



6 жовтня 2017 року  
місто Вінниця, Україна

**Міжнародна конференція**  
**Здоров'я і суспільні виміри**  
**в академічному просторі та поза ним**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Національний університет «Києво-Могилянська академія»  
Маастрихтський університет, Нідерланди



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



*«Цей проект фінансується за підтримки Європейської Комісії. Цей документ відображає лише погляди авторів, Комісія не несе відповідальності за будь-яке використання інформації, що в ньому міститься»*





---

## Загальна інформація

Ця конференція відбувається за підтримки проекту «Поєднання інновацій, здоров'я та суспільства: освітній розвиток потенціалу в сусідніх регіонах Східної Європи» (BIHSENA), який співфінансується в рамках ЕРАЗМУС+ Розвиток потенціалу (KA2). Проект впроваджується в Україні Вінницьким національним медичним університетом ім. М.І. Пирогова та Національним університетом «Києво-Могилянська академія», за координації Маастрихтського університету (Нідерланди). Проект сприяння академічній доброчесності в Україні – SAIUP є співорганізатором конференції.

Мета конференції – обговорити питання міжсекторальної співпраці заради здоров'я та академічної доброчесності.

До участі в конференції запрошуються викладачі, аспіранти, студенти вищих навчальних закладів, дослідники, практики.

---

## Напрями роботи конференції

- Інноваційні технології в охороні здоров'я
- Комунікації в охороні здоров'я
- Охорона здоров'я: зв'язок між медичним і соціальним
- Управління, економіка та політика охорони здоров'я
- Громадське здоров'я
- Академічна доброчесність
- Сучасні міжсекторальні освітні тенденції

Під час конференції планується проведення чотирьох інтерактивних семінарів:

- Як впровадити «змішане навчання»: інноваційні та традиційні форми
  - Як досягнути лідерства в освіті
  - Як розуміти статистику в наукових статтях
  - Як користуватися науковими мережами
  - Академічна доброчесність: забезпечення якості університетів
- 

## Запрошені ключові доповідачі

**Класін Хорстман** (Маастрихтський університет, Нідерланди)

**Вім Гроот** (Маастрихтський університет, Нідерланди)

**Нінке де Йонг** (Маастрихтський університет, Нідерланди)

**Сергій Квіт** (Міністр освіти та науки України, 2014 – 2016 рр.)

**Абель Полесе** (Університет міста Дубліна, Ірландія)

**Михайло Винницький** (Києво-Могилянська бізнес школа та Національний ЕРАЗМУС + офіс)

**Тетяна Семигіна** (Національний університет «Києво-Могилянська академія» та Академія праці, соціальних відносин і туризму)

---

## Організаційний комітет

Олена Ігнащук (Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова)

Наталія Малачкова (Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова)

Олег Токарчук (Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова)

Сергій Квіт (Національний університет «Києво-Могилянська академія»)

Світлана Оксамитна (Національний університет «Києво-Могилянська академія»)

Тетяна Семигіна (Національний університет «Києво-Могилянська академія» та Академія праці, соціальних відносин і туризму)

Тетяна Степурко (Національний університет «Києво-Могилянська академія»)

Тетяна Юрочко (Національний університет «Києво-Могилянська академія»)

Ольга Звонарьова (Маастрихтський університет, Нідерланди)

Класін Хорстман (Маастрихтський університет, Нідерланди)

---

## Контакти

Е-пошта: [conferencebihseina@gmail.com](mailto:conferencebihseina@gmail.com)

Телефон: +380 97 518 81 61 (Олена Ігнащук)

Facebook: [goo.gl/niK6rG](https://goo.gl/niK6rG)

Адреса проведення конференції: Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, вулиця Пирогова, 56, Вінниця 21000 Україна

---



Вдячні Валентину Порохняку за дозвіл розмістити фотокартку на титульній сторінці. Веб-сторінка фотографа: [style-photo.com.ua/](http://style-photo.com.ua/)

# **ПЛЕНАРНІ ДОПОВІДІ**

## **Академічна доброчесність як запорука суспільного здоров'я**

Квіт Сергій Миронович

Директор Центру забезпечення якості освіти, Національний університет "Києво-могилянська Академія"

Увага до питань академічної доброчесності належить до першочергових завдань вищих навчальних закладів як з погляду організації навчального процесу, так і в частині проведення наукових досліджень та публікацій їхніх результатів. Тим більше, якщо мова йде про медичні університети, діяльність яких безпосередньо пов'язана із збереженням людського життя та здоров'я людей. У ширшому плані – порушення принципів академічної доброчесності виходить поза межі суто академічної проблематики і стосується здоров'я цілого суспільства, включно з питаннями особистої, професійної та політичної культури.

До порушень правил академічної доброчесності ми відносимо плагіат, списування, хабарництво та різні інші форми введення в оману колег з академічного середовища. На ці проблеми зазвичай звертають професійні організації зовнішнього та внутрішнього забезпечення якості. В Україні це, відповідно, Національне Агентство із Забезпечення Якості Вищої Освіти (НАЗЯВО) та – внутрішньоуніверситетські підрозділи, яких або ще не існує, або вони перебувають у зародковому стані.

Неувага до академічної доброчесності належить до однієї з двох головних причин відсутності якісних змін у реформуванні української вищої освіти. Перша причина – це відсутність фінансової автономії ВНЗ. Економіка вітчизняної вищої освіти формувалася в далекі сталінські часи, вона не відповідає вимогам сьогодення. Адже концепція всебічної університетської автономії є частиною великого успішного тренду останніх років – децентралізації. Для того, щоб українські ВНЗ стали відповідальними за власну якість, вони мають стати повністю автономними, не лише з академічної, але також з фінансової точки зору.

Друга причина – це апофеоз плагіату та інших форм академічної недоброчесності, за які в Україні майже неможливо понести хоч якусь відповідальність. Звичайно, українське законодавство потребує суттєвого оновлення – і не лише власне в освітянській частині. Проте не менш важливо створити атмосферу нетерпимості й неприйняття плагіату в академічному середовищі. Натомість поки що ми маємо загальне поблажливе ставлення до

порушників. Тобто якісний університет не має терпіти плагіаторів у своїх стінах. Так само, НАЗЯВО не може виконувати своїх обов'язків доти, поки там працюють плагіатори.

Запорука успіху реформування українських закладів освіти – переконливе слово академічної громадськості й студентського самоврядування. До цього нам потрібно прагнути сьогодні. Також слід мати на увазі, що в майбутньому, коли реформування перейде до етапу якісних змін, в українському освітньому полі залишаться лише ті університети, які покажуть, що вони здатні бути якісними. Тому увага до питань дотримання вимог академічної доброчесності сьогодні вступає необхідною умовою виживання й успішного розвитку українських університетів завтра.

Тоді нарешті ми перейдемо до розгляду нової, поки що недосяжної для нас проблематики, зможемо по-новому подивитися на роль ВНЗ в житті українського суспільства, а саме: «Якісні університети як запорука інноваційного розвитку національної економіки та здоров'я суспільства».

### **Why is academic integrity important? Some Dutch experiences.**

Klasien Horstman

Professor of Philosophy of Public Health at Maastricht University since 2009

Ukraine is struggling with academic integrity for a long time. The recent report of the OECD Reviews of Integrity in Education: Ukraine 2017 gives a nice summary of the main problem areas. The current Ministry of Education and Science has taken initiatives to strengthen integrity, to stop plagiarism, to protect the value of diploma's, but academic integrity is a hard problem. It is also discussed how to balance national regulations and the autonomy of academic educational institutions: legal rules might provide a frame for thinking, but as such they will not be able to create informal cultural practices. Being a member of the committee Fostering Responsible Research Practices of the Netherlands Organisation for Health Research and Development, I will tell how The Netherlands tries to stimulate academic integrity. After some affaires of serious scientific fraud, much attention is given to stimulating responsible research conduct on many levels of academic practices: education, research, organization, reflection. However, the success of all kinds of measures is depending on a full understanding of the importance of integrity. When integrity is considered a technical issue, to be fixed, then measures probably will not realize impact. So, why is academic integrity so very important – for science and society?

# СЕКЦІЙНІ ДОПОВІДІ

## Секція «Академічна доброчесність»

### **On-line опитування в Національному університеті «Києво-Могилянська академія»**

Квіт Сергій Миронович, Директор Центру забезпечення якості освіти, Національний університет "Києво-могилянська Академія"

Центр забезпечення якості освіти, що був створений в НаУКМА у 2016 р., має досвід, яким він може поділитися з іншими українськими університетами. Центром зокрема проводяться регулярні студентські опитування щодо якості викладання та якості навчальних курсів, також опитування випускників і працедавців. Центр забезпечення якості співпрацює з Комітетом з якості Вченої ради та Навчально-методичним центром стосовно підвищення якості викладання і навчання, бере участь у виробленні та імплементації політики стосовно піднесення якості НаУКМА.

Могилянка проводила ефективні опитування на паперових носіях починаючи з 1990-х років. Для цього залучалася велика кількість волонтерів, які на останньому занятті з кожного предмету роздавали анкети з кількох питань, де треба було позначити свою версію відповіді. Так можна було домогтися майже 100 % залученості студентів до опитувань. Файли з результатами хоч і не виставлялися у вільному доступі, однак розсилалися в межах університету електронною поштою, обговорювалися в контексті поширення позитивного й припинення негативного досвіду. Низький бал у відгуках також міг бути підставою для не продовження контракту з певними викладачами.

