lesions of patients treated by conization with large loop excision. *Oncology Letters* 2013; 6 (1): 63–68.
26. Saito Y., Yoshida M., Ushiku T. et al. Prognostic Value of p16 Expression and Alcohol Consumption in Japanese Patients With Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. *Cancer* 2013; 119 (11): 2005–2011.
27. Salazar C. R., Anayannis N., Smith R. V. et al. Combined P16 and human papillomavirus testing predicts head and neck cancer survival. *Int. J. Cancer* 2014; 135 (10): 2404–12.
28. Saman M. D. A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma: update. *Head & Neck Oncology* 2012; 4: 1–7.
29. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology* 2009; 45: 309–316.
30. Worden F. P., Kumar B., Lee J. S. et al. Chemoselection as a strategy for organ preservation in advanced oropharynx cancer: response and survival positively associated with HPV16 copy number. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26 (19): 3138–3146.
31. Yamamoto L., Alves V., Maeda M. et al. A morphological protocol and guide-list on uterine cervix cytology associated to Papillomavirus infection. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo [online]* 2004; 46 (4): 189–193.
32. Yao P. F., Li G. C., Li J. et al. Evidence of human papilloma virus infection and its epidemiology in esophageal squamous cell carcinoma. *World J. Gastroenterol.* 2006; 12 (9): 1352–1355.

Стаття надійшла до редакції 14.11.2015.

А. А. Ковалев, А. М. Рябошапка, Шах Ф.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ПРЕДИКТОРЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМИ КАРЦИНОМАМИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И РОТОГЛОТКИ: РОЛЬ МАРКЕРОВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Цель работы: определить предикативное и прогностическое значение маркеров ВПЧ (белок Е6 ВПЧ 16/18 типов, p16INK4a, койлоцитоз) и белка p53 в зависимости от уровня их экспрессии у пациентов с ВПЧ-ассоциированными местнораспространёнными плоскоклеточными карциномами ротовой полости и ротоглотки.

Объект и методы исследования: в биопсийных образцах плоскоклеточного рака ротовой полости и ротоглотки 60 пациентов проведено определение койлоцитоза, экспрессии белков Е6 ВПЧ 16/18 типов, p16INK4a и p53, исследованы их предикативное и прогностическое значения.

Результаты: выявлены корреляционные связи между эффектом комбинированного лечения и экспрессией p16INK4a ($\rho=0,3$, $p=0,024$) и экспрессией p53 ($\rho=-0,3$, $p=0,019$). Частота койлоцитоза коррелировала с медианой общей выживаемости, $\rho=0,5$, $p<0,001$. Экспрессия Е6 ВПЧ 16/18, p16INK4a и p53 коррелировала с медианой общей выживаемости (соответственно: $\rho=0,9$, $p<0,001$; $\rho=0,9$, $p=0,037$; $\rho=-0,9$, $p<0,001$). Экспрессия p53 была независимым предиктором низкой выживаемости (ВР 1,3, 95% ДИ 1,1–1,7, $p=0,016$) в модели Кокса пропорциональных рисков.

Выводы: высокие уровни экспрессии p16INK4a ассоциированы с высокой, а высокие уровни экспрессии p53 – с низкой эффективностью лечения. Пациентам с экспрессией p16INK4a на уровне 2 баллов и с экспрессией p53 4 «+» целесообразно выполнять хирургическое вмешательство на первом этапе лечения. Экспрессия p53 является независимым фактором негативного прогноза общей выживаемости. Частота койлоцитоза, экспрессия Е6 ВПЧ 16/18 и p16 INK4a имеют ограниченное прогностическое значение и требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак, ротовая полость, ротоглотка, прогноз, предикативные факторы, вирус папилломы человека, диагностика, лечение.

O. Kovalyov, A. Riaboshapka, F Shakh

SI «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine»

PREDICTORS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED ORAL AND OROPHARYNGEAL CARCINOMAS: THE ROLE OF HUMAN PAPILLOMA VIRUS MARKERS.

Objective: to determine the predictive and prognostic value of HPV markers (HPV 16/18 E6, p16INK4a, koilocytosis) and p53 protein depending on their level of expression in patients with HPV-

associated locally advanced oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas.

Object and methods: in biopsy samples of oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma of 60 patients performed definition of koilocytosis, expression of HPV 16/18 E6, p16INK4a and p53, studied their predictive and prognostic value.

Results: was found correlation between the effect of combined treatment and expression p16INK4a ($\rho=0,3$, $p=0,024$) and p53 expression ($\rho=-0,3$, $p=0,019$). Frequency of koilocytosis correlated with median of overall survival, $\rho=0,5$, $p<0,001$. HPV 16/18 E6, p16INK4a and p53 expression correlated with median of overall survival (respectively: $\rho=0,9$, $p<0,001$; $\rho=0,9$, $p=0,037$; $\rho=-0,9$; $p<0,001$). P53 expression was an independent predictor of poor survival (RR 1,3, 95% CI 1,1–1,7, $p=0,016$) in the Cox proportional hazards model.

Conclusions: p16INK4a high expression levels are associated with high efficiency and p53 high expression levels – with low efficiency of treatment. Patients with p16INK4a expression at 2 points and p53 expressing «4+» appropriate to perform surgery in the first stage of treatment. P53 expression is an independent factor of poor prognosis of overall survival. Koilocytosis frequency, HPV16/18 E6 and p16INK4a expression have limited prognostic value and need further study.

Keywords: squamous-cell carcinoma, oral cavity, oropharynx, human papilloma virus, diagnostics, treatment.

І. Г. Бібик

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Метою дослідження було розробити удосконалення системи надання амбулаторної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки лікарем загальної практики/сімейним лікарем (ЛЗП/СЛ).

Матеріали та методи дослідження. В дослідженні було використано метод концептуального моделювання, інтерв'ювання, аналіз форм статистичних карт (додатки ф-10, 17, 20.). Отримані результати дослідження були оброблені статистичними методами з визначенням достовірності похибки.

Результати досліджень та їх обговорення. У відповідності до отриманих результатів пропонується науково обґрунтована удосконалена система надання психіатричної допомоги населенню в умовах сімейної медицини, інноваційною складовою якої став запропонований алгоритм дій ЛЗП/СЛ при зверненні пацієнта зі скаргами з приводу психічного здоров'я. Особливістю удосконаленої системи надання психіатричної допомоги населенню в умовах сімейної медицини стало включення до неї способу оцінки вірогідної наявності психічних розладів, а також алгоритму дій ЛЗП/СЛ при зверненні до нього хворих з розладами психіки та поведінки.

Висновки. Запропоновано удосконалення системи надання психіатричної допомоги в умовах сімейної медицини, особливістю якої є включення до неї алгоритму дій ЛЗП/СЛ у разі звернення до нього пацієнта зі скаргами на розлади психіки з застосуванням способу оцінки вірогідної наявності психічних розладів, що дозволить без залучення значних додаткових ресурсів покращити доступність, відповідну якість надання психіатричної допомоги на первинному рівні, зниження стигми для людей з психічними розладами, поліпшення соціальної інтеграції, як для хворих з психічними розладами, так і для їх родин.

Ключові слова: алгоритм дій, лікар загальної практики/сімейний лікар, розлади психіки та поведінки, психіатрична допомога.

У 2011 році на Всесвітньому економічному форумі «Глобальний економічний тягар неінфекційних захворювань», посилаючись на проведення трьох різних форм економічного аналізу, оприлюднили інформацію щодо зростання рівня захворюваності на психічні розлади. Психічні розлади знаходяться майже на одному рівні із серцево-судинними захворюваннями і становитимуть найбільшу загрозу для економічного розвитку, а саме спричинять зниження ВВП протягом наступних двох десятиліть [2]. Психічні розлади впливають на дієздатність пацієнтів, які не мають змоги адекватно прийняти рішення щодо лікування, тим самим погіршується їх стан здоров'я, що впливає на працездатність і в цілому – на економічний стан країни.

Взаємозв'язок соматичних захворювань і нервово-психічних розладів було підтверджено багатьма науковцями. Доведено, що депресія призводить до розвитку інфаркту міокарда та діабету, зокрема наявність депресії сильно впливає на показники смертності при серцево-судинних захворюваннях, раку і навпаки, інфаркт міокарда, діабет та онкологічні захворювання збільшують ймовірність розвитку депресії.

Через це необхідно звернути увагу саме на

профілактику чинників ризику. Але можливість загальної профілактики з цілими популяціями була піддана серйозному сумніву на підставі потужності та низької пластичності чинників ризику [4, 5]. Тим не менш, це не може бути нездійсненим завданням. Вибіркова профілактика чинників ризику, яка спрямована у групах високого ризику, є більш досяжною і більш дослідженою. Одним із прикладів є скринінг на післяпологову депресію. Також у США було проведено природний експеримент, де встановлено, що підвищення грошової допомоги для американських індійських сімей скоротило поширеність психічних розладів у підлітковому віці [3]. Необхідно зауважити: навіть якщо всі особи, які мають психічні розлади, будуть отримувати адекватне та необхідне лікування, це лише частково полегшить тягар психічних розладів, тому профілактика завжди краще за лікування, але з багатьох причин залишається бажаною в галузі психічного здоров'я.

Таким чином, реформи в охороні психічного здоров'я повинні бути на основі принципів профілактики, раннього втручання. І в першу чергу необхідно приділяти увагу дітям та підліткам [6].

З огляду на досвід інших країн, які вже провели реформи у сфері охорони психічного здоров'я, навіть якщо задіяти усі ресурси служби охорони психічного здоров'я, все одно неможливо задовольнити потреби населення в медичній допомозі з приводу психічного здоров'я за місцем проживання. А, отже, неможливо виконати повністю принцип доступності. Тому збалансована модель повинна включати в собі як психіатричні лікарні (стаціонарну допомогу), спеціалізовану амбулаторну психіатричну допомогу, що надається лікарем-психіатром, так і допомогу на первинному рівні, що надається ЛЗП/СЛ, а також соціальні гуртожитки, соціально-психологічні та трудові центри, де головна роль належить соціальним працівникам і психологам. Саме ЛЗП/СЛ займає провідну роль при первинному контакті пацієнта, який звертається за медичною допомогою.

Отже, метою реформи у сфері психічного здоров'я є розвиток комплексної системи профілактики, діагностики, лікування та реабілітації при психічних розладах. Головними завданнями, на нашу думку, повинні бути:

- удосконалення методів профілактики психічних розладів, розробка та реалізація консультативної допомоги, навчальних програм для населення з питань охорони психічного здоров'я та профілактики суїцидів;

- удосконалення методів діагностики та лікування психічних розладів, впровадження бригадних форм роботи в умовах психіатричного стаціонару, денного стаціонару та психоневрологічного диспансеру;

- соціалізація хворих з тяжкими психічними розладами після інтенсивного стаціонарного лікування.

Мета роботи – розробка системи (алгоритму) надання амбулаторної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки лікарем загальної практики/сімейним лікарем.

Матеріали та методи дослідження

Було проведено дослідження, участь у якому взяли 101 лікар психіатр, 171 лікар загальної практики/сімейний лікар та 380 користувачів медичної допомоги. Досліджувались результати анкетування, головні напрямки питань були сфокусовані на задоволеності якістю психіатричної допомоги, об'єму та готовності надання психіатричної допомоги ЛЗП/СЛ, ставлення лікарів-психіатрів до перспектив розвитку надання психіатричної ЛЗП/СЛ. Також було використано метод концептуального моделювання, інтерв'ювання, аналіз форм статистичних карт (додатки ф-10, 17, 20). Отримані результати дослідження були оброблені статистичними методами з визначенням достовірності похибки.

Результати досліджень та їх обговорення

У відповідності до отриманих результатів пропонується науково обґрунтовано система (алгоритм) дій ЛЗП/СЛ при зверненні пацієнта зі скаргами на розлади психіки та поведінки (рис. 1).

Алгоритм дії ЛЗП/СЛ:

Пацієнт, який самостійно звертається за медичною допомогою до ЛЗП/СЛ з приводу психічного здоров'я;

1) отримання письмової згоди пацієнта або його офіційного опікуна на медичне консультування (далі див. п. 3–7).;

2) якщо згода не отримана, то керуючись статтями 11, 12 Закону України «Про психіатричну допомогу» при невідкладних випадках, коли за одержаними відомостями, що дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність направляємо пацієнта до лікаря-психіатра для примусового психіатричного огляду для вирішення питання примусового амбулаторного або стаціонарного лікування;

3) інформування пацієнта про ціль опитування і тестування;

4) діагностика розладів психіки і поведінки (якщо пацієнт відмовляється, див. п. 8);

- встановлення контакту між пацієнтом та лікарем;

- ЛЗП/СЛ надає можливість висловити пацієнту скарги;

- після того як скарги хворого були з'ясовані, необхідно встановити природу симптомів, які має пацієнт: загальна психологічна адаптація хворого, наявність тривоги і занепокоєння, симптоми депресії і психологічний контекст;

- збір анамнезу життя і хвороби;

- спосіб оцінки вірогідної наявності психічного захворювання;

- якщо у лікаря виникає хоча б найменша підозра на наявність будь-якого психічного розладу, він пропонує пацієнту провести скринінг – тести (PHQ), а якщо виникає необхідність, то і на виявлення депресії, рівня тривожності, вживання алкоголю та психоактивних речовин;

- виставлення попереднього діагнозу;

5) інформування пацієнта про отримані результати, рекомендації і подальший маршрут;

6) призначення амбулаторного лікування, якщо ЛЗП/СЛ має на це достатню кваліфікацію (якщо пацієнт відмовляється до див. п. 8).

7) якщо пацієнт потребує додаткової консультації та/або призначення лікування, а ЛЗП/СЛ не має достатньої кваліфікації, то направлення

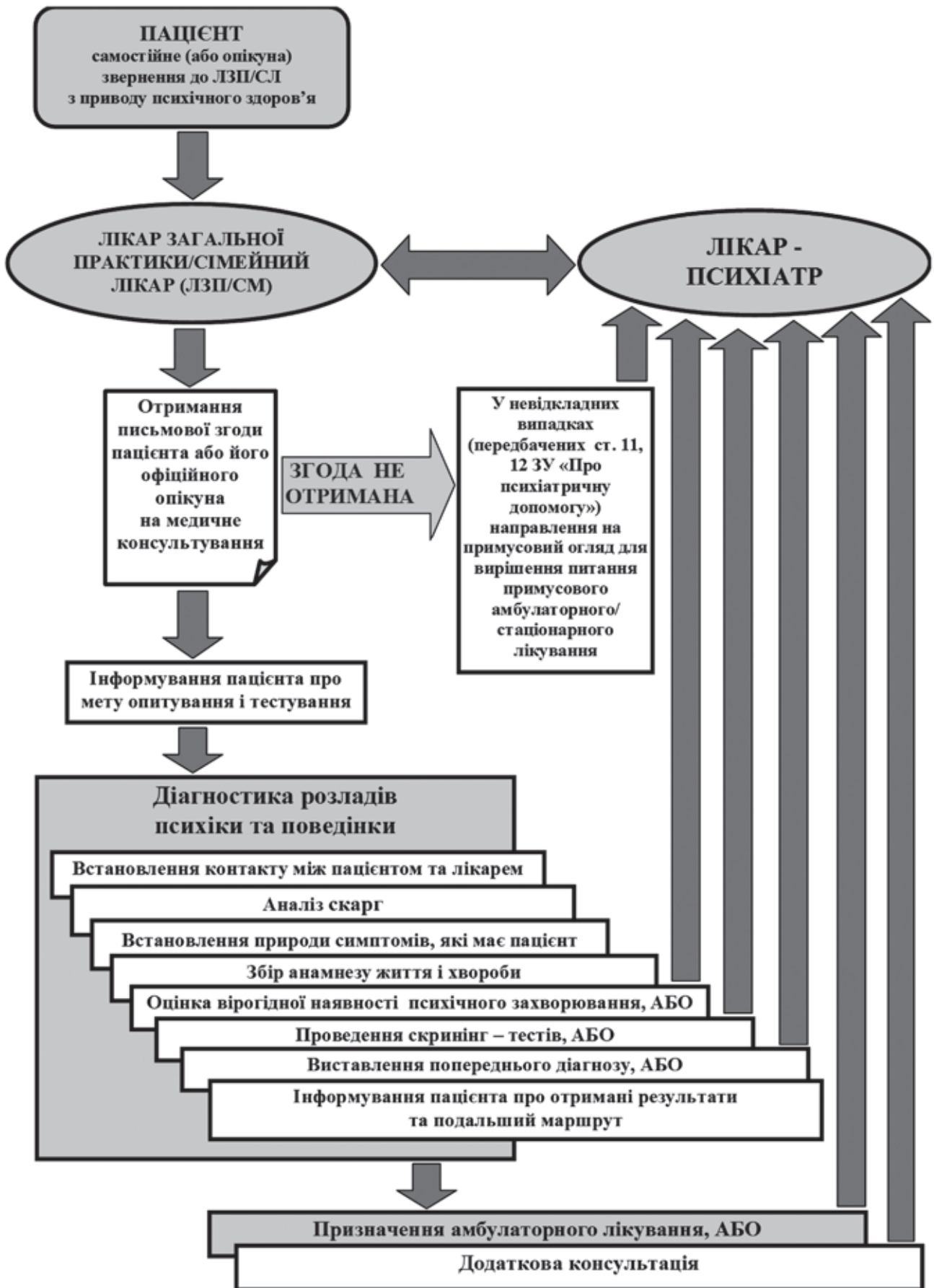


Рис.1. Алгоритм дій ЛЗП/СЛ при зверненні пацієнта зі скаргами на розлади психіки та поведінки

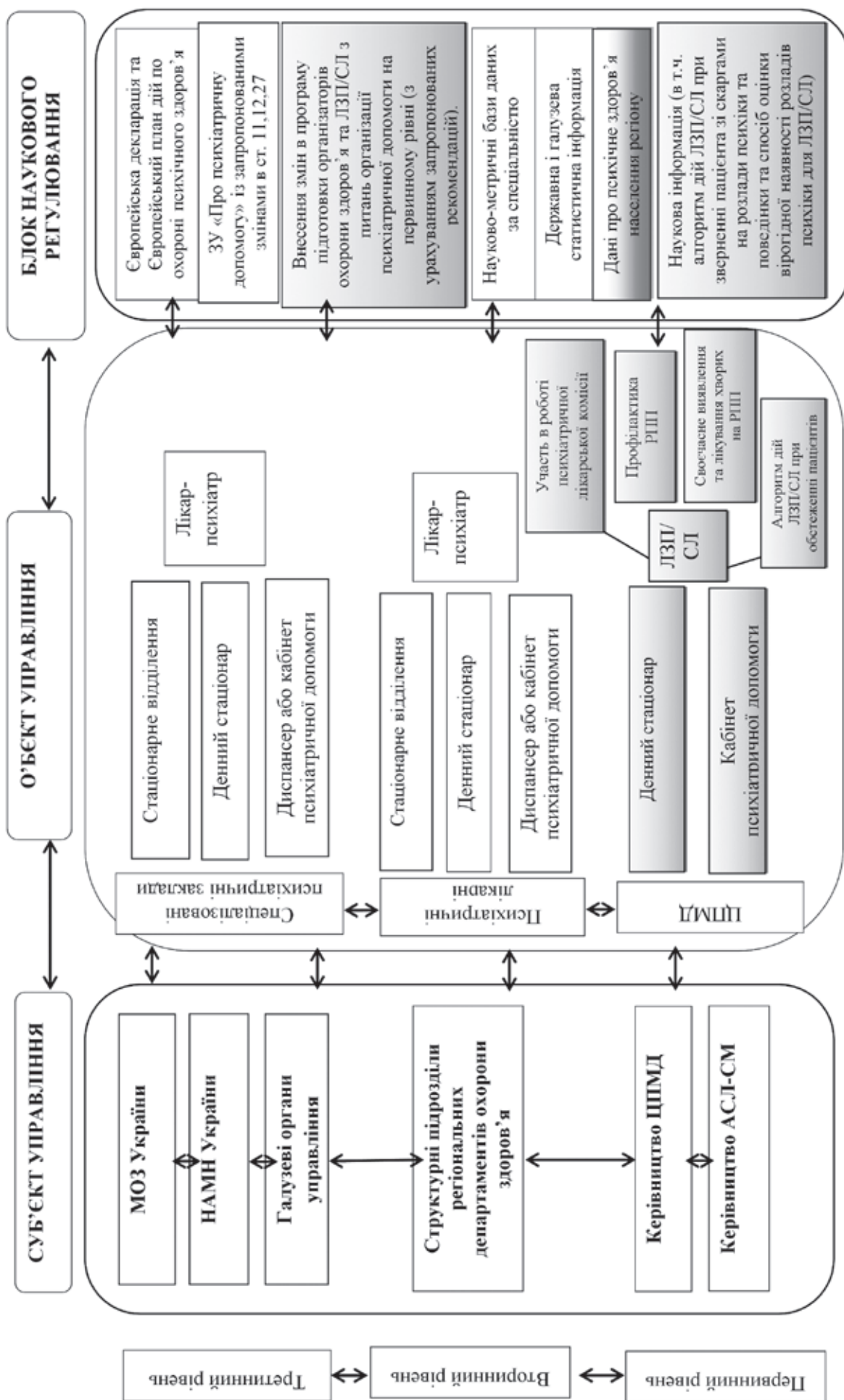


Рис. 2. Функціонально-структурна модель удосконалення системи надання психіатричної допомоги населенню на регіональному рівні

до лікар-психіатра

8) Якщо пацієнт відмовляється від надання медичної допомоги ЛЗП/СЛ, то направляється до ЛП.

Таким чином, обґрунтована удосконалена система надання психіатричної допомоги населенню в умовах сімейної медицини (рис. 2), інноваційною складовою якої став запропонований алгоритм дій ЛЗП/СЛ при зверненні пацієнта зі скаргами з приводу психічного здоров'я

Особливістю удосконаленої системи надання психіатричної допомоги населенню в умовах сімейної медицини стало включення до неї:

1. Запропонованого способу оцінки вірогідної наявності психічних розладів, який дозволяє достовірно запідозрити ймовірну схильність до розвитку того чи іншого психічного розладу та полегшити діагностику для ЛЗП/СЛ;

2. Розробленого алгоритму дій ЛЗП/СЛ, застосування якого при проведенні обстеження пацієнтів з підозрою на розлади психіки дозволить сімейному лікарю, без залучення значних додаткових ресурсів, забезпечувати високу діагностичну значущість, широку доступність і від-

повідну якість надання психіатричної допомоги на первинному рівні медичного забезпечення.

Висновок

Запропоновано удосконалення системи надання психіатричної допомоги в умовах сімейної медицини, особливістю якої є включення до неї алгоритму дій ЛЗП/СЛ у разі звернення до нього пацієнта зі скаргами на розлади психіки з застосуванням способу оцінки вірогідної наявності психічних розладів, що дозволить без залучення значних додаткових ресурсів покращити доступність, відповідну якість надання психіатричної допомоги на первинному рівні, зниження стигми для людей з психічними розладами, поліпшення соціальної інтеграції, як для хворих з психічними розладами, так і для їх родин.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивчення задоволеністю населення психіатричною допомогою після впровадження запропонованого удосконалення системи надання психіатричної допомоги лікарем загальної практики/сімейним лікарем.

Список літератури

1. Закон України «Про психіатричну допомогу» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, N 19, ст.143) Із змінами, внесеними згідно із Законами № 1364-IV (1364-15) від 09.12.2003, ВВР, 2004, № 15, ст.221 № 1033-V (1033-16) від 17.05.2007, ВВР, 2007, № 34, ст.445, № 4795-VI (4795-17) від 22.05.2012
2. Здоровье 2020. Основы политики и стратегии. Европейский региональный комитет: [шестьдесят вторая сессия.] Мальта: ВОЗ. Европейское региональное бюро. – 2012. – 192 с.
3. Bloom D. E. The Global Economic Burden of Non-Communicable Disease. / D. E Bloom, E. T Cafiero, L. R. Bloom [et al.] // World Economic Forum, – 2011
4. Champion J. Public mental health: the local tangibles. // The Psychiatrist – 2013. – № 37 (VOL. 7). – P. 238–243.
5. Costello E. J. Association of family income supplements in adolescence with development of psychiatric and substance use disorders in adulthood among an American Indian population. / E. J Costello, A. Erkanli, W. Copeland, A. Angold // JAMA. – 2010. – № 303. – P. 54–60.
6. Cuijpers P. Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power / Cuijpers P. // American Journal Psychiatry 2013. – № 160. – P. 85–91

Стаття надійшла до редакції 14.10.2015.

И. Г. Бибык

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Целью исследования было разработать усовершенствования системы оказания амбулаторной помощи больным с расстройствами психики и поведения врачом общей практики/семейным врачом (ВОП/СВ).

Материалы и методы исследования. В исследовании был использован метод концептуального моделирования, интервьюирование, анализ форм статистических карт (приложения ф-10, 17, 20). Полученные результаты исследования были обработаны статистическими методами с определением достоверности погрешности.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с полученными результатами предлагается научно обоснованная, усовершенствованная система оказания психиатрической помощи населению в условиях семейной медицины, инновационной составляющей которой стал предложенный алгоритм дей-

ствий ВОП/СВ при обращении пациента с жалобами в сфере психического здоровья. Особенностью усовершенствованной системы оказания психиатрической помощи населению в условиях семейной медицины стало включение в нее способа оценки вероятной наличия психических расстройств, а также алгоритма действий ВОП/СВ при обращении к нему больных с расстройствами психики и поведения.

Выводы. Предложено совершенствование системы оказания психиатрической помощи в условиях семейной медицины, особенностью которой является включение в нее алгоритма действий ВОП/СВ в случае обращения к нему пациента с жалобами на расстройства психики с применением способа оценки вероятного наличия психических расстройств, позволит без привлечения значительных дополнительных ресурсов улучшить доступность, соответствующее качество оказания психиатрической помощи на первичном уровне, снижение стигмы для людей с психическими расстройствами, улучшения социальной интеграции, как для больных с психическими расстройствами, так и для их семей.

Ключевые слова: алгоритм действий, врач общей практики/семейный врач, расстройства психики и поведения, психиатрическая помощь.

I. Bibyk

State Intuition "Zaporozhe Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine"

FEATURES PSYCHIATRIC CARE POPULATION UNDER FAMILY MEDICINE

The aim of the study was to develop a system improvement outpatient care to patients with mental and behavioural disorders general practitioner/family doctor (GP/FD).

Materials and methods. The research used the method of conceptual modelling, interviews, statistical analysis of the forms of cards (annex F-10, 17, 20). The results of the study were processed by statistical methods of determining the reliability of error.

Results. According to the results offer a scientifically based advanced system of psychiatric care in terms of family medicine, which was part of an innovative algorithm acts GP/FD when handling patient complaints about mental health. The feature improved system of psychiatric care in terms of family medicine was the inclusion of a method for evaluating the likely presence of mental disorders, as well as the algorithm of actions GP/FD when referring to his patients with mental and behavioural disorders.

Conclusions. An improvement of the system of psychiatric care in a family practice, which feature is the inclusion of the algorithm acts GP/FD if addressed by a patient complaining of mental disorders using a method for evaluating the likely presence of mental disorders, which will not involve significant additional resources to improve availability, appropriate quality of mental health care at the primary level, reduce stigma for people with mental disorders, improve social integration, both for patients with mental disorders and for their families.

Keywords: action algorithm, general practitioners/family doctors, mental and behavioural disorders, psychiatric help.

О. В. Бобкова

КУ «Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня» ЗОР

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ РОБОТИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ВІДНОСНО ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ГРУП РИЗИКУ

Охорона здоров'я підлітків та їх лікування є серйозною проблемою для лікарів загальної практики/сімейної медицини. Значною проблемою є стан захворюваності підлітків хворобами, які передаються переважно статевим шляхом, що потребує формування у підлітків відповідального ставлення щодо власного здоров'я. Розробка та запровадження релевантних систем подачі інформації і практичних знань підліткам, дозволить лікарям загальної практики/сімейної медицини активно впливати на стан репродуктивного здоров'я зазначеної цільової групи пацієнтів. Метою дослідження була оцінка рівня знань підлітків про репродуктивне здоров'я, про способи передачі хвороб, які передаються переважно статевим шляхом та для розробки ефективної стратегії профілактики з боку лікарів загальної практики/сімейної медицини. Дослідження проводилося за спеціально розробленою анкетною. Було опитано 500 респондентів, які навчалися на перших курсах ліцеїв та коледжу, анкетування проводилось до та після проведення спеціального навчального циклу. Встановлено позитивну тенденцію у відповідях респондентів щодо підвищення рівня відповідального ставлення до власного здоров'я. Це свідчить про необхідність запровадження релевантних систем подачі інформації і практичних знань підліткам для лікарів загальної практики/сімейної медицини, що дозволить активно впливати на стан репродуктивного здоров'я зазначеної цільової групи пацієнтів.