Потім був перехідний період, коли проводилися пілотні проекти on-line на окремих кафедрах і факультетах. Починаючи з 2016 р. НаУКМА повернувся до загальноуніверситетських опитувань, але тепер в режимі on-line. Відразу наш університет стикнувся з проблемами всіх хороших університетів світу, що проводять такі опитування. Оскільки для висловлення своєї думки on-line студентам тепер потрібно зосередитися і знайти час для відповідей на анкету з 15 запитань, 3 з яких є відкритими, з приводу всіх предметів семестру / триместру, вони часто просто не знаходять такої можливості. Тобто всім подобається можливість участі, через яку реально можна впливати на якість свого університету, але фактично на питання анкети відповідає дуже невеликий відсоток студентів.



Не весь позитивний іноземний досвід можна врахувати в сучасних українських умовах. Так, студентське самоврядування в Україні фактично не має можливості допомогти у реалізації такого проекту. На Заході on-line опитування в одних країнах є обов'язковим, в інших – добровільним. Однак обидвох механізмів в Україні поки що не створено. Політики у застосуванні зібраних даних також відмінні. Там, де подібні традиції існують давно, відбувається ефективна взаємодія зовнішнього і внутрішнього чинників забезпечення якості. Тоді як НАЗЯВО у теперішньому складі і наявним правовим забезпеченням поки що взагалі не впливає на перебіг подій. Можливо, це і добре.

Тому сьогодні важливо представити успішні «кейси» на внутрішньо університетському рівні. Зокрема НаУКМА створив власне програмне забезпечення, розробив політику, зробив регулярне студентське on-line опитування частиною освітнього процесу, запровадив замість пострадянського поняття «якість навчального процесу» два нових поняття: «якість навчання» і «якість викладання», веде активну комунікацію із студентами, викладачами і співробітниками. Так само, для розвитку вітчизняної системи забезпечення якості вищої освіти, важливо постійно обмінюватися досвідами між університетами.

### **Курс з Академічної доброчесності: особливості впровадження та викладання на PhD програмах**

О.Л. Сидоренко, І.М. Кліщ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Тернопільський державний медичний університет з 2016 року є учасником (єдиним медичним) Проекту сприяння академічній доброчесності в Україні (Strengthening Academic Integrity in Ukraine Project – SAIUP) – ініціативі, що спрямована на системні зміни в українській вищій освіті: підвищення якості, створення умов для реалізації найбільш обдарованих студентів, покращення іміджу українських університетів, в цілому – на впровадження академічної доброчесності (<http://www.saiup.org.ua>).

Академічна доброчесність (АД) - це сукупність етичних принципів та визначених законом правил, якими мають керуватися учасники освітнього

процесу під час навчання, викладання та провадження наукової (творчої) діяльності з метою забезпечення довіри до результатів навчання та/або наукових (творчих) досягнень (Ст. 42, Закон України «Про освіту» № 2145-VIII, 05.09.2017). Власне АД надає можливість системі освіти залишатися реальною та дієвою, - такою, що справді дає знання та навички, а не лише документи про здобуття освіти.

Розуміння цих постулатів зумовило необхідність включення дисципліни «Академічна доброчесність» до плану підготовки доктора філософії першого року навчання за спеціальністю «Медицина», а також визначило Академічну доброчесність як дисципліну, що дозволяє опанувати загальні та фахові компетентності, досягнути програмні результати навчання – знання, вміння, комунікації, які, власне, і становлять компоненти освітньо-наукової програми підготовки фахівців.

Дисципліна містить 3 кредити, що складає в цілому 90 годин, з них 10 годин відведено на лекції, 30 годин – на семінарські заняття і 50 годин – на самостійну роботу студента. Форма контролю дисципліни – залік. Лекційний матеріал включає вивчення основних понять, підходів та завдань АД, а також її порушення; формування та створення Кодексу честі; порушення інтелектуальної власності, становлення наукового мовлення у молодих науковців, тощо. Тематика семінарських занять спрямована на детальніше вивчення вище зазначених положень – формування академічної культури, заперечення академічної нечесності, плагіат у науці та мистецтві, академічна доброчесність у медицині та ін., що дозволить майбутнім докторам філософії впровадити принципи АД у повсякденне та професійне життя.

Таким чином, впровадження навчальної дисципліни «Академічна доброчесність» у план підготовки доктора філософії за спеціальністю «Медицина» сприятиме формуванню нової академічної культури, яка базуватиметься на довірі, чесності, прозорості, реальному навчанні, справжній науковій роботі та здобутті якісних професійних навичок.

## Секція «Громадське здоров'я»

### **Прогнозування захворюваності на кашлюк мешканців Львівщини та визначення пріоритетних груп ризику**

Іванченко Н.О., Кулітка Ю.Е., Старинчук Л.С

Доповідач: Іванченко Наталія Олександрівна, аспірант, усна презентація

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

5 міська клінічна лікарня м. Львів,

ДУ "Львівський обласний лабораторний центр"

Актуальність. Кашлюк продовжує залишатися актуальною проблемою громадського здоров'я, незважаючи на тривалий період імунопрофілактики серед населення, для багатьох країн світу.

За результатами спостережень, у Львівській області відмічаються тенденції до зростання захворюваності на кашлюк. Якщо в 2005 році зареєстровано 72 випадки захворювання з інтенсивним показником на 100 тисяч населення 2,7; то в 2016 році відмічається ріст в 5 разів – 283 випадки (11,23). В той же час спостерігається негативна тенденція охоплення вакцинальним комплексом проти кашлюку. За результатами моніторингу охоплення профілактичними щепленнями проти кашлюку дітей віком до 1 року встановлено, що у 2006 році щеплено 75,5% від підлягаючого контингенту дітей, 2007 році – 98,9%, 2008 році щеплено 92,9% , у 2009 році – 74,4%, у 2010 році щеплено 38,4%, в 2011 – 39,0%, в 2012 році – 64,2%, в 2013 – 68,3%, в 2014 – 60,9%, в 2015 році лише 24,0%, в 2016 – 19,4%. Вакцинація проти кашлюку належить до числа обов'язкових щеплень для дитячого населення віком до 6 років 11 місяців 29 днів. Ревакцинація старших осіб належить до числа рекомендованих без визначення груп ризику згідно наказу МОЗ України від 11.08.2014 №551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні». В Україні недооцінюються ризики захворювання на кашлюк серед підлітків та дорослих осіб з тривалим кашлем. Метою даної роботи було розрахувати прогнозований рівень захворюваності на кашлюк у Львівській області на 2017 рік та встановити групи ризику щодо захворюваності на кашлюк. Матеріали і методи. Проведено розрахунки прогнозованої захворюваності на кашлюк за методом Брауна. Вивчено імунологічну структуру 80 пацієнтів із хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ) до збудника кашлюку

методом імуноферментного аналізу з використанням тест-системи ІФА SERO PERTUSSIS tm IgG Enzyme immunosorbent lincel Assay ELISA Savyon Diagnostics Ltd, Ізраїль. Результати. Опрацьовані показники захворюваності на кашлюк у Львівській області за період в 20 років. Згідно одержаних результатів реальне значення захворюваності за січень 2017 року складає 9,6 на 100 тисяч населення, прогнозоване значення – 7.88, достовірність методу становить 82%. Прогнозований рівень захворюваності на кашлюк на 2017 рік становить 12.3 на 100 тисяч населення. Порогове значення обчислювалось за правилом трьох сигм: Порогове значення =  $X_{сер} + 3S$ ,  $X_{сер}$  – середнє значення показників захворюваності,  $S$  – дисперсія. Одержане порогове значення 7.326 свідчить про початок епідемічного підйому захворюваності, оскільки виявлена кількість хворих за 2016 рік перевищує розрахункове порогове значення. Згідно результатів проведеного лабораторного дослідження методом імуноферментного аналізу, у 20% з числа обстежених хворих на ХОЗЛ старше 18 років, виявлені титри антитіл понад 50 BU/ml, що свідчить про кашлюк, період реконвалесценції відповідно до інструкції виробника. Дані особи перебували на лікуванні в пульмонологічному відділенні зі скаргами на тривалий кашель і не були розцінені як ймовірно хворі на кашлюк. Висновки. Результати прогнозування за методом Брауна тенденцій розвитку епідемічного процесу кашлюку на наступні роки свідчать про початок періоду епідемічного підйому і є важливим елементом епідеміологічного нагляду в системі громадського здоров'я. Низький рівень охоплення щепленнями проти кашлюку сприяє зростанню числа сприйнятливих осіб, що створює умови для циркуляції збудника, підвищення його вірулентності та активізації епідемічного процесу. Хворі на ХОЗЛ становлять групу ризику щодо захворювання на кашлюк і потребують ревакцинації проти даного захворювання.

### **Гендерні відмінності захворювань: регулятивні механізми впливу на стан громадського здоров'я у м.Вінниця**

**Телегузова О.В.**

Доповідач: Телегузова Олександра Валентинівна, студентка, усна презентація

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

**Актуальність:** Досягнення адекватних стандартів якості життя і благополуччя населення є одними з основних завдань Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», затвердженої Указом Президента України від 12 січня

2015 р. №5, та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. У рамках реформи децентралізації важливою є візія умов реалізації охорони здоров'я, принаймні, у конкретних містах. Адже запровадження оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина впродовж життя є ефемерним без аналізу гендерної складової у сфері охорони здоров'я.

**Мета:** проаналізувати стан здоров'я чоловіків і жінок у м. Вінниця на гендерні відмінності захворювань. Напрацювати модель та механізм регулювання стану громадського здоров'я на основі вивченої кореляції між поведінковими та соціальними характеристиками і ставленням чоловіків та жінок до здоров'я. **Методологія:** структура аналізу складається із статистичної та аналітичної частин, що дозволяє створити якомога повнішу картину стану гендерної відмінності захворювань місті Вінниця шляхом поєднання кількісних та якісних показників. Статистична частина містить гендерну статистику, надану Українським інститутом стратегічних досліджень МОЗ України. Аналітична частина містить результати гендерного дослідження місті, у межах якого було здійснено експертне опитування методом фокус-груп щодо стану гендерної рівності в сфері охорони здоров'я міста Вінниця. **Результати:** Аналіз стану здоров'я чоловіків і жінок області вказує на гендерні відмінності у структурі захворювань. Рівень захворюваності населення (кількість уперше в житті зареєстрованих випадків захворювань) на 100 000 осіб населення міста Вінниця становив у 2015 р. 71 687,7, що є середньостатистичною кількістю серед українських міст. У жінок переважають захворювання, пов'язані з функціонуванням організму, а у чоловіків – з їх взаємодією із зовнішнім середовищем. Така різниця є наслідком певних моделей гендерної поведінки. Чоловіки ведуть більш ризикований спосіб життя, вони частіше страждають від виробничого і побутового травматизму, від неправильного харчування, отруєння алкоголем та психотропними речовинами, паління, соціально-небезпечних хвороб, частіше скоюють злочини та страждають від злочинів, менше турбуються про власне здоров'я та звертаються до лікарів. Від хвороб органів дихання чоловіки в місті помирають у 3 рази частіше, ніж жінки, від зовнішніх причин – у 3,2 рази частіше. На основі аналітичної роботи було розроблено гендерно-чутливий механізм регулювання стану громадського здоров'я м.Вінниця, який включає шість етапів. Об'єктом регулювання є працездатне населення міста, механізм регулювання – система SPIN. Регулювання стану здоров'я неможливо здійснити без застосування сучасних соціальних (комунікативних) стратегій. Так, серед неорганізованого населення міста першочергово пропонуємо формувати «моду на здоров'я», яка



відображається у послідовному застосуванні трьох типів SPIN-технологій: «до-SPIN», «після-SPIN» та «торнадо-SPIN». Наступним етапом визначено гендерно-чутливу організацію профілактичних заходів у сформованих колективах та об'єднаннях міста з використанням трьох методів : «торнадо-SPIN», “кризовий контроль” та “мінімізація втрат”. Дана модель надаватиме змогу втілювати аналіз та зміни на усіх рівнях суспільних відносин: у горизонтальній та вертикальній площинах . Таким чином систематичний гендерний аналіз захворювань та бази профілактичних заходів формуватиме тенденцію зниження захворюваності населення. Модель створено відповідно до сучасних соціальних реалій та відображає комплекс заходів, які можуть бути реалізовані на регіональному рівні управлінської діяльності.

**Висновки:** на тлі розподілу традиційних гендерних ролей відбувається підвищення ризиків захворювання населення, що відображається у тенденціях їх розвитку. На основі існуючої ситуації було проведено кваліметричний аналіз, який дав змогу надати рекомендації щодо управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я з новим гендерно-чутливим підходом. Дана методика є адаптованою під законодавчу базу України та може застосовуватися в реаліях Вінниччини.

### **Аналіз динаміки смертності дітей у віці до 1 року в Кіровоградській області**

Хріненко Ю.В., Яременко Л.І.

Доповідач: Хріненко Юлія Вікторівна, студентка

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Смертність дітей віком до одного року є одним із найчутливіших індикаторів рівня соціально-економічного розвитку суспільства, що акумулює в собі рівень освіти та культури, стан навколишнього середовища, ефективність профілактичних заходів, рівень доступності та якості медичної допомоги, розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві. Багато країн, у тому числі й Україна, включили зниження дитячої смертності до Цілей розвитку тисячоліття [1]. Актуальність проблеми дитячої смертності зумовила вибір теми дослідження: «Аналіз динаміки смертності дітей у віці до 1 року в Кіровоградській області».

На підставі даних, вміщених у Статистичних щорічниках Кіровоградської області за 2007-2015 роки [3-6], проведено аналіз динаміки смертності дітей у віці до 1 року в Кіровоградській області. Результати представимо у вигляді таблиці 1 (розрахунок основних базисних аналітичних показників ряду динаміки, за базу порівняння взято рівень 2005 року) та таблиці 2 (розрахунок основних ланцюгових аналітичних показників ряду динаміки).

Таблиця 1

*Результати розрахунку основних базисних аналітичних показників ряду динаміки смертності дітей у віці до 1 року в Кіровоградській області*

Показники	Рівень	Абсолютний приріст	Темп зростання	Темп приросту
Позначення	$y_i$	$\Delta_i = y_i - y_0$	$K_i = \frac{y_i}{y_0}$	$T_i = \frac{\Delta_i}{y_0} \cdot 100\%$
2005	100	-	-	-
2006	127	27	1,27	27%
2007	123	23	1,23	23%
2008	133	33	1,33	33%
2009	119	19	1,19	19%
2010	112	12	1,12	12%
2011	139	39	1,39	39%
2012	103	3	1,03	3%
2013	119	19	1,19	19%
2014	96	-4	0,96	-4%
2015	89	-11	0,89	-11%

Як бачимо з таблиці 1 смертність дітей у віці до 1 року в Кіровоградській області з 2006 до 2013 року більша за базовий період і є досить високою. Тільки за останні (2014-2015) роки вона зменшилася, тобто з'явилася тенденція на покращення.

Як бачимо з таблиці 2 ланцюгові аналітичні показники абсолютного приросту, темпів зростання та приросту коливаються (то збільшення, то зменшення), але за останні два роки суттєво зменшилися, що є позитивним явищем.

Середній абсолютний приріст за результатами табл.2 від'ємний і рівний

$$\bar{\Delta}_y = \frac{27 - 4 + 10 - 14 - 7 + 27 - 16 + 16 - 23 - 7}{10} = -11.$$

Таблиця 2

*Результати розрахунку основних ланцюгових аналітичних показників ряду динаміки смертності дітей у віці до 1 року в Кіровоградській області*

<b>Показники</b>	<b>Рівень</b>	<b>Абсолютний приріст</b>	<b>Темп зростання</b>	<b>Темп приросту</b>
Позначення	$y_i$	$\Delta_i = y_i - y_{i-1}$	$K_i = \frac{y_i}{y_{i-1}}$	$T_i = \frac{\Delta_i}{y_{i-1}} \cdot 100\%$
2005	100	-	-	-
2006	127	27	1,27	27%
2007	123	-4	0,97	-3,15%
2008	133	10	1,08	8,13%
2009	119	-14	0,89	-10,53%
2010	112	-7	0,94	-5,88%
2011	139	27	1,24	24,11%
2012	103	-36	0,74	-25,90%
2013	119	16	1,16	15,53%
2014	96	-23	0,81	-19,33%
2015	89	-7	0,93	-7,29%

Середній темп зростання менше 1 і рівний

$$K = \sqrt[10]{1,27 \cdot 0,97 \cdot 1,08 \cdot 0,89 \cdot 0,94 \cdot 1,24 \cdot 0,74 \cdot 1,16 \cdot 0,81 \cdot 0,93} = 0,99.$$

Середній темп приросту

$$T = (0,99 - 1) \cdot 100\% = -1\%.$$

Таким чином, в цілому смертність дітей у віці до 1 року в Кіровоградській області за останні роки зменшується. Це пояснюється зокрема відкриттям у 2012 році Кіровоградського перинатального центру з метою поліпшення стану репродуктивного здоров'я жіночого населення, зниження рівня материнської та дитячої смертності, ускладнень вагітності і пологів та ін. Ефективними шляхами зменшення дитячих втрат є впровадження сучасних перинатальних технологій для запобігання патологічним станам у породіль та немовлят, створення умов для безпечних пологів, ефективного своєчасного лікування станів, що виникають у перинатальному періоді, підвищення якості і доступності послуг з контрацепції. Важливим резервом зменшення рівня дитячої смертності в Кіровоградській області є, на нашу думку, формування усвідомленого відповідального ставлення до батьківства (зокрема у студентів на кураторських годинах), інформаційно-просвітницька робота серед населення стосовно профілактики ризикованої сексуальної поведінки і запобігання зараженню інфекціями, що передаються статевим шляхом, протидії застосуванню практики штучних абортів як методу планування сім'ї, дбайливого догляду за немовлятами.

### **Список використаної літератури:**

1. Цілі розвитку тисячоліття Україна – 2010 : національна доповідь. – К. : Мінекономіки, ПРООН, 2010. – 108 с.
2. Тарасенко І.О. Статистика: Навч. посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 1994. – 344 с.
3. Статистичний щорічник Кіровоградської області за 2007 рік. – Кіровоград, 2008. – 512 с.
4. Статистичний щорічник Кіровоградської області за 2010 рік. – Кіровоград, 2011. – 528 с.
5. Статистичний щорічник Кіровоградської області за 2013 рік. – Кіровоград, 2014. – 502 с.
6. Статистичний щорічник Кіровоградської області за 2015 рік. – Кропивницький, 2016. – 490 с.

## **Гендерна орієнтованість профілактичних програм у сфері громадського здоров'я**

Berdnyk O. V., Polka N. S., Ph.D Dobrianska O. V., Rudnytska O. P.

SI O. M/ Marseyev Institute of Public Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine

У сучасній науковій медичній літературі багато уваги приділяється питанням т.з. гендерного аналізу особливостей стану здоров'я населення. Оскільки медицина відноситься до природничих наук, в більшості випадків під гендерними особливостями маються на увазі відмінності в стані здоров'я, пов'язані з анатомо-фізіологічними характеристиками, тобто біологічною статтю. На сьогоднішній день у світовій науці використовуються та розмежовуються два терміни: біологічна стать ("sex"), яка відображає відмінності між чоловіком і жінкою як біологічними особами, та гендер ("gender"), який описує відмінності між фемінністю, маскулінністю, андрогінністю як соціальними моделями поведінки.