Ключові слова: підлітки, профілактика, лікар загальної практики/сімейної медицини, репродуктивне здоров'я.

Охорона здоров'я підлітків та їх лікування є серйозною проблемою передусім для лікарів загальної практики/сімейної медицини. Її складність полягає в тому, що, з одного боку, самі підлітки недооцінюють стан свого здоров'я і часто відмовляються від обстеження та лікування, а, з іншого боку, більшість лікарів не володіє питаннями фізіології і патології підліткового віку. При цьому підлітковий вік – благоприємний вік для формування здорового способу життя, тому завдання дорослих полягає в сприянні формування у підлітків відповідального ставлення щодо власного здоров'я, в т.ч. і до репродуктивного здоров'я. Більшість проблем можуть бути вирішені, а ризики зменшені шляхом створення такої форми роботи з підлітками, яка дозволить їм отримати консультації, медичну й психологічну допомогу, інформацію щодо збереження здоров'я. Медичний персонал має надавати допомогу підліткам та молоді через розуміння їх проблем і спільний пошук шляхів їх вирішення задля зміни ризикованої поведінки та збереження здоров'я [1].

Сьогодні ми маємо значно більш чітке уявлення про детермінанти здоров'я підлітків. Соціальні

цінності і норми, прийняті в найближчому сімейному оточенні, в групах однолітків і шкільному середовищі можуть як сприяти підвищенню ризику для підлітків, так і служити їм захистом. Слід сприяти грамотності в питаннях здоров'я протягом як дитячого, так і підліткового віку, щоб майбутні громадяни Європи володіли необхідними навичками прийняття усвідомлених рішень. Ця непроста задача полягає у формуванні збалансованого підходу до проблеми ризику та захисту, при якому перевага віддаватиметься благополуччю, а не поведінці, здатній поставити здоров'я під загрозу. Підлітковий вік – це період значних фізичних і психологічних змін, а також змін у відносинах з іншими людьми і соціальної взаємодії з ними. Хоча більшість підлітків вступають у доросле життя здоровими людьми, деяким це все ж не вдається. Шкільні установи з усіма наданими ними послугами охорони здоров'я можуть і повинні відігравати значну роль в наданні підтримки розвитку в підлітковому віці. Важливими цільовими орієнтирами в цьому зв'язку є наявність стандартів зміцнення здоров'я у всіх школах і включення всебічної медико-санітарної освіти в шкільні програми [2].

В 2014 р. в Україні було зареєстровано 115 родів серед осіб у віці 10–14 років, зареєстровано значний рівень хвороб серед дівчат 15–17 років під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді (Україна/Запорізька область) – 80,2/114,8. Вкрай високою є частота абортів, в окремих вікових групах (на 1000 жінок відповідного віку): до 14 років включно – 0,06/0,12; від 15 до 17 років – 1,83/2,19; від 18 до 34 років – 16,02/18,33. Високий рівень мають розлади менструацій – 55,74/23,05. Частота родів на 1000 дівчат-підлітків (15–17 років), за даними лікарняних закладів, складала 9,84/8,75 відповідно. Значною проблемою є стан захворюваності підлітків хворобами, які передаються переважно статевим шляхом. В 2012 р. (на 100000 відповідного населення) захворюваність на сифіліс склала 11,11/20,22; гонококова інфекція – 8,68/0,00; хламідійні хвороби – 32,46/4,04; трихомоніаз – 132,12/141,55; уrogenітальний мікоплазмоз – 44,70/12,13 [3].

Запорізька область є досить уразливим регіоном для зростаючої епідемії ВІЛ. Основна кількість виявлених ВІЛ-інфікованих в 2012 році – це особи репродуктивного та працездатного віку 18–49 років – 368 осіб (70,6%). На перше місце по Запорізькій області в 2012 році вийшов статевий шлях передачі – 56,6% випадків [4].

Медичне обслуговування в навчальних закладах України часто є незадовільним: – лише 61% підлітків відзначають, що їм легко звернутися по допомогу в будь-який доступний медичний заклад без батьків, 19% підлітків мали з цим певні труднощі, кожен п'ятий не зміг відповісти на це запитання; – 98–99% опитаних вважають нагально необхідним у навчальному закладі наявність і функціонування кабінету з медичним працівником. За даними опитування, в 68% шкіл немає лікаря, в 33% – медичної сестри. Якщо в міських школах проблема медичного обслуговування до певної міри вирішується, то в сільських ситуація майже катастрофічна, у 85% немає лікарів, у 59% – медсестер; третина опитаних підлітків має низький рівень довіри щодо збереження конфіденційності звернення з боку медичних закладів [5].

Одним з доведених своєю ефективністю шляхів поліпшення ситуації є введення систем статевої освіти підлітків. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я спільно з Німецьким Федеральним Центром освіти в області здоров'я (м. Кельн) розробили і опублікували рекомендовані «Стандарти статевої освіти в Європі». Вони містять докладні інструкції, беззаперечно корисні для лікарів загальної практики/сімейної медицини, як можна забезпечити дітей і молодь науково обґрунтованою, відповідною їх віку інформацією. Над документом працювала група експертів з дев'яти європейських країн, що представляють

різні сфери знань – від медицини та психології до суспільних наук [6].

Мета дослідження

Оцінка рівня знань підлітків про репродуктивне здоров'я, про способи передачі хвороб, які передаються переважно статевим шляхом та для розробки ефективної стратегії профілактики, інформування підлітків з боку лікарів загальної практики/сімейної медицини.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проводилося за спеціально розробленою анкетною. Було опитано 500 респондентів, учнів п'яти освітніх закладів (4 професійно-технічних ліцеїв та коледжу при національному університеті) м. Запоріжжя. Всі опитані навчалися на перших курсах ліцеїв та коледжу, після 9 класу загальноосвітньої школи. Анкетування проводилось до та після навчань проведених фахівцями відділенням медичної допомоги підліткам та молоді КУ «Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня» ЗОР. Отримані результати представлено у вигляді: середнє значення відносної величини \pm похибка середнього ($M \pm m$).

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження встановлено розподілення за статтю в досліджуваній групі, що склало: 243 особи (48,6%) чоловіки і 257 осіб (51,4%) жінок. Серед респондентів 17–18 років було 14 (2,8%) осіб, 15–16 років – 486 осіб (97,2%). Розподіл респондентів соціологічного опитування щодо відповідей на поставлені питання наведено в таблицях.

Після поведеного навчання більшість респондентів стали вважати, що розпочинати статеве життя слід дещо пізніше, ніж до нього.

Після проведеного навчання виявлено позитивну тенденцію у відповідях відносно практики незахищених статевих контактів (табл. 2) та кількості статевих партнерів (табл. 3).

Більше 50% респондентів вважають достатнім свій рівень знань про засоби безпечного сексу та контрацепції. Відповіді респондентів проведеного опитування щодо ВІЛ-інфекції вказують на недостатній рівень знань підлітків про ВІЛ/СНІД та способах передачі ВІЛ-інфекції. Практично, по 45% респондентів, дають протилежні відповіді відносно надійності презервативів для захисту від ВІЛ-інфекції. Більшість респондентів (59,2%) вважає, що ризик ВІЛ-інфекції пов'язаний із статевим життям, а 18,2% не мають відповіді на це питання. Більшість респондентів (62,3%) вказують, що не соромляться купляти презервативи, а для 23,8% це викликає почуття сорому.

Таблиця 1

Відповіді респондентів соціологічного опитування щодо питання
«з якого віку слід розпочинати статеве життя?»

Відповіді	Анкетування до навчань		Анкетування після навчань	
	Абсолютне значення	Відносне значення M±m, %	Абсолютне значення	Відносне значення M±m, %
з 11 років	6	1,2±0,49	6	1,2±0,49
з 13 років	11	2,2±0,65	16	3,2±0,79
з 15 років	143	28,6±2,02	111	22,2±1,86
з 17 років	170	34±2,11	187	37,4±2,16
з 18 років	117	23,4±1,89	130	26±1,96
інше	53	10,6±1,38	50	10±1,34
Всього	500	100	500	100

Таблиця 2

Відповіді респондентів соціологічного опитування щодо питання
«чи слід практикувати незахищені статеві контакти?»

Відповіді	Анкетування після навчань		Анкетування до навчань	
	Абсолютне значення	Відносне значення M±m, %	Абсолютне значення	Відносне значення M±m, %
Так	37	7,4±1,17	51	10,2±1,35
Ні	249	49,8±2,24	252	50,4±2,23
Не знаю	98	19,6±1,77	112	24,4±1,92
Інколи	116	23,2±1,88	75	15±1,6
Всього	500	100	500	100

Таблиця 3

Відповіді респондентів соціологічного опитування щодо питання
«скільки статевих партнерів можливо мати?»

Відповіді	Анкетування до навчань		Анкетування після навчань	
	Абсолютне значення	Відносне значення M±m, %	Абсолютне значення	Відносне значення M±m, %
Одного	275	55±2,22	324	64,8±2,14
Двох	23	4,6±0,94	30	6,0±1,06
Більше	38	7,6±1,18	45	9,0±1,28
Не знаю	164	32,8±2,04	101	20,2±1,79
Всього	500	100	500	100

Таблиця 4

Відповіді респондентів соціологічного опитування щодо питання
«як багато Ви знаєте про засоби безпечного сексу та контрацепції?»

Відповіді	Анкетування до навчань		Анкетування після навчань	
	Абсолютне значення	Відносне значення M±m, %	Абсолютне значення	Відносне значення M±m, %
Моїх знань мені достатньо	279	55,8±1,98	273	54,6±1,23
Знаю дуже мало, хочу знати більше	111	22,2±1,86	98	19,6±1,77
Знаю практично все	93	18,6±1,74	101	20,2±1,79
Не знаю і знати не хочу	17	3,4±0,81	28	5,6±1,03
Всього	500	100	500	100

Висновки

1. Профілактична робота з підлітками та молоддю, є однією з найважливіших проблем медико-соціальної роботи в Україні та безпосередньої діяльності лікаря загальної практики/сімейної медицини.

2. Формування у підлітків відповідального ставлення щодо власного здоров'я, в т. ч. і до репродуктивного здоров'я є однією з головних функцій ліка-

ря загальної практики/сімейної медицини.

3. Інформації щодо профілактики ВІЛ-інфекції, яку отримали підлітки в загальноосвітній школі недостатньо, а її інтерпретація не завжди адекватна.

4. Запровадження релевантних систем подачі інформації і практичних знань підліткам, дозволить лікарям загальної практики/сімейної медицини активно впливати на стан репродуктивного здоров'я зазначеної цільової групи пацієнтів.

Список літератури

1. Сучасні моделі надання медичної допомоги підліткам та молоді в різних клінічних ситуаціях (методичні рекомендації) К – 2013, 197 С.
2. Инвестируя в будущее детей: Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2015–2020 гг. – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2014 г. – 12 стр.
3. Каталог офіційних статистичних публікацій у 2015 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zp.ukrstat.gov.ua>
4. Сайт КУ «Запорізький обласний центра по профілактиці та боротьбі зі СНІДом» ЗОР. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://aidszp.blogspot.com>
5. Стан та чинники здоров'я українських підлітків: моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін.; наук. ред. О. М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : «К.І.С.», 2011. – 172 с.
6. Federal Centre for Health Education (BZgA) and WHO Regional Office for Europe. Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy-makers, educational and health authorities and specialists. Cologne 2010.

Стаття надійшла до редакції 20.10.2015.

О. В. Бобкова

Запорожская областная детская клиническая больница

«АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ГРУПП РИСКА»

Охрана здоровья подростков и их лечение является серьезной проблемой для врачей общей практики/семейной медицины. Значительной проблемой является состояние заболеваемости подростков болезнями, которые передаются преимущественно половым путем, что требует формирования у подростков ответственного отношения к собственному здоровью. Разработка и внедрение релевантных систем подачи информации и практических знаний подросткам, позволит врачам общей практики/семейной медицины активно влиять на состояние репродуктивного здоровья указанной целевой группы пациентов. Целью исследования была оценка уровня знаний подростков о репродуктивном здоровье, о способах передачи болезней, передающиеся преимущественно половым путем для разработки эффективной стратегии профилактики со стороны врачей общей практики/семейной медицины. Исследование проводилось по специально разработанной анкете. Было опрошено 500 респондентов, которые учились на первых курсах лицеев и колледжа, анкетирование проводилось до и после проведения специального учебного цикла. Установлено положительную тенденцию в ответах респондентов по повышению уровня ответственного отношения к собственному здоровью. Это свидетельствует о необходимости введения релевантных систем подачи информации и практических знаний подросткам для врачей общей практики/семейной медицины, что позволит активно влиять на состояние репродуктивного здоровья указанной целевой группы пациентов.

Ключевые слова: подростки, профилактика, врач общей практики/семейной медицины, репродуктивное здоровье.

O. V. Bobkova
Zaporizhzhia Oblast Children's Hospital

**«THE RELEVANCE OF PREVENTATIVE WORK
OF GENERAL PRACTITIONERS/DOCTORS OF FAMILY
MEDICINE REGARDING THE REPRODUCTIVE HEALTH
PROBLEMS AMONG TEENAGERS OF RISK GROUPS»**

The relevance: health protection of teenagers and their treatment is a serious problem for general practitioners/doctors of family. A significant problem is the condition of the disease of teenagers illnesses that are transmitted mainly through sexual contact, which requires the formation of teenagers responsible attitude to their own health. Development and introduction information systems to deliver of relevant and practical knowledge to adolescents, will allow general practitioners/doctors of family medicine active influence on reproductive health indicated target group of patients. The aim of study was to evaluate the knowledge of teenagers about reproductive health, about the ways of transmission of diseases that are transmitted sexually to develop effective prevention strategies by the general practitioners/doctors of family medicine.

The study was conducted by a specially developed application form. There were interviewed 500 respondents, who studied in the first year of college and high schools, a survey was carried out before and after a special training cycle. It has been established the positive trend in the answers of the respondents to increase the level of responsible attitude to their own health. This demonstrates the need for the introduction of delivery systems of relevant information and practical knowledge for teenagers by general practitioners/ doctors of family medicine, that will actively influence on reproductive health indicated target group of patients.

Keywords: teenagers, prevention, general practitioners, doctor of family medicine, reproductive health.

Я. Ю. Фершал

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ БАТЬКІВ СТАНОМ ОРГАНІЗАЦІЇ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ РОБОТИ З ПИТАНЬ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

Профілактична робота щодо збереження здоров'я дітей на первинному рівні потребує вдосконалення.

Метою дослідження стало вивчення задоволеності батьків станом організації профілактичної роботи з питань збереження здоров'я дітей на первинному рівні.