Метою системи громадського здоров'я є «досягнення стану повного фізичного, душевного і соціального благополуччя», але лікувальна і профілактична ланки медицини вирішують це завдання з різних боків. У першому випадку ключовим поняттям для лікарів лікувального профілю є захворювання (тобто медико-біологічна категорія), а для лікарів-профілактиків - здоров'я (медико-соціальна категорія). У відповідності з цим потребує чіткої регламентації застосування понять «стать» і «гендер».

Призначенням цільових суто медичних програм (у своїй більшості) є вдосконалення медичної допомоги певним категоріям хворих. Не применшуючи, жодною мірою, важливість такого підходу, слід чітко відокремити його від поліпшення здоров'я населення, що належить до сфери громадського здоров'я. Відповідно, програми по збереженню і зміцненню здоров'я мають більш широкий соціальний, міждисциплінарний характер. Це повністю вкладається у визначення ролі гендерного підходу в соціальній політиці - це врахування гендерних відмінностей при аналізі соціальної сфери та формуванні політики соціального розвитку.

Відповідно до цього лікувальна ланка системи охорони здоров'я має спиратися, головним чином, на біологічну стать пацієнта, в той час як профілактична її ланка – на гендер, тобто соціальні моделі поведінки.



Програми, спрямовані на охорону громадського здоров'я, повинні бути гендерчутливими і враховувати інтереси та особливості як груп різної біологічної статі, так і тих, що розрізняються за ознакою гендеру. Гендерна компонента має враховуватися при розробці комплексу заходів з формування здорового способу життя, антисмокінгових та протиалкогольних програмах. Крім загальнодержавних програм, гендерну експертизу повинні проходити санітарно-просвітницькі та еколого-просвітницькі проекти.

Особливо важливим даний аспект є для програм, цільовою групою яких є діти, підлітки та молодь.

Оскільки гендер є набутою характеристикою особистості і його формування проходить в процесі соціалізації, надзвичайно важливо, поряд із статевим вихованням, яке включає в себе, головним чином, медичні питання, проводити і гендерне виховання, метою якого має бути адекватне формування соціально-психологічної статі, статеve самоусвідомлення, статева ідентифікація тощо. Саме на цій основі формуються цінності і потреби особистостей, зокрема, і усвідомлення цінності здоров'я.

### **Детермінанти споживання фруктів в Україні**

Васильєва М.В., Барська Ю.Г.

Школа охорони здоров'я НаУКМА, м. Київ, Україна,  
marichka.vasilieva@gmail.com

Достатнє споживання фруктів сприяє покращенню здоров'я та профілактиці неінфекційних захворювань. За рекомендацією Всесвітньої організації охорони здоров'я нормою споживання є 400 грам або 5 порцій фруктів та овочів на день. Відносно даної норми в Україні спостерігається низький рівень споживання фруктів<sup>1</sup>, що є проблемою для охорони громадського здоров'я. Існує необхідність у впровадженні програм, спрямованих на збільшення споживання фруктів, але дана проблематика є малодослідженою в Україні і, відповідно, бракує достатніх наукових знань, на яких можна було б ґрунтувати ефективні інтервенції.

Мета даної роботи полягає у виявленні детермінант споживання фруктів серед населення України. Дослідницьке питання зводиться до пошуку зв'язків між кількістю фруктів, яку споживають українці, та такими соціально-демографічними характеристиками, як стать, вік, освіта, зайнятість, дохід, тип населеного пункту, і стан здоров'я.

У дослідженні було використано дані загальнонаціонального крос-секційного опитування 10178 респондентів «Індекс здоров'я. Україна – 2016», проведеного у травні-червні 2016 року Міжнародним фондом «Відродження» та Київським міжнародним інститутом соціології. Вибірка є репрезентативною для дорослого населення України в цілому, а також для кожної області окремо та для міста Києва.

Вторинний аналіз даних було здійснено за допомогою описових статистик, тесту хі-квадрат та бінарної логістичної регресії у програмі IBM SPSS Statistics версія 23. Залежними змінними були: 1) факт споживання фруктів за останній тиждень (жодного; 1 і більше); 2) кількість спожитих українцями фруктів на день за останній тиждень (один фрукт на день і менше; більше одного фрукта на день). Незалежними змінними були такі соціально-демографічні характеристики респондентів, як стать, вік, рівень освіти, зайнятість, рівень доходу, тип населеного пункту, та наявність захворювань. Для оцінки поширеності вживання фруктів дорослим населенням України в цілому і по областях масив було зважено.

Після аналізу частот виявилось, що доволі значна частка респондентів взагалі не споживали фрукти за останній тиждень (19%, 95%-ий довірчий інтервал (95% ДІ) 18%-20%), більшість споживали 1 або менше фруктів на день (50%, 95% ДІ 48%-51%) і лише третина споживала достатню кількість фруктів (31%, 95% ДІ 30%-32%). Крім того, рівень споживання фруктів різнився залежно від регіону проживання. Найбільшою була частка тих, хто споживав достатню кількість фруктів протягом останнього тижня, в Одеській (62,7%), Тернопільській (62,5%) та Вінницькій областях (51,8%). Найменший рівень достатнього споживання продемонстрували Івано-Франківська (13,4%), Закарпатська (14,1%), Черкаська (17,3%) та Житомирська (19,4%) області.

Такі чинники, як стать, вік, освіта, дохід, зайнятість, тип населеного пункту та наявність захворювань, виявилися значущо пов'язаними з рівнем споживання фруктів в Україні на рівні значущості  $<0,05$ . Більший відсоток тих, хто споживав достатню кількість фруктів був серед жінок (33,3% проти 28,5% серед чоловіків); молодших респондентів (40,1% серед 18-29-річних проти 33,5% серед 30-44-річних, 29,1% серед 45-59-річних і 24,0% серед старших 60 років); респондентів з вищою освітою (37,6% проти 30,5% з ПТУ чи неповною вищою і 25,0% з початковою або середньою); високим рівнем доходу (38,3% серед респондентів з доходом понад 4000 грн., 27,2% серед респондентів з доходом 2000-4000 грн., і 25,5% серед респондентів з доходом до 2000 грн.); у тих, хто працює (34,0% проти 28,9% серед непрацюючих); містян (32,6% проти

29,1% серед селян) та у тих, хто не мав хронічних захворювань (33,9% проти 28,3%).

Логістичний регресійний аналіз показав також, що такі фактори, як жіноча стать (скориговане відношення шансів (СВШ) 1,5, 95% ДІ 1,4-1,7), високий рівень освіти (СВШ 1,7, 95% ДІ 1,4-2,0) та високий дохід (СВШ 1,6, 95% ДІ 1,3-1,9) є позитивно пов'язаними з достатнім споживанням фруктів та, відповідно, є протективними чинниками. Старший вік (СВШ 0,5, 95% ДІ 0,4-0,6), відсутність роботи (СВШ 0,8, 95% ДІ 0,7-0,9), проживання у селі (СВШ 0,6, 95% ДІ 0,6-0,7) та наявність хронічних захворювань (СВШ 0,8, 95% ДІ 0,7-0,9) є негативно пов'язаними з достатнім споживанням фруктів та, відповідно, є ризиковими чинниками.

Отже, результати даного дослідження свідчать про те, що соціально-демографічні характеристики та стан здоров'я індивіда визначають його поведінку, пов'язану зі споживанням фруктів. Чоловіки; літні люди; з низьким рівнем освіти та доходу; без роботи; селяни; ті, хто мають проблеми зі здоров'ям, потрапляють до групи ризику та споживають найменшу кількість фруктів. Саме на них необхідно звертати особливу увагу при плануванні та розробці інтервенцій, спрямованих на підвищення рівня споживання фруктів в Україні.

## **Interdisciplinary research and practice**

### **Interdisciplinary collaborations for zoonotic disease control: a case of neglected worm infection in Western Siberia**

as. prof., PhD Olga Zvonareva, Olga Fedorova

Maastricht University

This presentation demonstrates results of a research project conducted in preparation for development of a zoonotic disease control programme in Western Siberia. A key feature of this research project is its interdisciplinary approach and involvement of both biomedical and social sciences. Zoonoses emerge at the intersections of human, animal, and ecological health. The One Health movement that aims to provide integrated responses to zoonotic diseases has gained increasing attention and support in recent years. Yet in practise the engagement between the One Health community and social science has been rather limited. This presentation

contributes into a growing body of literature that aspires to move beyond top-down global responses and generalisations that often fail to fit real-world settings. Examining the case of *O. felinus* infection in Western Siberia, we argue that understanding the local social dynamics of disease exposure and transmission, and how people live their lives in interactions with other species is crucial for making One Health work in practise. Opisthorchiasis in Western Siberia can be viewed as such a truly neglected disease. *Opisthorchis felinus* is a liver fluke that people can acquire by eating raw or undercooked fish, most often from the Cyprinidae family. The prevalence of *O. felinus* infection in Siberian people has been estimated to be up to 80%. *O. felinus* infection may lead to hepatobiliary morbidity, such as chronic cholecystitis, chronic cholangitis, chronic pancreatitis, and stone disease. Currently no systematic continuous disease control programme has been developed and implemented in the region. To be successful, such a programme would have to be attentive not only to biomedical components of the disease but also to sociocultural processes that animate its transmission and to specificities of the local context where intervention is planned. The research reported in this presentation has been conducted in preparation for developing an integrated programme for opisthorchiasis control in Western Siberia. We explored social dynamics of *O. felinus* transmission and designed what was termed a ‘participatory’ model of these dynamics (‘involving participation of those who live with disease, and who are embedded in the socio-ecologies of concern’). The study involved 20 in-depth interviews, participant observation, and multiple unstructured interviews in the village of Melnikovo. This was followed by administration of standardized questionnaires to assess risk factors of infection and laboratory examination of stool samples to assess prevalence of infection (n=302) in 9 villages of the region. Our research has pointed to the several critical elements that, working together, drive the spread of this parasitic disease and together form a model of *O. felinus* transmission in Western Siberia. The first element is the popularity of locally caught river fish as an accessible source of protein and the main component in a variety of dishes considered tasty by local communities, including dishes from raw and undercooked fish. The process of catching fish and then preparing it is also a hobby and leisure activity, while selling, exchanging, and sharing fish with fellow community members supports not only economic but also social ties. The popularity of locally caught river fish, including Cyprinid fish, interacts closely with the habitualness of *O. felinus* presence for local population, which is the second element that contributes to the local spread of the infection. Accustomed to hearing about opisthorchiasis from mass media and health organisations, typically knowing other people, including family members, who were diagnosed with opisthorchiasis, and sometimes having experienced opisthorchiasis

themselves, many local people tend to conceive *O. felineus* infection as something that is not dangerous. The third element is the local health-care system, which operates in close interaction with the first and second elements. Health-care professionals work in the context of continuous reinfection fuelled by the importance of fish and perceptions of opisthorchiasis as a non-threatening condition among the local people. Therefore, health-care professionals themselves often turn to prioritising other diseases and view the infection as inevitable part of life in their region. Local community members, in turn, generally view anthelmintic drugs as toxic and pointless to use in a situation where they are likely to acquire *O. felineus* again due to their way of life 'by the river'. They prefer to use various 'mild', herbal, and folk medicines that are popularly believed to support the human body in the presence of *O. felineus* and/or to control the number of parasites in the body. Overall, participatory modelling allows for understanding the local relationships between disease, livelihoods, and wellbeing, all important for explaining disease transmission and making One Health interventions work in practise. Participatory models in conversation with other types of data and approaches can improve effectiveness and the legitimacy of zoonotic disease control programmes.

**To study the prevalence and pattern of distribution of Psoriasis in India.**

prof, N.Reznichenko., Burra Mithilesh.,\_Varahabhatla Vamsi,

Доповідач: Varahabhatla Vamsi, студент.

Zaporozhye state medical university

**Introduction:** Psoriasis is a papulosquamous disorder characterized by defective keratinisation arising due to T-cell mediated immune dysregulation. It is a chronic inflammatory immune-mediated proliferative skin disorder that predominantly involves the skin, nails, and joints. The worldwide prevalence of psoriasis is estimated to be approximately 2-3%. Although the disease is known to have higher prevalence in the polar regions of the world, but also the tropical region like India too. Aim: To study the prevalence and patterns of distribution of psoriasis in India.

**Methods and materials:** Literature analysis based on the recent data from different authors, epidemiological method, statistical analyses. Epidemiological method was used as it reflected the distribution of disease and studied its causes..The socio-demographic and clinical details of all the cases were routinely entered in a specially designed proforma. The application of this information was used to control



the disease. Epidemiological investigative tools including surveillance and descriptive studies were used to understand the distribution, and analytical studies were used to explore the causes.

**Results:** From a recent study which was conducted in India, of 275 patients there were 206 males and 69 females male to female ratio (2.9:1). The youngest patient was 6 years old whereas the oldest one was 79 years old. The mean onset age was 38.9 years, that of males was 40.3 years and females were 34.7 years. A total of 156 patients(56.7%) had psoriasis for more than 5 years duration, 92(33.5%) of more than 10 years, 57(20.7%) for more than 15 years and 26(9.5%) of more than 20 years duration. A total of 120 patients (45.1%) were tobacco smokers either currently or in the past and 141 patients (51.3%) were past or current habitual users of alcohol. A total of 258 patients (93.8%) had previously been on modern medical treatment, and 160 (58.2%) had indigenous (Ayurvedic) treatment. Fifty-four (19.6%) had Homeopathic treatment.

**Conclusions:** Most studies from India report a male preponderance similar to the findings of this study. However, in contrast to most previous studies, this study shows a higher mean age of onset of the disease in both sexes. Involvement of the scalp was found to be higher in this series compared to previous reports, though more frequent involvement of scalp compared to nails has been noted previously. A majority of the patients had tried Ayurvedic and Homeopathic systems of medicine, which probably points to a low-satisfaction level of patients with this chronic disease with any single medical system. This highlights the need for proper counseling of patients with psoriasis. It will not be possible to extrapolate the findings of this clinic-based study to the general population, hence population-based studies are required in this regard.

### **The Citizen Deserving Parenthood: Investing and Rendering One's Due**

Ina Dimitrova, ass.prof., PhD

Plovdiv University "Paisii Hilendarski"

The aim of the text is to illuminate and explore one core set of frames, constructed and mobilized by the respective activist organizations, around the issues of infertility and assisted reproductive technologies (ARTs) in Bulgaria. It argues that these frames are organized predominantly around the notion of “deservedness” of parenthood or, in other words, through the present and future investments of these parents (wannabe or actual) in the common societal and national enterprise. Since

they have numerous resources to invest, they are citizens, deserving parenthood. In this representation we clearly see how the individual struggle with one biological characteristic and the suffering it brings, are interpreted in an economic regime of exchange, functioning in the same time as a normative order of parenthood and citizenship.

### **The post-communist health system reforms: the Bulgarian case**

PhD. proff.head of the dept.Ivan Tchalakov, Mimi Vassileva

University of Plovdiv

The proposed paper falls under 'Management, economics and health policy' and 'Public health' conference themes. It presents the results of the authors' research on transformation of Bulgarian system of public health since early 1990s, carried out in the framework of BIHSENA project. Methodology of the paper combines PATH-DEPENDENCY approach (developed by Paul David and others in evolutionist paradigm in Economics of technical change and applied to post-communist transition by David Stark) and SYMBIOSIS approach of object-oriented philosophy, developed by Graham Harman in his study of the evolution of Dutch East-India Company. When studying the transformation of Bulgarian health system the methodology focus our attention on critical interactions between social actors involved that take place in specific moments (or short periods) of time. By tracing the changes in the substantial properties of some of these actors, these interactions to a larger extent predetermine the developments that follow until new critical interactions take place, or some of these actors disappear and new actors came to their place.

The main part of the paper outlines the initial conditions of Bulgarian health system reform in the early 1990s and key interactions between old and new local actors involved, on the one hand, and the interested international players such as World Health Organization, health experts in the governments of some European countries and EC, US and Australian companies specialized in health system innovations and some others. By tracing the interactions between these actors in the decades that followed, the paper outlines the main stages in the Bulgarian health system reforms and their effects on Bulgarian population and medical organizations, including their capacity to adopt and diffuse innovations. Special attention is paid on the long period of seemingly lack of any reforms till 1999, followed by the events in year 2000-2001 that determined the developments for the next fifteen and more years.

Analyzing this last period, the paper provides and macro-economic outlook on Bulgarian health system after 2001 coupled with an attempt to reveal the complex interactions going on between old and new social and institutional actors involved – such as National Health Insurance Fund and its regional branches, the community of general practitioners (GPs), public and private hospitals, pharmaceutical companies, NGOs and associations of patients, etc.

The paper ends with identifying some key challenges the Bulgarian health system faces today and forecast for its near-term evolution, together with some policy conclusions.

**Analysis of healthy lifestyle behaviors among Ukrainian university students**

Tsybulin O., Yakymenko I., Shapovalov E.

Доповідач: доктор біологічних наук, професор Якименко Ігор Леонідович.  
Усна презентація

Національний університет харчових технологій, Київ, Україна.

Healthy lifestyle behaviors of young people influence their health during future life and thus affect public health of future generation of adults. Healthy lifestyle characteristics include nutritious diet, sufficient physical activity, non-smoking, alcohol restriction, safe sexual behavior, and behaviors that do not contribute to injuries. On the other hand, unhealthy lifestyle behaviors such as bad dietary habits and a lack of physical activity are well known risk factors for cardiovascular disease, type 2 diabetes and some cancers. The study aimed to assess adherence of Ukrainian students to healthy lifestyle behaviors. The survey among volunteer students of two universities of Kyiv region, central part of Ukraine, was carried out during 2016/17. A printed questionnaire included 23 questions on age, gender, height and weight of individual, smoking, consumption of alcohol, consumption of fruits and vegetables, daily milk/dairy product consumption, having breakfast daily, lack/access of money for food, using a computer and a cell phone, environmental impacts. The students surveyed were 17-21 years old, 49.3% of females, mostly freshmen with biological or environmental science background. Most students had normal body mass index (BMI), while 7.1% of them were overweight with BMI ranged from 25.1 to 32.1 kg/m<sup>2</sup>, and 4.3% were underweight with BMI ranged from 15.9 to 17.4 kg/m<sup>2</sup>. A significant part of students reported sufficient level of daily physical activity, 74.8% of male and 56.7% of female students. On the other hand, 25.6% of students smoked and 61.6% consumed alcohol, at least rare. Less than half of students consumed sufficient amount of fruits and vegetables, and milk and dairy products daily. A significant part of students (55.7%) can be classified as food unsecured as during last 6 months before a survey they have been at least once lack of money or concerned about money for their food. Over 70% of students admitted negative effects of the environment on their health. In conclusion, Ukrainian student youth demonstrate better adherence to healthy lifestyle as compared to older generations, but smoking and alcohol consumption are the significant threats to young people health. And, unfortunately, more than half surveyed students can be classified as food unsecured.