Матеріали і методи. За допомогою спеціально розроблених анкет, методом очного опитування проводилося соціологічне дослідження серед батьків Запорізького регіону, діти яких спостерігаються у лікарів-педіатрів та сімейних лікарів.

Результати. На думку більшості батьків, лікарі на первинному рівні приділяють недостатньо часу профілактичним питанням. Не виявлено суттєвих відмінностей щодо стану організації основних напрямів профілактичної роботи з питань збереження здоров'я дітей серед сімейних лікарів та лікарів-педіатрів.

Висновки. Організація консультативної допомоги щодо збереження здоров'я дітей на первинному рівні потребує вдосконалення.

Ключові слова: батьки, консультування, збереження здоров'я дітей, лікарі первинної ланки.

Охорона здоров'я дітей, яка згідно до «Цілей Тисячоліття» ООН є стратегічним напрямком в світі, залишається пріоритетним напрямком і в Україні [1]. Адже один з основних її інтегральних показників – малюкова смертність, яка, незважаючи на поступове зниження її рівня, залишається значно вищою, ніж в країнах Європи [2]. Аналіз основних показників здоров'я дітей в Україні за роки незалежності засвідчив ряд негативних тенденцій та повільну динаміку їх покращення [3]. Сьогодні Україна переживає демографічну кризу. В сформованих умовах збереження здоров'я нового покоління є необхідною складовою забезпечення національної безпеки країни. У зв'язку з чим зростає потреба в покращенні медичних послуг дитячому населенню, перш за все, на первинному рівні.

Відомо, що найбільш ефективний шлях до зміцнення здоров'я є профілактика [4]. Нажаль, незважаючи на позитивний вплив профілактики на попередження розладів здоров'я населення, зокрема дитячого, вона все ж таки не стала головним пріоритетом у медичній практиці, яка сьогодні більш орієнтована на лікування.

Найбільш визначальну роль профілактика має на первинному рівні, тому є головним напрямом діяльності лікаря первинного контакту. Саме допомога родині виростити здорову дитину є одним з основних завдань лікаря первинної ланки. Сучасні зміни в українському суспільстві викликають необхідність в нових підходах при

медичному обслуговуванні на первинному рівні, зокрема при профілактичних заходах. Протягом тривалого періоду роль родини, батьків в збереженні та зміцненні здоров'я дитини була значно занижена. Проте дитина – член родини, зростає та розвивається безпосередньо поряд з батьками, «у них на очах», при їх безпосередній та активній участі. У зв'язку з цим величезного значення набуває формування сучасного покоління батьків з навичками «свідомого батьківства», батьків, які розуміють свою головну відповідальність за збереження життя та здоров'я дитини. В цих умовах особливе місце має підвищення теоретичних та практичних знань батьків щодо збереження здоров'я дитини, зокрема, ефективного догляду, раціонального харчування, профілактики нещасних випадків, щеплення тощо. Медичні працівники, особливо працівники первинної ланки є професійними помічниками батьків, головна роль яких визначається як навчальна, просвітницька та потребує високої фахової компетенції. До недавнього часу основні завдання з формування серед батьків навиків, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я дитини, були покладені на лікарів акушерів-гінекологів та лікарів-педіатрів. Згідно до основного напрямку реформи національної системи охорони здоров'я, саме перебудови первинної ланки на засадах сімейної медицини, це важливе питання складає основу діяльності сімейного лікаря. Саме розвиток первинної медико-санітарної допомоги на принципах за-

гальної практики/сімейної медицини спрямований, передусім, для підвищення якості медичної допомоги. Якість медичної допомоги є поняттям комплексним і складається з багатьох компонентів, визначається за окремими критеріями та за допомогою різних інструментів. Серед її критеріїв важливе місце займає задоволення потреб пацієнтів. Пацієнт-орієнтована медична допомога побудована на принципі дотримання встановлених і передбачених потреб (вимог) пацієнтів і «зворотного зв'язку» з пацієнтами.

Метою дослідження стало проведення аналізу задоволеності батьків основними напрямками профілактичної (консультативної) роботи з питань збереження здоров'я дитини на первинному рівні.

Матеріали и методи

Предметом дослідження стали окремі напрями профілактичної роботи з питань збереження здоров'я дітей на первинному рівні, саме питання: підтримки грудного вигодовування, профілактики раптової смерті немовлят, профілактики нещасних випадків, виникнення у дитини загрозливих симптомів, при яких треба негайно звернутися за медичною допомогою, вакцинації, раціонального харчування дітей перших 3 років життя, сексуального виховання. Опитано 832 батьків дітей, які мешкають в Запорізькій області. Респондентів поділено на три основні групи: першу склали батьки дітей (267 осіб), які на первинному рівні спостерігаються у сімейного лікаря (сімейна модель). Вони є мешканцями сільських районів, в яких більше 10-ти років тому проведена реорганізація первинної ланки на засадах сімейної медицини, і все дитяче населення з народження отримує медичну допомогу у лікарів загальної практики та сімейних лікарів: Орхівський, Гуляй-Пільський та Михайлівський райони. В другу дослідну групу увійшли батьки дітей (273 особи), діти яких медичну допомогу отримували у дільничних лікарів-педіатрів (педіатрична модель). Вони мешкають у сільських районах (Запорізький, Новомиколаївський, Вільнянський райони), в яких на момент дослідження не проводилася реформа первинної ланки. Для порівняння досліджувалася думка батьків (3-я група, 292 особи), діти яких отримували первинну медичну допомогу у лікарів-педіатрів (педіатрична модель) і мешкають в центральних районах обласного центру (Орджонікідзевський, Жовтневий, Комунарівський). Дослідження проводилося методом очного опитування за допомогою спеціально розроблених анкет.

Результати дослідження

Серед опитаних батьків переважну кількість склали жінки – 797 осіб, що складає

(95,79±0,70)%. Вік більшості респондентів склав 31–40 років – 626 осіб (75,24±1,49)%. 524 учасників дослідження, (62,98±1,67)%, має середню та спеціальну середню освіту. В родині 743 респондентів, що складає (89,3±1,29)%, виховують одну або 2 дитини.

Переважає більшість батьків, 714 осіб, що складає (85,82±1,22)%, вважає проведення консультування з профілактичних питань важливим, 84 респонденти (10,09±1,04)% не змогли визначитися, 4 респонденти (4,08±0,68)% своє відношення до консультацій лікаря щодо профілактичних питань зазначили як «байдуже». Жодний респондент не визначив, що консультування лікаря з профілактичних питань є неважливим. Більшість батьків – 698 осіб, що складає (83,89±0,78)%, в цілому вважає, що лікарі первинної ланки приділяють недостатньо часу профілактичним питанням щодо збереження здоров'я їх дітей, (83,16% батьків в першій групі проти 82,05% – в другій групі та 86,30% – в третій). Змістом профілактичних консультувань в цілому задоволено 498 респондентів, що складає (59,86±1,69)%, без суттєвих відмінностей між лікарями-педіатрами та сімейними лікарями.

Лікаря первинної ланки, як ініціатора проведення консультування з профілактичних питань, зазначили 507 осіб – респондентів всіх груп, що склало (60,93±1,69)%, 313 (37,62±1,67)% батьків як ініціатора проведення консультування визначили себе, 12 осіб (1,44±0,41)% – не змогли визначитися. Більшість серед тих, хто визначив себе, як ініціатора з проведення консультування з питань щодо збереження здоров'я дитини це – мешканці обласного центру, діти яких спостерігаються у лікаря-педіатра (53,04% проти 24,70% в першій та 22,96% – в другій групах). Більшість респондентів (719 осіб, (86,42±1,18)%) вважають, що ініціатором консультувань з питань щодо збереження здоров'я дітей повинен бути лікар.

Відповіді батьків по групах щодо обговорювання з ними лікарем окремих профілактичних питань надані в таблиці 1.

Враховуючи зазначене вище, більшість батьків з усіх груп вказує, що лікарі обговорюють з ними профілактичні питання стосовно підтримки грудного вигодовування, необхідності проведення профілактичних щеплень, профілактики синдрому раптової смертності. Не виявлено суттєвих відмінностей за результатами відповідей батьків щодо питань грудного вигодовування та важливості проведення профілактичних щеплень між лікарями-педіатрами та сімейними лікарями. За думкою батьків, питанню раціонального харчування дітей молодшого віку, приділяють уваги більше лікарі-педіатри в обласному центрі, найменше – лікарі-педіатри в сільській місцевості. Профілактиці синдрому раптової смерті немовлят приділяється більше уваги, за думкою батьків, з боку сімейних лікарів. Недостатньої уваги

Розподіл відповідей батьків щодо обговорювання лікарем окремих профілактичних питань (%)

Теми з профілактичних консультувань	I група, сімейна модель	II група, педіатрична модель, сільська місцевість	III група, педіатрична модель, міська місцевість
Грудне вигодовування, переваги, підтримка	94,38±1,41	95,11±1,31	92,12±1,58
Раціональне харчування дітей перших 3-х років життя	24,08±2,62	19,05±2,38	40,41±2,87
Профілактичні щеплення	89,01±1,91	91,94±1,65	89,04±1,83
Профілактика нещасних випадків	2,99±1,04	3,25±1,07	2,16±0,85
Профілактика синдрому раптової смерті немовлят	72,28±2,74	63,99±2,91	62,67±2,83
Небезпечні симптоми, при виникненні яких слід терміново звернутися за медичною допомогою	4,86±1,32	1,83±0,81	4,59±1,22
Статеве виховання	0,00	0,00	0,00

з боку лікарів всіх груп приділяється, за висловленням батьків, питанням профілактики нещасних випадків, небезпечних симптомів, при наявності яких у дитини треба негайно звернутися за медичною допомогою. Не обговорюються лікарями первинного рівня, за визначенням батьків, питанням щодо статевих виховання дітей.

699 респондентів (84,01±1,61)% вважає, що консультативна допомога з боку лікарів первинного контакту щодо питань збереження здоров'я дітей потребує вдосконалення, без суттєвих відмінностей між групами.

Висновки

1. На думку батьків лікарями первинної ланки недостатньо приділяється уваги питанням щодо збереження здоров'я дітей.

2. За визначенням батьків не виявлено суттєвих відмінностей між станом надання консультативної допомоги з профілактичних питань між сімейними лікарями та лікарями-педіатрами.

3. Консультативна допомога батькам з питань збереження здоров'я дітей на первинному рівні потребує вдосконалення.

Список літератури

1. Цілі розвитку тисячоліття. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://ukraine2015.org.ua/tsili>
2. Infant mortality rate. 2014. [Електронний ресурс] – Режим доступу <https://www.cia.gov/library/publications/the-worldfactbook/rankorder/2091rank.html>
3. Моніторинг стану здоров'я матері та дитини: аналіт.- стат. довідник за 2010 рік / М. В. Голубчиков, С. І. Осташко, Н. Г. Руденко, М. М. Мельник. – К.: Центр мед. стат. МОЗ України, 2011. – 48 с.
4. В. Ф. Москаленко. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної / В. Ф. Москаленко // Монографія. – К.: Авіцена, 2009. – 240 с.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2015.

Я. Ю. Фершал

ГЗ «Запорозька медична академія послесереднього освіти МЗ України»

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЕМ ОРГАНИЗАЦИИ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЫ, КАСАЮЩЕЙСЯ ВОПРОСОВ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

Проведено социологическое исследование с целью изучения удовлетворенности родителей состоянием организации консультативной работы, направленной на сохранение здоровья детей в За-

порожском регионе. По мнению большинства родителей, врачи на первичном уровне уделяют этому направлению работы недостаточно времени. Организация профилактической работы, направленной на сохранение здоровья детей на первичном уровне нуждается в усовершенствовании.

Ключевые слова: родители, профилактика, дети, врачи первичного звена.

Y. Fershal

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

SATISFACTION WITH PARENTS OF CONSULTATIVE WORK TO PRESERVE CHILDREN'S HEALTH IN PRIMARY CARE

According to most parents, primary care physicians do not pay enough time to prevention. Preventive work to preserve the health of children at the primary care needs improvement.

Keywords: parents, prevention, children, primary care physicians.

М. В. Хорош, І. А. Голованова

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

РОЗПОДІЛ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ МІСТА ПОЛТАВА

Захворювання серцево-судинної системи є однією з найважливіших проблем, з якою стикається система охорони здоров'я як в Україні так і в усьому світі. Смертність внаслідок серцево-судинної патології займає провідне місце в структурі смертності дорослого населення. Основним завданням сучасних систем охорони здоров'я по відношенню до серцево-судинної патології є своєчасне виявлення і адекватна профілактика кардіологічної патології. Проведене дослідження показує поширеність факторів ризику серцево-судинних хвороб серед дорослого населення міста Полтава.

Ключові слова: серцево-судинні захворювання, фактори ризику, поширеність.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Наукове обґрунтування технологій управління і організації різних видів медичної, в тому числі стоматологічної, допомоги дорослому та дитячому населенню в період реформування системи охорони здоров'я», номер державної реєстрації № 0113U004778.

Захворювання серцево-судинної системи в наш час є однією з найбільших глобальних проблем сучасної медицини. Згідно даним Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно від захворювань серцево-судинної системи помирає 17 мільйонів осіб, а до 2030 року цей показник складатиме близько 23,3 мільйонів осіб [1], головним чином від захворювань серця та інсульту, які, за прогнозами, лишатимуться єдиними основними причинами смерті.

Фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я, проаналізували дані про хвороби населення 194 країн і склали список найпоширеніших захворювань [2]. На першому місці знаходиться гіпертонічна хвороба, на другому – цукровий діабет, третє місце посідає ожиріння.

Хоча проблема серцево-судинних хвороб притаманна і розвиненим країнам, але протягом останнього часу в них спостерігається позитивна динаміка щодо хвороб серцево-судинної системи [3].

В Україні спостерігається протилежна тенденція. За період 1991–2013 роки захворюваність хвороб системи кровообігу зростає вдвічі, а поширеність – втричі [4]. Майже 70% населення України уражені цією групою захворювань. До того ж майже в 60% випадків серцево-судинні захворювання (ССЗ) є причиною смерті [5].

Враховуючи складну епідеміологічну ситуацію стосовно серцево-судинної патології стратегія сучасної медицини має бути спрямована на своєчасне виявлення та профілактику ССЗ. Важливу роль в цьому відіграє розуміння факторів

ризиків, що можуть призвести до розвитку або прогресування захворювань серцево-судинної системи.

Мета дослідження. Метою даного дослідження було провести аналіз розповсюдження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення міста Полтава.

Об'єкт та методи дослідження

Розповсюдженість факторів ризику серцево-судинних захворювань вивчали шляхом анонімного анкетування населення міста Полтава (1285 осіб).