## **Ефективність роботи сервісу із допомоги у припиненні тютюнокуріння**

О. Стойка, К. Римаренко, Т.Грузева

Доповідач: к.м.н., Стойка Отто Олександрович, головний лікар

Київський міський центр здоров'я

В Україні 41% курців намагаються кинути курити протягом одного року. Тільки 7% досягають успіху. Обсяги та якість допомоги у припиненні куріння на первинній ланці охорони здоров'я недостатня: лише у 42% курців, які відвідували медичні заклади, лікарі запитували, чи вони курять; пораду припинити курити отримали лише 74% тих, у кого лікарі запитували, чи вони курять. 77% усіх курців (та 60% тих, хто поки що не бажає кидати) вважають створення професійного сервісу з надання допомоги у припиненні куріння потрібним. 17% курців хотіли б скористуватися телефоном гарячої лінії (а це близько 1 млн. 200 тис. осіб). Скористатися розсилкою матеріалів електронною поштою хотіли б 13% курців. Також 27% готові користуватися консультаціями лікаря та 28% консультаціями психолога, але отримували такі професійні консультації лише 2-3% курців. Тому для задоволення потреб у припиненні куріння вперше організований національний Сервіс з надання допомоги у припиненні куріння в Україні. Сервіс організований у рамках проекту ВООЗ в Україні щодо профілактики неінфекційних захворювань за підтримки Міністерства охорони здоров'я України та Швейцарської агенції розвитку. Він базується на кращих практиках та консультаціях міжнародних фахівців, науково обґрунтованих консультаціях. Консультують н гарячій лінії психологи, які пройшли 4-денний тренінг для консультантів за матеріалами ВООЗ. Телефонна лінія організована у поєднанні із сайтом [www.stopsmoking.org.ua](http://www.stopsmoking.org.ua), на якому можна зареєструватися та пройти тестування на куріння, ступень залежності та мотивацію кинути. Сайт та телефонна лінія поєднані CRM системою для швидкого реагування на клієнтів, які вже зареєструвалися на сайті. Можна надавати он-лайн консультації в чаті та розсилку е-поштою. З початку роботи телефонної лінії (20.06-31.07.2017) було прийнято 623 дзвінка, без відповіді лишилися 362 дзвінка. Надано 365 повноцінних консультації, середня їх тривалість складала 6 хв. Консультанти надають послуги відповідно до керівництва ВООЗ щодо телефонного консультування. Серед проконсультованих 83% чоловіків та 17% жінок. Розподіл клієнтів за віком був наступний. Найбільше було клієнтів у віці 50-59 років (21,4%) та 60-69 років (19,1%), найменше – у віці після 80 (0,3%) та до 20 років (1,3%). Разом з тим, варто зазначити, що відсоток молодих людей (20-29 років), які звернулися по допомогу, також був досить значним (11,7%). Значний відсоток клієнтів лінії є

курцями зі значним стажем (понад 40% клієнтів курять більше 30 років) та мають високий рівень нікотинової залежності (понад 80% клієнтів викурюють більше півпачки сигарет на день, а 75% викурюють першу сигарету менше, ніж через 30 хв після пробудження). 85% клієнтів пробували кидати курити, з них 30% пробували кидати принаймні декілька разів, а 5% мали понад 10 спроб. 8% тих, хто кидав вдалося протриматися без куріння лише декілька годин, орієнтовно по 20% мали досвід утримання від одного до кількох днів, від одного до декількох тижнів та від одного до декількох місяців відповідно. 22% змогли протриматися 6 місяців та більше. За результатами проведених консультацій 47% клієнтів встановили дату відмови від куріння, з них 13% також розробили план, 9% клієнтів отримали мотиваційну консультацію (переважно ті, хто на момент дзвінка перебував на стадії роздумів), а 15% отримали інформацію про нікотин-замісну терапію. За результатами проведених консультацій 47% клієнтів встановили дату відмови від куріння, з них 13% також розробили план, 9% клієнтів отримали мотиваційну консультацію (переважно ті, хто на момент дзвінка перебував на стадії роздумів), а 15% отримали інформацію про нікотин-замісну терапію. Серед тих клієнтів, які відповіли на запитання про те, звідки вони дізналися про сервіс з надання допомоги у припиненні куріння (154 клієнти), 61% почули інформацію радіо, 15% побачили по телевізору, 10% - знайшли в Інтернеті. Із соціальних мереж інформацію отримали менше 1% клієнтів. Сервіс знаходить гарний відгук серед пересічних курців. Багато хто дякує консультантам за допомогу і стимулювання у відмові від куріння.

Існування Сервісу має стимулювати медичних працівників надавати інформацію щодо існування цього сервісу та надавати короткі консультації щодо відмови від куріння. Його існування стимулює курців звертатися на телефонну лінію за порадою професійного консультанта та на сайт для самопомоги та самомотивації. Це гарний перший приклад успішної сучасної інтервенції з профілактики неінфекційних захворювань у системі громадського здоров'я України.

### **Психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя в умовах надзвичайних ситуацій**

Гусак Наталія Євгенівна,

PhD., к.с.н., доцент Національний університет "Києво-Могилянська академія"

Надзвичайні ситуації (війни, збройні конфлікти, катастрофи, стихійні лиха, насильство) можуть по-різному впливати на благополуччя людини, сім'ї, громади і суспільства. Всесвітня організація охорони здоров'я пов'язує благополуччя з визначенням здоров'я та психічного здоров'я, коли здоров'я – це «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів», а «психічне здоров'я – це стан благополуччя, за якого кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї громади» (WHO). У ширшому значенні благополуччя передбачає задоволення мінімального рівня семи основних груп потреб: біологічних/фізіологічних, матеріальних, психічних, емоційних, соціальних, культурних і духовних (Williamson, 2006). Внаслідок впливу надзвичайних ситуацій не завжди порушується психічне здоров'я, проте можуть актуалізуватися різні проблеми, зокрема такі: ті, що існували до надзвичайної ситуації (дискримінація, бідність, політичний тиск, психічні розлади, зловживання алкоголем); ті, що виникли внаслідок її впливу (втрата зв'язків між членами родини, втрата роботи, зростання насильства, горе, непатологічний дистрес, депресія, пост-травматичний стресовий розлад); ті, що виникли через надання гуманітарної допомоги (конфлікти між переміщеними особами і місцевою громадою, тривога через брак інформації щодо різних послуг) (IASC Guidelines, 2017). Усі вони в комплексі не дають можливості задовольняти основні потреби і впливають психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя. При цьому, одні люди «витримують тимчасове потрясіння через втрату чи потенційно травматичні події добре, без видимого порушення їхньої здатності функціонування на роботі чи в близьких стосунках» (Bonanno, 2007). Тобто вони відновлюються, використовуючи свої власні стратегії коупінгу, які формує і підтримує зовнішнє середовище. Другим потрібна лише базова підтримка для покращення психічного здоров'я та психосоціального благополуччя. А в третіх з'являються або актуалізуються наявні раніше проблеми з психічним здоров'ям, що потребують спеціалізованої підтримки (MHPSS in Complex Emergencies, 2016). Тому й реагування на переживання надзвичайних ситуацій суттєво відрізнятиметься в кожному окремому випадку. Здійснюючи заходи з метою захисту чи підтримки психосоціального благополуччя і/або попередження чи лікування психічних розладів, необхідно орієнтуватися не на лікування «травми», а застосовувати більш інтегрований підхід, який враховує можливості самопомоги в громади та резилієнс («здатність відносно добре справлятися з важкими ситуаціями, особиста ресурсність» (Bragin, 2014) ). Якщо в першому підході фахівці фокусуються на

травмі, після якої потрібно відновитися, то «резилієнс відображає здатність підтримувати стабільну рівновагу» (Bonanno, 2004), зокрема й у надзвичайних ситуаціях, завдяки своїм сильним сторонам, ресурсам та можливостям. Тобто, визнано той факт, що «населення, яке зазнало впливу надзвичайних ситуацій, має власні здібності, навички, ресурси та можливості. Тому ігнорування цього і фокусування лише на нестачі чогось (наприклад, на психічних розладах) є поширеною помилкою» (MHPSS in Complex Emergencies, 2016). При цьому підхід резилієнс не виключає того, що «люди можуть переживати посттравматичний стресовий розлад чи мати інші проблеми психічного здоров'я, але робота з проблемами психічного здоров'я має відбуватися лише в рамках комплексного надання послуг. До того ж лікування важких розладів, включно з ПТСР, мають забезпечувати підготовлені фахівці». До того ж, численні дослідження довели, що люди швидше відновлюються від впливу надзвичайних ситуацій тоді, коли почуваються в безпеці, мають тісні (родинні) зв'язки, перебувають у спокої; мають доступ до соціальної, фізичної та емоційної підтримки, а також знаходять способи допомогти собі. А основними факторами ризику, що зумовлюють розвиток психічних захворювань, є ті несприятливі умови навколишнього середовища, в які потрапляють люди. Адекватне реагування на соціальні проблеми, пов'язані з навколишнім середовищем, полегшує деякі психологічні проблеми і запобігає розвитку психічних захворювань.

### **Чи така вже нездійсненна соціальна робота в охороні здоров'я України?**

д.п.н., проф. Семигіна Т.В.