Отримані епідеміологічні дані опитування оброблені автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм «Microsoft Office Excel 2003» і «IBM SPSS Statistics 20».

Результати досліджень та їх обговорення

Аналізі факторів ризику серцево-судинних захворювань, проводили за наступними показниками: вага тіла, паління, вживання алкоголю, характер та тривалість нічного сну, фізичну активність та характер відпочинку, стрес та стосунки вдома, контроль свого артеріального тиску, наявність серцево-судинних захворювань в родині, інформованість щодо питань серцево-судинної патології, а також показники артеріального тиску на момент анкетування, наявність скарг з боку серцево-судинної системи.

При аналізі ваги тіла використовувався показник індексу маси тіла (ІМТ): в результаті виявлено, що нормальні показники мають лише 51% респондентів, 32% опитуваних мають ІМТ в межах надмірної ваги, 14% – страждають на різні ступені ожиріння (11% – I ступінь, 4% – більш високі ступені ожиріння), 3% – знаходи-

лись у межах недостатньої ваги тіла (рис. 1).

Аналізуючи розподіл по наявності шкідливих звичок встановлено, що майже третина (29%) опитуваних палить, а майже п'ята частина (18%) – тією чи іншою мірою зловживає спиртними напоями (вживання алкоголю декілька разів на місяць або частіше) (рис. 2).

При оцінці характеру нічного сну виявлено, що 14% опитуваних скаржаться на порушення характеру нічного сну – безсоння, постійне прокидання вночі, а 9% – страждають недосипанням (тривалість сну менше 6 годин) (рис. 3).

Важливим фактором ризику серцево-судинних захворювань є нервово-психічне перенавантаження (оцінювали по параметрам – відчуття постійного стресу та стосунки в родині). Виявлено, що відчуття постійного стресу притаманне 58% опитуваних. Щодо відчуття стресу в родинних відносинах, лише 4% опитуваних відмічають напружену ситуацію вдома (рис. 4).

Фізична активність відіграє важливу роль у формуванні порушень з боку системи кровообігу. Досліджуючи характер фізичної активності населення міста Полтава, виявлено, що в повсякденному житті 75% опитуваних мають достатню фізичну активність, а 25% – ведуть сидячий спосіб життя. Інша картина спостерігається щодо характеру відпочинку: 55% віддають перевагу пасивному відпочинку, а 45% – активному відпочинку (рис. 5).

Важливу роль для кардіосхвильованості відіграє сімейний анамнез. Проаналізувавши дані, отримані в результаті анкетування, встановлено, що у 62% респондентів обтяжений сімейний кардіологічний анамнез: 48% мають кардіологічну патологію у одного з кровних родичів, а 13% – у двох чи більше кровних родичів (рис. 6).

В питаннях своєчасної ефективної профілактики розвитку первинної, а також ускладнення вже існуючої серцево-судинної патології відіграє загальна інформованість населення щодо стану цієї проблеми.

Респондентам було запропоновано відповідати на два питання: «Яка на Вашу думку осно-

вна причина смертності дорослого населення?» та «Звідки Ви отримуєте інформацію щодо питань профілактики серцево-судинних захворювань?».

В результаті обробки відповідей встановлено, що лише 43% опитуваних основною причиною вважає серцево-судинну патологію, 29% назвали онкологічну патологію, а 28% називали різноманітні причини (хірургічна патологія, травми, інфекційні хвороби, отруєння тощо). В цей же час лише 34% опитуваних отримували інформацію щодо профілактики ССЗ від лікаря, в той час як 47% опитуваних отримували інформацію з джерел масової інформації (телебачення, Інтернет), а 19% – від знайомих, друзів.

Висновки

При вивченні факторів ризику серцево-судинної патології серед населення міста Полтава встановлено:

- Високий показник надмірної ваги тіла: 32% – надлишкова вага, 14% – різні ступені ожиріння;

- Висока розповсюдженість тютюнопаління (29%) та зловживання алкоголем (18%) серед дорослого населення;

- Високий показник нервово-емоційного навантаження – 58% респондентів відмічають постійний стрес;

- 14% опитуваних скаржаться на порушення сну – часті прокидання та безсоння, а 9% – на хронічне недосипання;

- Відносно низький показник недостатньої фізичної активності (25%);

- Високі показники обтяженого кардіологічного анамнезу – 62% опитуваних мають кровних родичів, що страждають кардіологічною патологією;

- Низьку інформованість населення щодо серцево-судинної патології: лише 43% опитуваних розуміють складність кардіологічної патології і лише 34% опитуваних радились з лікарем щодо профілактики ССЗ.

Список літератури

1. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. / World Health Organization ; Ed. Sh. Mendis, P. Puska, B. Norrving. – Geneva: WHO, 2011. – VI, 155 p.
2. World health statistics 2013 / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2013. – 168 p.
3. Горбась І. М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль. // І. М. Горбась – <http://health-ua.com/article/2229.html> [Електронний доступ]
4. Дудник С. В. Серцево-судинні захворювання в Україні: прогнози – невтішні. // С. В. Дудник. – Ваше Здоров'я. – 2015. – № 1–2. [Електронний доступ]
5. Сливка Я. І., Віраг М. В. Рівень серцево-судинних захворювань на Закарпатті: аналіз поширеності, захворюваності та смертності упродовж 2008–2010 років. // Я. І. Сливка, М. В. Віраг. – Науковий вісник Ужгородського університету. – «Медицина». – вип. 3 (42). – 2011. – с. 193–196.
6. Горбась І. М. Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів. // І. М. Горбась, О. М. Барна, В. Ю. Сакалош. – Ліки України. – 2010 р. – № 1. – с. 4–9.
7. Січкарук І. М. Поширеність основних факторів ризику у хворих після інфаркту міокарда // І. М. Січкарук, Н. Д. Сидор, Ю. Г. Кияк, Л. П. Духневич, А. Я. Базилевич, А. В. Ягенський. Запорозький медичний журнал. – 2010 р. – Т 12. – № 4. – С. 37–41.

8. Bernhard D., Csordas A., Henderson B. et al. Cigarette smoking metalcatalyzed protein oxidation leads to vascular endothelial cell contraction by depolymerization of microtubules // *FASEB J* – 2005. – vol. 19. – P. 1096–1107.
9. Басиев В. А. Анализ факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. // *Фундаментальные и прикладные аспекты создания биосферно-совместимых систем. – Международная научно-техническая интернет-конференция 2012.*
10. Погосова Г. В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. // *Кардиология. 2002.* – № 4. – С. 86–91.
11. Горбась І. М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторингування / *Практическая ангиология. http://angiology.com.ua/article/357.html* [Електронний доступ]
12. Горбась І. М., Смирнова О. О., Кваша І. П., Дорогой А. П. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень // *Артериальная гипертензия. – 2010. – № 6 (14). – С. 51–67.*

Стаття надійшла до редакції 04.11.2015.

М. В. Хорош, І. А. Голованова

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРАДА ПОЛТАВА

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются одной из важнейших проблем, с которой сталкиваются системы здравоохранения, как в Украине, так и во всем мире. Смертность в следствии сердечно-сосудистой патологии занимает ведущее место в структуре смертности взрослого населения. Основным заданием современных систем здравоохранения по отношению к сердечно-сосудистой патологии является своевременное выявление и адекватная профилактика кардиологической патологии. Проведенное исследование показывает распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди взрослого населения города Полтава.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, распространенность.

M. V. Khorosh, I. A. Golovanova

Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava

PREVALENCE OF RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASE AMONG THE ADULT POPULATION IN POLTAVA

Diseases of the cardiovascular system is one of the major problems faced by the health system both in Ukraine and throughout the world. The mortality rate as a consequence of cardiovascular disease occupies a leading place in the structure of adult mortality. The main task of modern health systems in relation to cardiovascular disease is early detection and adequate prevention of cardiac pathology. The study shows the prevalence of risk factors for cardiovascular disease in the adult population of the city of Poltava.

Keywords: cardiovascular disease, risk factors, prevalence.

К. О. Писаревська

ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

ЗМІНИ ФУНКЦІЇ СЕРЦЯ ТА НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ У ВІДДАЛЕНИЙ ТЕРМІН ПІСЛЯ ЕЛЕКТРИЧНОЇ КАРДІОВЕРСІЇ

Ураження серця і нирок широко поширені в популяції і часто співіснують, підвищуючи смертність, ризик ускладнень, складність лікування та його вартість. Для визначення взаємного впливу серцево-судинної системи і нирок було введено поняття «кардіоренальний синдром». Поєднання фібриляції передсердь і хронічної хвороби нирок, посилюючи негативний вплив один на одного, призводить до ще більшої частоти розвитку тромбоемболічних ускладнень та смертності. Метою роботи було оцінити функціональний клас (ФК) хронічної серцевої недостатності і функцію нирок у хворих з персистуючою неклапанною фібриляцією передсердь до і через 6 місяців після відновлення синусового ритму методом електричної кардіоверсії. За результатами дослідження було встановлено, що утримання синусового ритму протягом 6 місяців після ЕКВ супроводжується достовірним покращенням функції серця і нирок: кількість хворих з серцевою недостатністю І ФК збільшилася на 20% ($p < 0,05$) і тільки 10% хворих залишалися з ІІ ФК СН проти 28% на момент проведення ЕКВ ($p < 0,05$); у 20% обстежених функція нирок повністю нормалізувалася ($p < 0,01$), удвічі зменшилася кількість хворих зі значно зниженою СКФ ($p < 0,05$). У хворих з рецидивом фібриляції передсердь протягом 6 місяців після ЕКВ функціональний клас серцевої недостатності та функція нирок залишилися незмінними.

Ключові слова: персистуюча фібриляція передсердь, електрична кардіоверсія, серцева недостатність, швидкість клубочкової фільтрації.

Взаємодія серця і нирок, при якому патофізіологічне порушення в одному з них може призводити до дисфункції іншого, визначено поняттям кардіоренальний синдром [1]. Зростання чисельності популяції хворих з нирковими порушеннями в даний час відбувається, в основному, за рахунок вторинного пошкодження нирок через серцево-судинні захворювання: артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, хронічної серцевої недостатності та фібриляції передсердь (ФП) [2, 3]. Ниркова дисфункція у хворих з ХСН виявляється в 45,0–63,6% випадків [4] і є незалежним прогностичним фактором у відношенні розвитку систолічної та діастолічної дисфункції ЛШ, серцевої смерті. Одним з основних факторів ушкодження нирок, насамперед при ХСН, вважається тривала гіпоперфузія нирок, якій передують мікро- і макроангіопатії. Відбуваються нейрогормональні зміни: підвищення продукції вазоконстрикторів (адреналіну, ангіотензину II, ендотеліну), зміна чутливості та/або вивільнення ендогенних вазодилататорів (натрійуретичних пептидів, оксиду азоту). Вірогідність розвитку ниркової дисфункції у хворих з патологією серця висока, а поєднання будь-яких двох факторів серцево-судинного ризику підвищує ймовірність розвитку ХХН майже у 4 рази. У той же час, прямого зв'язку між зниженням

ФВ ЛШ, показниками центральної гемодинаміки та рівнем ШКФ не виявлено [5].

Однією з причин розвитку хронічної серцевої недостатності є фібриляція передсердь. Розвиток цієї аритмії збільшує ризик розвитку СН у три рази, а в свою чергу, серцева недостатність є причиною розвитку та прогресування самої фібриляції передсердь [6]. Також, дуже актуальною є проблема поєднання ФП з хронічною хворобою нирок [7, 8]. Посилюючи негативний вплив одне на одного, комбінація цих хвороб призводить до ще більшої частоти розвитку ішемічного інсульту, тромбоемболічних ускладнень та смертності [9]. Поширеність ФП збільшується з 0,7% у загальній популяції у віці до 60 років до 27% серед пацієнтів з термінальною нирковою недостатністю, і чинить негативний вплив на довгостроковий прогноз пацієнтів з різними стадіями ХХН, а також обумовлює помітне збільшення частоти і тривалості їх госпіталізацій [9, 10].

Велике проспективне дослідження, проведене в японській популяції ($n = 235518$), продемонструвало, що, з одного боку, наявність у хворого ознак ХХН пов'язане зі збільшенням ризику виникнення ФП, а з іншого – наявність ФП сприяє розвитку і прогресуванню ХХН аж до термінальної ниркової недостатності [7].

Метою дослідження було оцінити функціо-

нальний клас хронічної серцевої недостатності та функцію нирок у хворих на персистоую неклапанну фібриляцію передсердь (ПФП) до та через 6 місяців після відновлення синусового ритму методом електричної кардіоверсії.

Матеріали та методи

До дослідження включено 81 пацієнт з персистоуюю формою неклапанної фібриляції передсердь, яким було відновлено синусовий ритм методом електричної кардіоверсії (ЕКВ). Серед досліджених було 52 (64,2%) чоловіків та 29 (35,8%) жінок, віком від 40 до 79 років (середній вік – 63,3±1,1 роки). Останній епізод фібриляції передсердь тривав близько 6 місяців (5,6±0,4 місяців). Анамнез аритмії у середньому 3 роки (3,0±0,4 роки): у 11 (13,6%) пацієнтів фібриляція передсердь була діагностована більше п'яти років тому, у 12 (14,8%) – від 3 до 5 років, від одного до 3 років – 30 (37%) хворих, 29 (35,8%) пацієнтів хворіють менше одного року. 12 (14,8%) пацієнтів в анамнезі мали одну ЕКВ, а у 7 (8,6%) хворих було проведено більше однієї процедури.

Основними захворюваннями на тлі, яких діагностовано ФП були: гіпертонічна хвороба (ГХ) – 61,7% досліджених та поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) з ГХ – 25,9% осіб. Серед пацієнтів з ІХС у 18% була стабільна стенокардія напруги II–III функціонального класу, у 7,4% в анамнезі інфаркт міокарду (реваскуляризацію проведено 4 хворим).

На момент включення у дослідження у 18 хворих (22,2%) симптоми хронічної серцевої недостатності відповідали I функціональному класу (ФК) за класифікацією Нью-Йоркської кардіологічної асоціації (NYHA), у 31 (38,3%) – II ФК, у 32 (39,5%) хворих серцева недостатність була III ФК.

У всіх пацієнтів була розрахована швидкості клубочкової фільтрації за формулою СКД–ЕРІ: у 36 (44,4%) хворих ШКФ була значно знижена – в діапазоні від 30 до 59 мл/хв/1,73 м²; у 42 (51,9%) пацієнтів відмічалось помірне зниження ШКФ (від 60 до 89 мл/хв/1,73 м²) і лише у 3 пацієнтів ШКФ була більше 90 мл/хв/1,73 м².

Перед проведенням ЕКВ в якості медикаментозної підготовки пацієнтам призначали аміодарон в середній добовій дозі 600–1200 мг, у 11 хворих аміодарон використовували разом з β-адреноблокатором. Всі, без виключення, одержували антикоагулянтну терапію – нові пероральні антикоагулянти (7,4% хворих) або варфарин (95,6%) під контролем МНО з цільовими значеннями від 2,0 до 3,0. Після відновлення синусового ритму пацієнтам рекомендовано продовжили лікування аміодароном у підтримуючій дозі (від 200 до 400 мг на добу) та антикоагулянтну терапію без обмеження терміну. Відповідно до рекомендацій Європейської асоціації кардіологів (2012) пацієнти одержували «upstream therapy» ФП, терапію для контролю АГ та зменшення симптомів ХСН. У дослідження не включали пацієнтів з клапанними вадами серця, кардіоміопатією, хворих з СН II-Б або III стадії, СН IV ФК за класифікацією NYHA, ФВ ЛПШ нижче 40%, з артеріальною гіпертензією 3-го ступеня (АТ ≥180/110 мм.рт.ст.), значним порушенням функції нирок (ШКФ <30 мл/хв/1,73 м²).

Через 6 місяців пацієнти були розподілені на 2 групи відповідно до наявності рецидиву фібриляції передсердь після електричної кардіоверсії. До першої групи увійшли 50 (61,7%) пацієнтів, у яких синусовий ритм зберігався всі 6 місяців, 2-у групу склали хворі з рецидивом фібриляції передсердь – 31 (38,3%) пацієнт.

Результати

При повторному дослідженні пацієнтів 1-ї групи через 6 місяців після ЕКВ, виявлено, що на фоні збереженого синусового ритму лише у 10% пацієнтів тяжкість серцевої недостатності відповідала III ФК за класифікацією NYHA, до відновлення ритму III ФК мали 28% пацієнтів (p<0,05). Клінічний стан 48% пацієнтів покращився та відповідав I ФК СН (28% до ЕКВ; p<0,05). Кількість пацієнтів з II ФК СН достовірно не змінилась (до ЕКВ – 44%, після – 42%) (див. рис. 1). У пацієнтів 2-ї групи через 6 місяців після ЕКВ серцева недостатність залишалась того ж функціонального класу що й до ЕКВ.

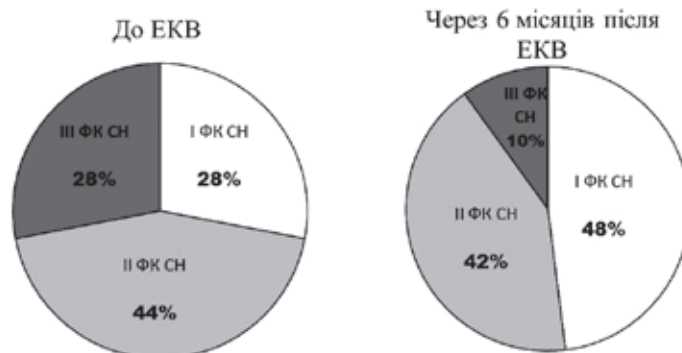


Рис. 1. Функціональний клас серцевої недостатності за класифікацією NYHA до та через 6 місяців після ЕКВ на тлі утримання синусового ритму (I група), %

При розрахунку СКФ встановлено, що до проведення ЕКВ лише у 2% пацієнтів 1-ї групи функція нирок була нормальною (ШКФ більше 90 мл/хв/1,73 м²), 50% мали ШКФ від 60 до 90 мл/хв/1,73 м², у 48% хворих ШКФ була значно знижена (30–60 мл/хв/1,73 м²). При утриманні синусового ритму протягом 6 місяців у 22% пацієнтів відновилися функція нирок ($p < 0,01$), у 50% ШКФ складала від 60–90 мл/хв/1,73 м², і тільки у 28% хворих ШКФ залишалася значно зниженою (30–60 мл/хв /1,73 м²) ($p < 0,05$) (див. рис. 2).

У пацієнтів із рецидивом аритмії функція нирок за 6 місяців достовірно не змінилась: до проведення ЕКВ нормальна ШКФ (більше 90 мл/хв/1,73 м²) була у 6,5%, а після у – 9,7% хворих; на момент відновлення СР ШКФ у діапазоні 60–90 мл/хв/1,73 м² була у 54,8% пацієнтів, через 6 місяців – у 58%. Кількість хворих зі значно зниженою ШКФ на час проведення ЕКВ (38,7%)

при повторному дослідженні так і залишилась незмінною (32,3%).

Висновки

1. Утримання синусового ритму протягом 6 місяців після ЕКВ у пацієнтів з неклапанною персистуючою ФП супроводжується достовірним покращенням функції серця та нирок:

- кількість хворих з серцевою недостатністю I функціонального класу збільшилась на 20% ($p < 0,05$) та лише 10% хворих залишились з III ФК СН проти 28% на момент проведення ЕКВ ($p < 0,05$).

- у 20% обстежених функція нирок повністю нормалізувалась ($p < 0,01$), удвічі зменшилась кількість хворих зі значно зниженою ШКФ ($p < 0,05$).

2. У хворих з рецидивом фібриляції передсердь протягом 6 місяців після ЕКВ функціональний клас серцевої недостатності та функція нирок залишились незмінними.

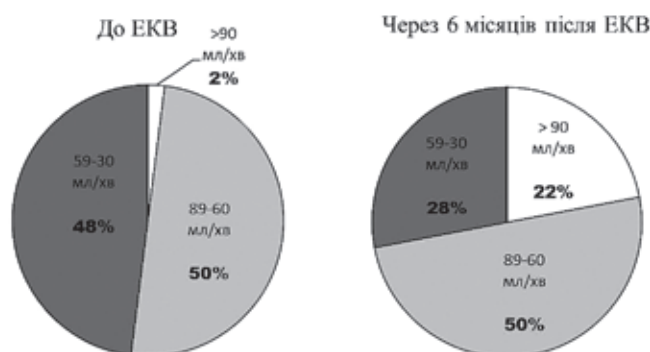


Рис. 2. Швидкості клубочкової фільтрації до та через 6 місяців після ЕКВ на тлі утримання синусового ритму (I група), %

Список літератури

1. Ronco C. Cardiorenal syndrome: refining the definition of a complex symbiosis gone wrong / C. Ronco, A. A. House, M. Haapio // Intensive Care Med. – 2008. – Vol. 34. – P. 957–962.
2. Шишкова В. Н. Хроническая болезнь почек и сердечно-сосудистая заболеваемость: фокус на фибрилляцию предсердий / В. Н. Шишкова // Рад. фарм. в кард. – 2015. – № 2 – С. 196–201.
3. Sarnak M. J. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention / M. J. Sarnak, A. S. Levey, A. C. Schoolwerth // Hypertension – 2003. – Vol. 42. – P. 1050–65.
4. Association of chronic kidney disease with outcomes in chronic heart failure: a propensity-matched study / R. C. Campbell, S. Sui, G. Filippatos [et al.] // Nephrol. Dial Transplant. – 2009. – Vol. 24. – P. 186–193.
5. Искандеров Б. Г. Кардиоренальный синдром у кардиологических больных: Монография / Б. Г. Искандеров. – Пенза, 2014. – 180 с.
6. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) / J. Camm, P. Kirchhof, G. Lip [et al.] // Eur. Heart. J. – 2010. – Vol. 31. – P. 2369–2429.
7. Watanabe H. Close bidirectional relationship between chronic kidney disease and atrial fibrillation: the Niigata preventive medicine study / H. Watanabe, T. Watanabe, S. Sasaki // Am. Heart J. – 2009. – Vol. 158(4). – P. 629–36.
8. Iguchi Y. Relation of atrial fibrillation to glomerular filtration rate / Y. Iguchi, K. Kimura, K. Kobayashi // Am. J. Cardiol. – 2008. – Vol. 102. – P. 1056–9.
9. Systematic review and meta-analysis of incidence, prevalence and outcomes of atrial fibrillation in patients on dialysis / D. Zimmerman, M. M. Sood, C. Rigatto [et al.] // Nephrol. Dial Transplant. – 2012. – Vol. 27. – P. 3816–22.
10. Atrial fibrillation in chronic hemodialysis patients: prevalence, types, predictors, and treatment practices in Greece / G. Tsagalis, N. Bakirtzi, E. Manios [et al.] // Artif. Organs. – 2011. – Vol. 35. – P. 916–22.

К. А. Писаревская

ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия МЗ Украины»

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЦА И ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ

Поражения сердца и почек широко распространены в популяции и часто сосуществуют, повышая смертность, риск осложнений, сложность лечения и его стоимость. Чтобы обозначить взаимное влияние сердечно-сосудистой системы и почек было введено понятие «кардиоренальный синдром». Сочетание фибрилляции предсердий и хронической болезни почек, усиливая негативное влияние друг на друга, приводит к еще большей частоте развития тромбоэмболических осложнений и смертности. Целью работы было оценить функциональный класс (ФК) хронической сердечной недостаточности и функцию почек у больных с персистирующей неклапанной фибрилляцией предсердий до и через 6 месяцев после восстановления синусового ритма методом электрической кардиоверсии. По результатам исследования было установлено, что удержание синусового ритма в течение 6 месяцев после ЭКВ сопровождается достоверным улучшением функции сердца и почек: количество больных с сердечной недостаточностью I ФК увеличилось на 20% ($p < 0,05$) и только 10% больных оставались с III ФК СН против 28% на момент проведения ЭКВ ($p < 0,05$); у 20% обследованных функция почек полностью нормализовалась ($p < 0,01$), вдвое уменьшилось количество больных со значительно сниженной СКФ ($p < 0,05$). У больных с рецидивом фибрилляции предсердий в течение 6 месяцев после ЭКВ функциональный класс сердечной недостаточности и функция почек остались неизменными.

Ключевые слова: персистирующая фибрилляция предсердий, электрическая кардиоверсия, сердечная недостаточность, скорость клубочковой фильтрации.

К. О. Pysarevska

SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine»

CHANGES IN HEART AND KIDNEY FUNCTION IN PATIENTS WITH PERSISTENT ATRIAL FIBRILLATION IN REMOTE TERM AFTER ELECTRICAL CARADIOVERSION

Lesions of the heart and kidneys are widespread in the population and often co-exist, increasing mortality, the risk of complications, complexity and cost of treatment.

«Cardiorenal syndrome» – mutual influence of the cardiovascular system and kidney. The combination of atrial fibrillation and chronic kidney disease, reinforcing the negative effect on each other, leading to a greater incidence of thromboembolic complications and mortality. The goal was to evaluate the functional class (FC) congestive heart failure and renal function in patients with persistent non-valvular atrial fibrillation before and 6 months after the restoration of sinus rhythm by electrical cardioversion. According to the study, it was found that the maintenance of sinus rhythm within 6 months after ECV is accompanied by a significant improvement in heart and kidney function: the number of patients with I FC heart failure the increased by 20% ($p < 0,05$), and only 10% of patients remained with the III HF FC vs. 28% at the time of the ECV ($p < 0,05$); 20% of the patients kidney function fully normalized ($p < 0,01$), halved the number of patients with significantly decreased GFR ($p < 0,05$). In patients with recurrent atrial fibrillation for 6 months after ECV functional class of heart failure and renal function remained unchanged.

Keywords: persistent atrial fibrillation, electrical cardioversion, heart failure, glomerular filtration rate.

О. В. Трибушной

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

СЕПСИС У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Представленный обзор характеризует актуальность проблемы лечения сепсиса, который развивается у больных с осложненным синдромом диабетической стопы. Постоянное увеличение числа больных сахарным диабетом, высокий процент развития осложнений требует пристального изучения и разработки новых технологий лечения. В статье отображены основные изменения, которые происходят в иммунной системе, особенности течения воспалительного процесса на фоне гликемии. Сочетание гнойно-некротических поражений стопы и сахарного диабета образуют «порочный круг»: инфекция отрицательно влияет на все обменные процессы, усугубляя инсулиновую недостаточность, вызывая ацидоз, интоксикацию. Отмечен неудовлетворительный результат хирургического лечения – большой процент выполнения ампутаций на уровне голени и бедра, высокая послеоперационная летальность.

Основываясь на сложном патогенезе сепсиса и СДС можно выделить принципиальные основы их лечения, а именно: раннюю санацию очагов инфекции; адекватную антимикробную химиотерапию; восстановление тканевой и органной перфузии; нутритивную поддержку; коррекцию иммунных нарушений; использование ингибиторов свободных радикалов; коррекцию уровня гликемии. Сведения различных авторов о роли микробных пленок в развитии гнойного воспаления, появление новых маркеров диагностики сепсиса подтверждают необходимость проведения дальнейших научных изысканий по данной проблеме.

Ключевые слова: сепсис, осложненный синдром диабетической стопы, хирургическое лечение.

Лечение сепсиса на современном этапе развития медицины не утратило своей актуальности и остается одной из самых острых проблем современной науки, вследствие роста заболеваемости и высокой смертности [9, 28]. Согласно данным Global Sepsis Alliance, сепсис является одним из наиболее распространенных и наименее распознаваемых осложнений в развитом и развивающемся мире. Ежегодно заболеваемость в мире увеличивается на 8–13%, что требует огромных материальных затрат на лечение пациентов этой категории. Так в США, расходы на помощь септическим больным составляют 16,7 миллиардов долларов в год и в среднем на одного больного затраты составляют около 50000 долларов [13].

Среди сочетаний терапевтических и хирургических болезней особое внимание обращается на гнойную хирургическую инфекцию, протекающую на фоне хронических системных болезней, и в этой связи представляется актуальным исследование частоты и тяжести сепсиса у больных с синдромом диабетической стопы [11, 24].

Специфическая восприимчивость мягких тканей стопы к инфекции при сахарном диабете ведет к тяжёлым повреждениям с развитием хронического изъязвления стопы, гнойно-некротических флегмон и гангрены, сепсису и остаётся одной из основных причин длительной

госпитализации больных в хирургические стационары [16, 37].

В докладе Исследовательской группы ВОЗ «Сахарный диабет» Женева, 1987 г. «диабетическая стопа» была выделена как самостоятельное заболевание.

Концептуальные вопросы сепсиса в отношении понимания его этиологии, патогенеза, нозологической сущности, диагностики и лечения всегда были предметом противоречий и дискуссий. Вместе с тем отрадно, что за последние годы отмечен существенный прогресс в понимании механизмов развития и соответственно принципов лечения сепсиса [33]. Немаловажную роль в этом сыграл рост взаимопонимания между специалистами различных отраслей медицинской науки, в первую очередь хирургами, анестезиологами-реаниматологами, патологоанатомами.