Академія праці, соціальних відносин і туризму

Постановка проблеми. В європейських країнах, США, Індії тощо досить поширена практика створення медико-соціальних закладів, формування мультидисциплінарних команд у медичних закладах, підготовка соціальних працівників до «медичної соціальної роботи», а лікарів – до продуктивної співпраці із соціальними працівниками, психологами та іншими членами мультидисциплінарної команди, є стандарти медичної соціальної роботи. В Україні надання медичних та соціальних послуг є відомчо роз'єднаним. У той час як їхні користувачі мають здебільшого комплексні біопсихосоціальні проблеми. Мета та методологія. У цій роботі – на основі аналізу документів,



спостережень та інтерв'ю з керівниками закладів – оглянуто наявний на 2016 рік стан соціальної роботи в охороні здоров'я, а саме: визначено, в яких закладах є посади соціальних працівників і які функції вони виконують, яким чином відбувається співпраця між медичним персоналом та соціальними працівниками. Результати. Проведений аналіз дає підстави для виокремлення таких форм здійснення соціальної роботи в сучасних закладах охорони здоров'я України: 1) запровадження посад соціальних працівників у штаті медичного закладу; 2) офіційна співпраця між закладом охорони здоров'я та державною установою, яка надає соціальні послуги; 3) офіційна співпраця між закладом охорони здоров'я та недержавною організацією, яка надає соціальні послуги; 4) періодичні чи нерегулярні соціальні інтервенції у закладі охорони здоров'я. Є також заклади охорони здоров'я, в яких цілковито відсутні соціальні інтервенції чи будь-яке залучення соціальних працівників. Вона відносно більше розвинута у таких сферах, як протидія епідемії ВІЛ/СНІДу, наркологія, паліативний догляд, сімейне планування та охороні психічного здоров'я. При цьому переважно за участі міжнародних проєктів. Але і в цих закладах найчастіше спостерігається публічно-приватне партнерство. Функції соціальних працівників в закладах охорони здоров'я України варіюються. Попри існування окремих стандартів та протоколів їхні реальні ролі багато в чому зумовлені баченням головних лікарів або іншого медичного персоналу. Частина закладів, що перебувають у відомчому підпорядкуванні Міністерства соціальної політики України, як-от психоневрологічні інтернати, геріатричні заклади тощо, є, за своєю суттю, закладами медичними, що забезпечують постійне перебування клієнтів, їх фізіологічні та біологічні потреби. При цьому в цих закладах, переважно, немає посад соціальних працівників і сучасної соціальної роботи. Ціла низка структурних бар'єрів має бути подолана задля розвитку соціальної роботи в охороні здоров'я, починаючи від впровадження посад соціальних працівників різних рівнів, визначення функцій залежно від різновиду закладу та підготовки відповідних фахівців. Висновки. У цілому соціальна робота в закладах охорони здоров'я України не є поширеною, ґрунтується на публічно-приватному партнерстві та потребує належної інституціоналізації, підготовки як соціальних, так і медичних працівників до роботи у мультидисциплінарних командах.

**Секція «Системи охорони здоров'я та системи надання  
медичної допомоги»**

**Охорона здоров'я дітей на роздоріжжі реформ - проблеми і можливі  
шляхи їх вирішення**

Черешнюк Галина Семенівна, заслужений лікар України

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Мета реформи - створення такої моделі організації медичного обслуговування, яка дозволить поліпшити як здоров'я дорослого, так і дитячого населення на основі рівного і справедливого доступу всіх членів суспільства до необхідних якісних медичних послуг. Одним із ключових елементів реформування являється чітке визначення пріоритетів реформ. Такими пріоритетами мають стати охорона материнства та дитинства. Впровадження загальної практики (ЗП) - сімейної медицини (СМ) потребує від сімейного лікаря (СЛ) кваліфікованого підходу в наданні медичної допомоги дітям. В радянські часи була створена потужна система організації медичної допомоги дітям, особливо у великих містах, що на протязі багатьох років показала свою значимість і безперечну перевагу. Це було пов'язано не лише з потужною матеріально-технічною базою дитячих поліклінік міста, а і забезпеченістю висококваліфікованими кадрами педіатрів і доступністю дитячого населення до якісних медичних послуг. Якщо основні показники здоров'я населення в державі за останні роки погіршились, особливо в питаннях смертності працездатного населення, зростання хронічних неінфекційних та онкологічних захворювань, то смертність немовлят, як основного ключового показника в роботі дитячих амбулаторно-поліклінічних закладів, зменшилась, що обумовлено, швидше за все, вищим рівнем організації роботи дитячих лікувально-профілактичних закладів в порівнянні з організацією медичного обслуговування дорослого населення. З огляду на це, при переході на засади СМ, потрібно змінити підходи як до реформування дитячих амбулаторно-поліклінічних закладів, так і до післядипломного навчання СЛ в цілому. Згідно проекту закону України «Про загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах СМ на період до 2011 року», ми мали збільшити питому вагу послуг ПМСД, що надаються лікарями ЗПСМ на 85-90% у містах. Задаємо запитання - куди подінуться дитячі поліклініки — основні заклади по вихованню здорової дитини, якщо ми об'єднаємо дитячі та

дорослі амбулаторно-поліклінічні заклади, як сталось на прикладі реформування охорони здоров'я в пілотному регіоні при виконанні Закону України №3612-VI від 07.07.2011 р. коли при створенні Центрів ПМСД були ліквідовані дитячі поліклініки? Яка доля педіатричних факультетів вищих навчальних медичних закладів? Для чого готувати 8 років педіатрів, а потім перевчати їх на СЛ? Це не лише економічно не вигідно, це і в стратегічному плані нераціонально, а також це призводить до порушень прав людини. Інші законодавчі документи, згідно яких було проведено реформування в пілотних регіонах України (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та м. Київ) – 2012 – 2014 рр. практично виключали в містах існування дитячих поліклінік, як самостійних закладів, так і в складі багатопрофільних лікарень. На наш погляд, сьогодні, враховуючи всі за і проти, необхідно визначитись, який саме лікар потрібний для первинної ланки: єдиний СЛ для невеликих населених пунктів, де функціонують лікарська амбулаторія, фельдшерсько-акушерський пункт, чи лікар педіатр і сімейний лікар у великих містах? Навчання у вузах потрібно переорієнтувати на підготовку лікарів загальної практики дитячої поліклініки, які будуть працювати в містах, або законодавчо ввести в роботу амбулаторій загальної практики сімейної медицини, окрім посади сімейних лікарів, посади лікарів педіатрів, які за вибором пацієнтів будуть обслуговувати лише дітей. В сільській місцевості можливо потрібно залишити сімейних лікарів, які будуть обслуговувати все населення, незалежно від віку, статі і виду захворювання.

В зв'язку з цим при проведенні реформування галузі на засадах СМ, необхідно передбачити збереження дитячих поліклінік, як основного центру по вихованню здорової дитини у великих містах. Ми залишилися у всьому європейському регіоні лише єдиною державою, котра немає на сьогодні опису власної моделі організації охорони здоров'я! На нашу думку кожна людина має право обрати у якого лікаря лікуватись на первинному рівні: у сімейного, педіатра чи терапевта. Нехай це буде наша власна українська модель, яка відповідатиме потребам дитячого населення і їх батькам.

## **Суб'єктивна оцінка якості амбулаторних послуг в Україні:**

### **погляд споживачів**

Тетяна Степурко<sup>1</sup>, Валентина Ануфрієва<sup>1</sup>, Вікторія Тимошевська<sup>2</sup>

(1) Школа Охорони Здоров'я; Національний Університет «Києво-Могилянська Академія», вул. Сковороди 2, Київ 04655, Україна.

(2) Міжнародний Фонд «Відродження», Київ, Україна.

Ключові слова: якість медичної послуги; Україна; опитування; погляд споживача

Якість – концепція, якій дуже важко підібрати точне визначення. Надавачі послуг в охороні здоров'я зазвичай бачать якість в клінічній ефективності. Споживачі також цінують результат лікування, але фокусуються здебільшого на оцінці «упаковки послуги» - стан закладу, відношення надавача, час очікування. В той самий час, для організаторів охорони здоров'я якість послуги повинна поєднувати обидві перспективи, а для експертів з якості послуг якість розглядається як ступінь, в якій сукупність власних характеристик відповідає сукупності вимог.

В порівнянні з більш розвиненими країнами та їхніми системами охорони здоров'я, пострадянські країни мають труднощі, пов'язані з адекватним фінансуванням закладів охорони здоров'я та послуг. Це, власне, зсуває пріоритети системи з якості та її покращення до виживання та роботи в умовах хронічного недофінансування. Мала кількість досліджень з якості медичних послуг в Східноєвропейському регіоні, особливо щодо поглядів та досвіду споживача послуг, свідчить про недостатню увагу до якості медичних послуг, незважаючи на те, що більшість країн проголошує якість цілком своєї системи.

Таким чином, метою цього дослідження є визначення досвіду та ставлення споживачів медичних послуг до споживання амбулаторної та стаціонарної допомоги в Україні. Дані отримані в результаті репрезентативного (для країни в цілому та кожної області окремо) опитування, яке було проведено в Україні в травні – липні 2016 року. Вибірка має багатоступінчастий рандомізований дизайн (одиниця вибірки – представник домогосподарства). Загалом, 10 000 респондентів брали участь в дослідженні. Досвідчені інтерв'юери на основі структурованого опитувальника (що містив близько 200 питань) проводили особисті інтерв'ю. Вибірка представлено в публікації дослідження включає лише респондентів, які споживали амбулаторні та стаціонарні послуги протягом 12 місяців до опитування: 36% та 15% опитаних відповідно.

Для цілей цього дослідження, ми розуміємо та вимірюємо якість медичних послуг як комбінацію наступних атрибутів: професіоналізм лікарів, ставлення медичного персоналу (лікарів та сестер медичних) до пацієнтів та досвід у відділенні невідкладної допомоги, забезпечення ліками, якість харчування в лікарнях, тощо. Ці атрибути оцінюються споживачами медичних послуг.

Загалом, близько 40% споживачів оцінюють спожиті послуги позитивно. Серед аспектів стаціонарної допомоги, респонденти надають вищі оцінки професіоналізму лікарів (57% - добре / дуже добре, 37% - нормально та 6% -

погано чи дуже погано), доброму ставленню лікарів та медичних сестер до пацієнтів та прийнятті до відділення невідкладної допомоги. Найнижчі бали надані забезпеченню ліками (тільки 17% тих, хто мав досвід госпіталізації оцінив цей аспект, як «добре / дуже добре», 18% - нормально, 66% - погано чи дуже погано), а також якості харчування в лікарнях.