Большой прогресс в понимании этиопатогенетических аспектов развития синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и сепсиса произошел после Согласительной Конференции (1991).

В настоящее время рекомендации согласительной конференции в Чикаго признаны слишком широкими и недостаточно специфичными. На последней конференции по выработке нового подхода к определению сепсиса специалисты однозначно пришли к необходимости признания

отсутствия полной идентичности между ССВО и сепсисом [40].

ССВО не может рассматриваться как сепсис, ибо в определенных границах, до повреждения иммунной системы, он по своей сущности означает лишь полезную защитную реакцию от инфекции и других повреждающих факторов. Он становится опасным для жизни пациента в тех случаях, когда избыточная продукция цитокинов и других медиаторов воспаления и нарушения баланса между про- и противовоспалительными медиаторами повреждают контролируемую функцию иммунной системы [33, 38].

Таким образом, сепсис можно представить как патологический процесс с изначальным инфекционным очагом, который в силу неадекватности защитных сил организма, обеспечиваемых преимущественно системами естественной (неспецифической) резистентности, проявляется генерализованной диссеминацией инфекционного начала в условиях нарастающей общей иммунодепрессии, что и приводит в дальнейшем к развитию полиорганной недостаточности [29].

Малоизученной остается проблема развития сепсиса у больных с осложненным СДС, хотя лечение сахарного диабета (СД) и его осложнений относится к приоритету национальных систем здравоохранения всех без исключения стран мира. Распространенность сахарного диабета с каждым годом неуклонно растет. Количество больных СД в мире в 2013 году составило 382 млн. человек, а по прогнозам Всемирной Диабетической Федерации к 2035 году эта цифра увеличится до 592 млн. за счет пациентов с сахарным диабетом 2 типа [4, 11, 22]. В Украине в 2014 году общее количество больных сахарным диабетом составляло 1,3 млн. человек, что составляет 3% населения [17].

Доказано, что при сахарном диабете происходит не только токсическое поражение тканей глюкозой и другими соединениями, но и повреждение иммунной системы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у этого контингента больных идут сложные изменения в функционировании неспецифического звена иммунитета со сменой характера его взаимоотношений с разными метаболическими проявлениями, характерными для заболевания [3]. Поскольку у больных параллельно происходит увеличение концентрации глюкокортикоидных гормонов и маркеров острой фазы воспаления в сыворотке крови, это можно рассматривать как признак развития вторичной иммунной недостаточности, в основе которой лежит стимуляционное действие провоспалительных цитокинов [2, 14, 15, 19]. Глубокие изменения при сепсисе претерпевает углеводный обмен: снижается толерантность к глюкозе и возникает резистентность к инсулину, что проявляется в относительной инсулиновой недостаточности и гипергликемии.

Резистентность инсулина при сепсисе может быть обусловлена, в частности, дефектом гормональной рецепции, в происхождении которой существенную роль играет повышенная продукция эндогенных субстанций, конкурирующих за места связывания инсулина с его рецепторами. В происхождении гипергликемии имеет значение торможение секреции инсулина, которое обусловлено соматотропным гормоном, кортикотропином и кортизолом, продукция которых при сепсисе повышается. Тормозящее влияние на секрецию инсулина оказывает и активация симпатической системы, стимуляторами которой могут быть простогландины [38, 42].

В зависимости от длительности существования сахарного диабета, синдром диабетической стопы выявляют у 50–80% больных. Из них у 30–70% возникают гнойно-некротические процессы, поражающие все ткани стопы, являясь источником сепсиса с летальным исходом в 28–33% наблюдений [13]. Причиной повышения уровня смертности является именно развитие сепсиса – особой формы ответа организма на массивную колонизацию его условно-патогенной флорой. Возникновение сепсиса возможно при наличии иммуносупрессии, что является одним из значимых патогенетических звеньев. Постоянная антигенная стимуляция, выраженный дисбаланс цитокинов оказывают непосредственное влияние на тип и длительность иммунного ответа, развитие воспалительной реакции [12, 27].

Риск развития синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) у больных СДС достаточно высок. У 7,8–12,6% больных с СДС развивается сепсис, а у 26–32,4% выявляются бессимптомные пиемические очаги [1].

Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей в условиях гипергликемии имеют особенности течения. Нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета приводят к быстрому распространению патогенных микроорганизмов, проявление воспаления не всегда сопровождается системным проявлением инфекции, что приводит к позднему обращению больных за медицинской помощью [6]. Особенностью течения раневого процесса при СДС является ослабление фибриллогенеза, формирование неполноценной грануляционной ткани, замедление темпов эпителизации. Очаг инфекции на стопе может прогрессировать постепенно, без клинически выраженных признаков, особенно в глубоких фасциальных пространствах. При этом отсутствует местная болевая и температурная реакция [8].

В современных условиях в большинстве медицинских клиник случаи возникновения грамположительного и грамотрицательного сепсиса примерно одинаковы. Это обусловлено возрастающей ролью в возникновении гнойных процессов грамположительных возбудителей: *Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus spp.*

Усиление действия факторов, которые угнетают системы противомикробного иммунитета, увеличили долю инфекции, вызванную условно патогенными микроорганизмами. Выросла частота сепсиса, который вызывают неферментирующие бактерии: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp., а также *Klebsiella pneumoniae* продуценты бета-лактамаз.

Увеличение продолжительности жизни пациентов, использование комбинированной антибиотикотерапии и новых препаратов ультраширокого спектра действия обусловили появление микроорганизмов, которые раньше встречались редко [20, 22]. В последних публикациях появились данные о наличии в мягких тканях у больных с СДС биопленок, содержащих скопления микробов и полисахаридной пленки вокруг них. В клетках кожи, подкожной жировой клетчатки и сухожилиях выявлено большое количество вторичных лизосом, содержащих, вероятно, пероксидазы и металлопротеазы, что свидетельствует об аутолизе. Не исключается наличие биопленок на надкостнице и костях, как фактора возможного рецидивирования гнойно-некротического процесса [6, 26].

По данным многих авторов в настоящее время у больных с гнойно-некротическими заболеваниями нижних конечностей отмечается накопление антибиотикорезистентных штаммов в микробной популяции. Это может быть результатом селекции их антибиотиками, суперинфицирования раны устойчивыми штаммами, а также R-плазмидами, которые легко передаются в популяциях микроорганизмов за счёт различных механизмов генетического обмена. Во всем мире увеличивается частота грамотрицательных бактерий, продуцирующих металло-бета-лактамазы и они становятся наиболее клинически значимыми определяющими факторами резистентности к карбапенемам [28, 35]. Большую проблему для лечения представляют инфекции, вызванные метициллинрезистентными (MR) штаммами *S. aureus* (MRSA) и *S. epidermidis* (MRSE) [10, 30, 36, 34, 39, 41].

Неоспоримым является тот факт, что микроорганизмы, участвующие в патологических процессах, существуют в виде сложных микробных сообществ. Накопленные данные позволяют с уверенностью говорить о значительной роли персистенции, к которой относится и образование биопленок, в этиологии хронических инфекций. Осмысление этих процессов заставляет пересмотреть принципы терапии гнойных осложнений, являясь побудительной причиной к разработке средств и методов, влияющих на формирование либо разрушение биопленок [32, 42].

Нарушения метаболизма при СД обуславливают развитие нейропатии, микроангиопатии и макроангиопатии сосудов нижних конечностей. Важное значение для выбора метода лечения

и оценки его результатов имеет рациональная классификация СДС. В настоящее время в общепринятой Нидерландской классификации выделяют следующие формы: нейропатическую, нейроишемическую, ишемическую, в ней отражены основные патогенетические механизмы, способствующие формированию СДС. Степень выраженности поражений тканей стопы оценивают по классификации F. Wagner [23, 24]. Более приемлемой является классификация Техасского Университета [25].

На IV съезде сосудистых хирургов и ангиологов Украины (Ужгород, 2012) была утверждена и рекомендована для внедрения хирургическая классификация осложненного СДС обозначенная как – система CZE. Она отражает клиническую форму – Clinical form (C), анатомическую зону – Anatomy zona (Z), этиологический фактор – Etiological factor [5, 19].

Лечение больных с СДС, осложненного сепсисом, представляет серьезную клиническую проблему, в виду необходимости влияния на различные звенья патогенеза патологического процесса. Это предусматривает раннюю санацию очагов инфекции; адекватную антимикробную химиотерапию; восстановление тканевой и органной перфузии; нутритивную поддержку; коррекцию иммунных нарушений; использование ингибиторов свободных радикалов; коррекцию уровня гликемии [10, 26, 41].

При возникновении сепсиса акценты хирургического лечения смещаются в сторону сохранения жизни пациенту. В такой ситуации только радикальное и одномоментное устранение местного очага инфекции может принести успех в лечении больного. Это диктует расширение показаний к выполнению «высоких» ампутаций конечности. По данным различных авторов «высокие» ампутаций конечностей у больных сепсисом выполняются более чем в 85% случаев, у 60% на уровне верхней и средней трети голени и только у 5,6% пациентов удается сохранить опороспособность стопы путем «малой» ампутации и полноценного иссечения гнойно-некротических тканей с раскрытием и дренированием пяточного и лодыжечных каналов. Степень срочности лечения определяется скоростью нарастания клинических симптомов и стабильностью основных физиологических параметров пациента [21, 24, 30, 31]. Большой процент высоких ампутаций и послеоперационных осложнений требуют разработки новых способов оперативных вмешательств, интенсивного лечения, направленных на радикальное воздействие на очаг инфекции и в то же время на сохранение опороспособности стопы.

Выводы

Приведенные выше данные свидетельствуют о существовании неразрешенной проблемы

и необходимости дальнейших научных изысканий в разработке четкой клинической тактики в лечении больных сепсисом, возникшем на фоне осложненного синдрома диабетической стопы.

Таблиця 1

Классификация осложненных форм СДС

Класс	Клиническая форма
C1	Поверхностная язва
C2	Неосложненный панариций
C3	Мозольный абсцесс
C4	Подкожный абсцесс
C5	Эпифасциальная флегмона
C6	Фасциит
C7	Глубокая язва
C8	Гнойный тендовагинит
C9	Гнойный тендобурсит
C10	Субфасциальная флегмона
C11	Панфлегмона
C12	Мионекроз
C13	Остеомиелит
C14	Диабетическая остеоартропатия – стопа Шарко
C15	Акральный некроз пальца
C16	Пандактилит
C17	Гангрена пальцев или дистального отдела стопы
C18	Гангрена стопы и голени
Анатомическая зона	
Z1	Кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция
Z2	Мышцы и глубокая фасция
Z3	Кость и/или сустав
Z4	Все ткани стопы и/или голени
Этиологический фактор	
E1	Наличие инфекции
E2	Наличие ишемии
E3	Наличие инфекции и ишемии

Список литературы

1. Балацкий Е. Р. Случаи успешного лечения раневого сепсиса с отдаленными септикопиемическими очагами / Е.Р. Балацкий, Ю.И. Журавлева // Украинський Журнал Хірургії. 2014. – № 3–4. – С. 139–142.
2. Бучко О. Ю. / Стан імунної системи як фактор прогнозу в пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу / О. Ю. Бучко // Ендокринологія. 2014. Том 19, № 4, 281.
3. Белобородов В. А. Лечение гнойно-некротических осложненных синдрома диабетической стопы / В. А. Белобородов, А. П. Фролов, К. Ю. Рудых // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 3. – С. 23–25.
4. Дедов И. И. Сахарный диабет – опаснейший вызов мировому сообществу / И. И. Дедов // Вестник Российской академии медицинских наук. 2012. – № 1. – С. 7–13.
5. Клиническая классификация осложненного синдрома диабетической стопы / С. Д. Шаповал, Д. Ю. Рязанов, И. Л. Савон [и др.] // Хирургия Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2011. – № 6 (70). – С. 70–74.
6. Лямин А. В. Методы выявления биопленок в медицине : возможности и перспективы / А. В. Лямин, Е. А. Боткин, А. В. Жестков // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2012. – Том 14, № 1. – С. 17–22.
7. Оптимальна моноінсулінотерапія цукрового діабету 2 типу при застосуванні інсулінів ПРАТ «ІНДАР» / А. Й. Гурський, В. А. Гурська, І. Й. Бур [та ін.] // Ендокринологія. 2014. Том 19, № 4, 291–292.
8. Особенности диагностики и лечения больных по поводу синдрома диабетической стопы, осложненного сепсисом. / Т. И. Тамм, С. Г. Белов, Э. И. Гирка [и др.] // Клінічна хірургія. – 2011. – № 11. – С. 47–48.
9. Основные принципы применения клинико-статистических групп по лечению тяжелого сепсиса /

- С. А. Шляпников, В. В. Стожаров, Л. П. Зуева Л. П. [и др.] // *Инфекции в хирургии*. – 2015. – № 1. С. 3–10.
10. Паньків В.І. Цукровий діабет: визначення, класифікація, епідеміологія, фактори ризику / І. В. Паньків // *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2013, № 7 (55), 95–104.
 11. Патогенетические и клинические особенности течения гнойно- некротических осложнений синдрома диабетической стопы / В. В. Петрова, Ю. А. Слесивцев, В. И. Ларионова [и др.] // *Вестник хирургии им. И. И. Грекова*. – 2010. Т. 169, № 2. – С. 121–124.
 12. Подпратов С.Є. Оцінка ефективності прогнозування результату хірургічного лікування синдрому діабетичної стопи за даними морфологічних досліджень / С. Є. Подпратов, О. М. Грабовий, В. В. Салата [та ін.] // *Клінічна хірургія*. – 2009. – 11–12. – С. 68–69.
 13. Рисман Б. В. Этиопатогенетическое обоснование рецидивирующего течения синдрома диабетической стопы / Б. В. Рисман, П. Н. Зубарев // *Инфекции в хирургии*. – 2014. – № 1. – С. 8–11.
 14. Савон И. Л. Эффективность терапии иммуноактивными препаратами у больных сепсисом на фоне осложненного синдрома диабетической стопы / И. Л. Савон // *Український Журнал Хірургії*. 2012. – № 1 (16). – С. 70–75.
 15. Савон И. Л. Коррекция иммунных нарушений у больных сахарным диабетом 2 типа с осложненным синдромом диабетической стопы / И. Л. Савон // *Клінічна хірургія*. – 2011. – № 8. – С. 55–58.
 16. Светухин А. М. Отдаленные результаты лечения больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы / А. М. Светухин, А. Б. Земляной, В. А. Колтунов // *Хирургия*. – 2008. – № 7. – С. 8–10.
 17. Тронько М. Д. Сучасний стан і перспектива розвитку фундаментальної та клінічної ендокринології на 2015–2020 роки / М. Д. Тронько // *Ендокринологія*. 2015. Том 20, № 1, 373–380.
 18. Цитокиновый статус и субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови больных сахарным диабетом 2 типа и неалкогольной жировой болезнью печени / Е. А. Коандратюк, П. Н. Боднар, Н. И. Лисяний [и др.]. // *Ендокринологія*. 2015. Том 20, № 1, 401–407.
 19. Шаповал С. Д. Оригинальная клиническая классификация осложненного синдрома диабетической стопы / С. Д. Шаповал, Д. Ю. Рязанов, И. Л. Савон, Я. С. Березницкий // *Клінічна хірургія*. – 2011. – № 1. – С. 44–48.
 20. Шаповал С. Д. Бактеріальна характеристика первинного гнійного осередку у хворих сепсисом при ускладненому синдромі діабетичної стопи / С. Д. Шаповал, І. Л. Савон // *Сучасні медичні технології*. – 2012. – № 4 (16). – С. 85–88.
 21. Шкваровський І. В. Зменшення частоти високих ампутацій як результат клінічного застосування методу вакуум- кавітаційної санації гнійних ран у хворих із синдромом діабетичної стопи / І. В. Шкваровський Т. В. Антонюк, Н. В. Шкваровська // *Український Журнал Хірургії*. 2014. – № 3–4. – С. 28–32.
 22. Шляпников С. А. Опыт разработки и внедрения локального протокола антибактериальной терапии сепсиса / С. Ф. Шляпников, Н. Р. Насер // *Инфекции в хирургии*. – 2015. – № 1. – С. 11–16.
 23. Шор Н. А. Клиническая классификация синдрома диабетической стопы / Н. А. Шор // *Клінічна хірургія*. – 2011. – № 9. – С. 55–57.
 24. Штильман М. Способ ампутации при синдроме диабетической стопы / М. Штильман, И. Чумбуридзе // *Врач*. – 2009. – № 6. – С. 72–73.
 25. Armstrong DG Outcomes of preventive care in a diabetic foot specialty clinic / D G Armstrong, L. B. Harklts // *J Foot Ankle Surg* 1998; 37: 460–466.
 26. Antibiotic resistance of bacterial biofilms / N Hoiby, T Bjarnsholt, Givskov M [et.al.] // *Int J Antimicrob Agents*. 2010 Apr; 35(4): 322–32.
 27. Bassetti M. New approaches for empiric therapy in Gram- positive sepsis / M. Bassetti, F. Ginocchio, D.R. Giacobbe // *Minerva Anestesiol*, 2011 Aug; 77 (8): 821–7.
 28. Carbapenems: past, present and future / K M Pappi-Wallase, A Endimiani, M A Taracila [et.al.] // *Antimicrob Agents Chemother*. 2011 Nov; 55 (11): 4943–60.
 29. Classification of sepsis, severe sepsis and septic shock: the impact of minor variation in data capture and definition of SIRS criteria / PM Klein Klownberg, DS Ong, MJ Bonten [et.al.] // *Intensive Care Med*. 2012 May; 38 (5): 811–9.
 30. French GL. Bactericidal agents in the treatment of MRSA infections-the potential role of daptomycin / G. L French // *J Antimicrob Chemother*. 2006 Dec; 58 (6): 1107–17.
 31. Guzman RJ Tibial artery calcification as a marker of amputation risk in patients with peripheral arterial disease / R J Guzman, DM Brinkley, P M Schumacher // *J Am Coll Cardiol*. 2008 May 20; 51 (20): 1967–74.
 32. Is suppression of apoptosis a new therapeutic target in sepsis? / M Harjai, J Bogra, M Kohlin [et.al.] // *Anaesth Intensive Care*. 2013 Mar; 41 (2): 175–83.
 33. IDF Diabetes Atlas , 6 th edition . IDF, 2013. 155 p.
 34. Impact of previous antibiotic therapy on outcome of Gram-negative severe sepsis / MT Jonson, Reichley R, Hoppe-Bauer J [et.al.] // *Crit Care Med*. 2011Aug; 39 (8): 1859–65.
 35. Lipski B A Treating diabetic foot infections sequential intravenous to oral moxifloxacin compared with piperacillini-tazobactam / amoxicillini-clavulanate. / B A Lipski, P Giordano, S Choudhri [et. al.] // *J Antimicrob Chemother*. 2007 Aug; 60 (2): 370–6.
 36. Maltezou H. C. Metallo-beta-lactamases in Gram-negative bacteria: introducing the era of pan-resistance? / Maltezou H. C. // *Int J Antimicrob Agents*. 2009 May; 33 (5): 405. e1 1–7
 37. Omar NS Novel antibiotics for the management of diabetic foot infectsons / NS Omar, MR El- Nahas, J Gray // *Int J Antimicrob Agents*. 2008 May; 31 (5): 411–9.
 38. Outcomes in severe sepsis and patients with septic shock: pathogen species and infection sites are not associated with mortality / JR Zahar, JF Timsit, Garroustt-Orgeas M [et.al.] // *Crit Care Med*. 2011Aug; 39 (8): 1886–95.
 39. Rise LB. Mechanisms resistanse and clinical relevance of resistanse to B-lactams, glycopeptides and fluoroquinolones / Rise LB. // *Mayo Clin Proc*. 2012 Feb; 87 (2): 198–208.
 40. Sepsis, leukocytes and nitric oxide (NO): an intricate affair / C. F. Fortin, P. P. MacDonald, T. Fulop [et.al.] // *Shock*. 2010 Apr; 33 (4): 344–52.
 41. Shaw J. E. Global estimates after prevalense of diabetes for 2010 and 2030 / J. E. Shaw, R. A. Sieree, P. Z. Zimmet // *Diabetes Res. Clin. Pract.* – 2010. – Vol. 87. – № 1. – P. 4–14.

42. Spanos A Early microvascular changes in sepsis and severe sepsis / A Spanos, S Jhanji, Vivian-Smith // Shock. 2010 Apr; 33 (4): 387–91.
43. Wild T Basics in nutrition and wound healing / T. Wild, A Rahbarnia, M. Kellner // Nutrition. 2010 Sep; 26 (9): 867–72.

Стаття надійшла до редакції 12.10.2015.

О. В. Трибушний

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

СЕПСИС У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ. ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Представлений огляд літератури характеризує актуальність проблеми лікування сепсиса, який виникає у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи. Постійне збільшення хворих на цукровий діабет, високий відсоток розвитку ускладнень потребує детального вивчення та розробки нових технологій лікування. В статті вказано на основні зміни, які відбуваються в імунній системі, особливості перебігу запального процесу на фоні глікемії. Поєднання гнійно-некротичних ушкоджень ступні та цукрового діабета утворюють «замкнуте коло»: інфекція негативно впливає на всі обмінні процеси, ускладнюючи інсулінову недостатність та призводить до ацидозу, інтоксикації. Відмічається незадовільний результат хірургічного лікування, виконується великий відсоток ампутацій на рівні гомілки та стегна, висока післяопераційна летальність. Базуючись на складному патогенезі сепсиса та СДС можна виділити принципові основи їх лікування, а саме: ранню санацію осередків інфекції, адекватну антимікробну хімотерапію, відновлення тканинної та органної перфузії, нутритивну підтримку, використання інгібіторів вільних радикалів, корекцію рівня глікемії. Відомості різних авторів про мікробні плівки, відкриття нових маркерів сепсису підтверджують необхідність наукових розробок по представленій проблемі.

Ключові слова: сепсис, ускладнений синдром діабетичної стопи, хірургічне лікування.

O. V. Tribushnaya

State Institute « Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine »

SEPSIS FOR PATIENTS WITH THE COMPLICATED SYNDROME OF DIABETIC FOOT. LOOK TO THE PROBLEM

The presented review characterizes actuality of problem of treatment of sepsis that develops for patients with the complicated syndrome of diabetic foot. Permanent increase of number of patients by a diabetes mellitus, the high percent of development of complications requires an intent study and development of new technologies of treatment. Basic changes that take place in the immune system are represented in the article, features flow of inflammatory process on a background level glucose. Combination of estering-necrotizing defeats of foot and diabetes mellitus is formed “vicious circle”: an infection negatively influences on all exchange processes, aggravating insulin insufficiency and causing acidosis, intoxication. Over a patient two threats hang: irrepressible distribution of infection, sepsis, decompensation of diabetes mellitus. The unsatisfactory result of surgical treatment is marked is a large percent of implementation of amputations at the level of shin and thigh, high postoperative lethality. Being base on difficult pathogeny of sepsis and SDP it is impossible to distinguish fundamental bases of their treatment, namely: early of hearths of infection; adequate antimicrobial chemotherapy; renewal of tissue and organ; nourishing support; correction of immune violations; use of inhibitors of free radicals correction of level glucose. Information of different authors about the role of microbial tapes in development of festering inflammation, appearance of new markers of diagnostics of sepsis is confirmed necessity of realization of further scientific researches on this issue.

Keywords: sepsis, complicated syndrome of diabetic foot, surgical treatment.

Рисунки до статті
**РОЗПОДІЛ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ
 СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ МІСТА ПОЛТАВА**

М. В. Хорош, І. А. Голованова
 (початок на стор. 87)

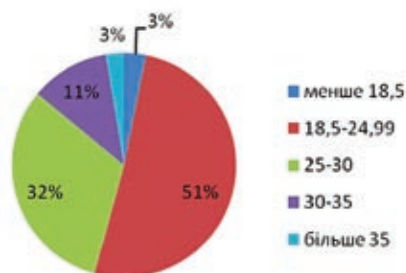


Рис. 1. Розподіл респондентів, згідно ІМТ



Рис. 2. Поширеність шкідливих звичок серед населення м. Полтава

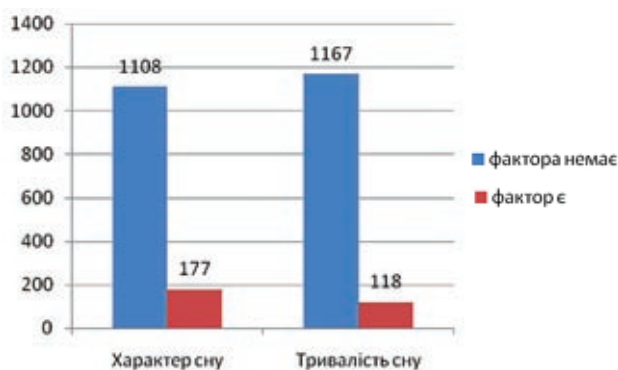


Рис. 3. Характеристика нічного сну серед населення м. Полтава



Рис. 4. Характеристика нервово-психічного стану населення м. Полтава



Рис. 5. Характер фізичної активності дорослого населення м. Полтава

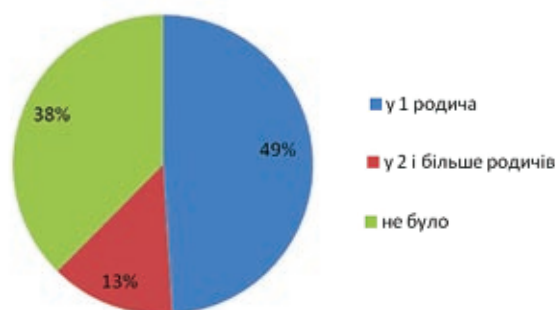


Рис. 6. Характеристика сімейного кардіологічного анамнезу серед населення м. Полтава



Рис. 7. Причини смертності дорослого населення, згідно опитування мешканців м. Полтава

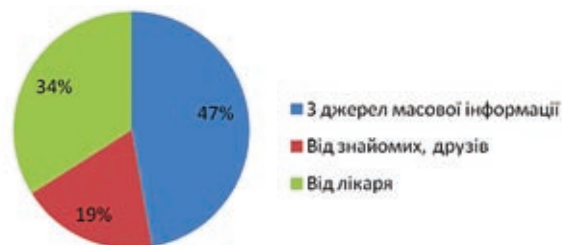


Рис. 8. Джерела отримання інформації відносно профілактики ССЗ серед населення м. Полтава

ГОЛОВНІ ПОДІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

IMF

VII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ - ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ



V МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

«Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України»

19-21 квітня 2016 року



Україна, Київ, вул. Салютна, 2-Б

За підтримки:

• Президента України

Офіційна підтримка:

- Кабінету Міністрів України
- Міністерства охорони здоров'я України
- Державної служби України з лікарських засобів
- Київської міської державної адміністрації

Організатори:

- Национальна академія медичних наук України
- НМАПО імені П. Л. Шупика
- Компанія LMT

Генеральний партнер: TOSHIBA



Під патронатом:

• Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я



КРАЇН

20

50

НАУКОВИХ ЗАХОДІВ

ЕКСПОНЕНТІВ

350

WWW.MEDFORUM.IN.UA

700

ДОПОВІДАЧІВ

ВІДВІДУВАЧІВ

10 000

100

ЛІКАРСЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

MEDICAEXPO

Міжнародна виставка охорони здоров'я

PHARMAEXPO

Міжнародна фармацевтична виставка

ВЕСЬ СПЕКТР ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ МЕДИЦИНИ, НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ВІД СВІТОВИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ ВИРОБНИКІВ

У РАМКАХ ФОРУМУ ТА КОНГРЕСУ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ, ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ

Тематичні напрямки Конгресу:

»» ВИДАЧА СЕРТИФІКАТІВ

- Організація і управління охороною здоров'я
- Дні приватної медицини
- Дні лабораторної медицини
- Медична радіологія
- Функціональна діагностика
- Телемедицина та медичні інформаційні системи

- Військова медицина
- Медицина невідкладних станів
- Хірургія, нейрохірургія, ендоскопія
- Фізіотерапія і реабілітація
- Травматологія та ортопедія
- Онкологія
- HEALTH BEAUTY

- Терапія
- Акушерство і гінекологія та неонатологія
- Офтальмологія
- Отоларингологія
- Урологія
- Організація і управління фармацією

ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ НА САЙТІ

WWW.MEDFORUM.IN.UA

Генеральний стратегічний партнер:



Генеральний інформаційний партнер виставки PHARMAEXPO:



Міжнародні інформаційні партнери:



Генеральний інтернет-партнер:



Офіційні інформаційні партнери:



УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



3 питань участі у Форумі:
3 питань участі у Конгресі:

+380 (44) 206-10-16
+380 (44) 206-10-99

@ med@lmt.kiev.ua
@ congress@medforum.in.ua