В амбулаторних послугах респонденти оцінили позитивно ставлення лікарів та медичних сестер (як і при госпіталізації) та якість пояснень лікаря щодо призначень: обидва виміри отримали близько 50% відповідей «добре». Найнижчий рівень позитивної оцінки спостерігався у випадку «можливості отримати необхідні діагностичні огляди, лабораторні аналізи та медичні маніпуляції безкоштовно» (погано чи дуже погано - 53%) та «зрозумілі політики оплати за послуги охорони здоров'я».

Оцінювання амбулаторної та стаціонарної допомоги значно варіюються по областях України: більш позитивна відповідь надається споживачами в Тернопільській та Луганській областях (близько 60%), найнижчі бали – в Полтавській, Волинській, Миколаївській областях та місті Києві (близько 20%).

Оцінка якості – дуже важливий інструмент управління в охороні здоров'я. Фахівці з якості медичної допомоги звертають увагу на індикатори, які можуть бути не важливими для споживачів і навпаки, споживач може вважати важливим індикатор, що взагалі не був взятий до уваги професіоналами в охороні здоров'я. Оцінка якості з точки зору споживача послуги дає інформацію для аналізу та подальших рішень, що призводить до задоволення вимог (очікувань) та якості послуг охорони здоров'я.

Подяка. Це дослідження фінансується Міжнародним фондом «Відродження». Емпіричні дані збираються Київським Міжнародним Інститутом Соціології. Ми дякуємо за науковий супровід цього дослідження, що здійснюється Олегом Петренко, Ерікою Річардсон, Іриною Постоловською, Міленою Павлова та Вімом Гроотом. Погляди, що висловлюються в цій публікації є відповідальністю авторів та не обов'язково відображують погляди Міжнародного фонду «Відродження».

## **Впровадження нового Національного переліку основних лікарських засобів в Україні**

Олещук О.М., Піняжко О.Б., Матвєєва О.В., Малишевська Ю.Є., Дудлей М.А.

Піняжко Ореста Богданівна, PhD, к.ф.н., асистент

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Вступ.** В умовах розробки Національної політики забезпечення лікарськими засобами (англ. National Drug Policy) у 2016 році в Україні пріоритетним напрямком є системне впровадження оцінки медичних технологій (ОМТ). ВООЗ рекомендує покласти в основу Національної політики першочергове забезпечення потреб в основних життєво необхідних лікарських засобах (ЛЗ) для систем з обмеженим фінансуванням. Основна частина. У 2016 році прийнято нове Положення про Національний перелік основних лікарських засобів та Експертний комітет (Наказ МОЗ України «Про затвердження Положення про Національний перелік основних лікарських засобів та Положення про експертний комітет з відбору та використання основних лікарських засобів» від 12.02.2016 №84), затверджено його склад (Наказ МОЗ України «Про затвердження складу експертного комітету з відбору та використання основних лікарських засобів» від 08.07.2016 №690). У міжнародній практиці ОМТ використовують для формування переліку основних ЛЗ, тобто базового переліку для вибору, використання, фінансування та реімбурсації ЛЗ, який позиціонується як глобальна концепція ВООЗ. Відбір ЛЗ для включення до Національного переліку основних ЛЗ (НП) на основі ОМТ (Наказ МОЗ України «Про затвердження Положення про здійснення відбору лікарських засобів для внесення до Національного переліку основних лікарських засобів» від 07.10.2016 №1050) актуалізує необхідність обґрунтування та адаптації методик ОМТ в Україні. Сьогодні в Україні чинним є новий НП, затверджений постановою КМУ від 16 березня 2017 року №180. Розробка нового НП здійснена на основі 19-го видання Базового переліку основних ЛЗ ВООЗ, з урахуванням пріоритетності захворювань відповідно до популяційних (епідеміологічних) показників, тягаря хвороб, галузевих, національних державних програм, встановлених соціальних гарантій. До оновленого НП увійшли 377 ЛЗ за МНН, які необхідні для забезпечення першочергових потреб медичної допомоги пацієнтам в закладах охорони здоров'я для лікування за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів. На ЛЗ у НП розповсюджується вимога щодо встановлення граничних постачальницько-збутових та роздрібних надбавок у розмірі 10 та 25% відповідно. Включення нових ЛЗ ґрунтується на основі принципів ОМТ

шляхом подачі заяви, а саме звіту з ОМТ до Експертного комітету, що має відповідати вимогам діючої нормативно-правової бази в Україні. Звіт з ОМТ повинен включати докази порівняльної ефективності (результативності), безпеки та економічної доцільності ЛЗ.

**Висновки.** Отже, для оптимізації фармацевтичного забезпечення в межах наявних фінансових ресурсів в Україні розроблено новий Національний перелік основних лікарських засобів із застосуванням сучасних міжнародних підходів з ОМТ, а саме із врахуванням клінічних, економічних, організаційних, соціально-етичних та правових аспектів використання ЛЗ.

**Адаптація теоретичної моделі преморбідного морального ризику для практичного вивчення економічної ефективності первинної профілактики поліморбідної патології за методами витрати – бенефіти та витрати – ефективність**

Ахмедова А.А., Очередько О.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Питання економічної ефективності витрат на лікування пацієнтів з поліморбідними захворюваннями є важливим на сьогоднішній день. Так, одночасне лікування декількох різних захворювань може бути не результативним не лише в прогностичному плані, але і економічно не ефективним.

Фінансування превентивних заходів є одним з кращих методів ефективного розподілу витрат. Від продуктивності і масштабу превентивних заходів залежить чи буде досягнений очікуваний результат. Оскільки поява в перспективі у пацієнта нового захворювання або випадка загострення хронічного ймовірні, їх можна описати статистичною методологією.

Задля наглядного представлення даної проблеми ми побудували теоретичну модель на прикладі пацієнтів пенсійного віку з гастродуоденітом, що був скомпрометований прийомом ліків від гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця.

Дана теоретична модель створена нами для наближеного опису економічних процесів з використанням невеликої кількості змінних і побудована на економічній теорії преморбідного морального ризику. Побудована теоретична модель виходить на класичний економічний аналіз, який дозволить оцінити основні фактори, які позитивно чи негативно впливають на показники

ефективності. Економічний аналіз дозволить побачити незадіяні резерви покращення проведення превентивних заходів.

При адаптації моделі для практичного застосування, зокрема для ідентифікації моделі, верифікації її структури та ефектів на вибіркових статистичних даних ми перейшли до кількісної безперервної шкали виміру утиліт та розширили концептуальну функцію утиліт, беручи до уваги біологічні та клінічні характеристики пацієнтів. Замість кривих утиліт і бюджетних обмежень для вибору еквілібріуму ми використали концепцію максимізації приросту утиліт на один витрачений долар. Даний підхід передбачає існування морального ризику з перспективи пацієнта, який вірно оцінює приріст утиліт та витрат, що теоретично призводить до неможливості здійснення економічно неефективних витрат. Але з суспільної перспективи моральний ризик обов'язково присутній, наприклад, при здійсненні спів платежів. Оскільки навіть коли поведінка пацієнтів не передбачає отримання вигоди, бідні медичні служби використовують даний тип економічної раціоналізації. Так як висновки дослідження здійснюватимуться як з перспективи пацієнта, так і з ширшої перспективи, дана модифікація є виправданою.

Розглядаючи пацієнта з позиції обраної концепції раціонального агента, можна визначити його поведінку як таку, що направлена на максимізацію очікуваних утиліт за бюджетними обмеженнями та зобразити це у вигляді рівняння, ліва сторона якого виражає маргінальний ефект додаткової одиниці витрат на профілактику, а права – зважену середню маргінальної зміни утиліт за обох станів внаслідок витрат на профілактику. Рівняння описує еквілібріум, який намагається досягти раціональний пацієнт. Якщо ліва сторона переважає праву, пацієнту вигідно збільшити витрати на профілактику. В той час

як переважання правої показує, що пацієнт, як раціональний агент скоротить витрати на профілактику, оскільки маргінальні витрати перевищують маргінальний ефект.

Провівши графічний аналіз поведінки еквілібріуму за розробленою нами теоретичною моделлю, представленого за допомогою кривих утиліт, де вертикальна вісь відображає ліву частину рівняння еквілібріуму а горизонтальна – праву, ми довели лінійність шляху еквілібріуму (equilibrium path), що дозволяє застосувати лінійну модель його дослідження.

Перевагами даного методу є можливість імплементації теоретичної моделі з виходом на практичні методи економічного аналізу: витрати – бенефіти та витрати – ефективність. Проте, модель не ідентифікована для аналізу даних за методом витрати – утиліти.



# **СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ**

## **Determining Equity Risk in Evaluating Healthcare Systems**

Muchene Kevin Kahara, Vinnitsa National Medical University. E. Pirogov

Actuality: The Topic of Healthcare system has been an on-going concern to Most if not all countries. Different sectors interlink in order to make the desired outcome for patients, Physicians, Administrative costs in order to remain a float as services are rendered in the Hospital setting. Medicine being a science, Healthcare a business, Healing as an art. This different entities however play a synergistic role and one cannot do without the other.

Material and methodology: To evaluate different Health care system from reimbursement, Insurance companies to universal Medical cover and finding a common parity in which a healthcare system can be effective to the patient, Physicians are well compensated while the administrative costs are well taken care of so as the whole system remains afloat. This can be achieved effectively if the beauracracy is kept at a minimum alongside educating the members of the public on the benefits of getting a health cover that will serve them regardless of the Premiums and co-pay that comes along.

RESULTS :My area of focus will be interlinking especially the Healthcare Maintenance Organisation (HMO) with the PPO. Evaluating the two systems pros and cons and with this giving a direction in which the healthcare system of a country esp. The developing countries can be able to effectively take care of their population by signing up their citizens in medical cover while still making the administrative cost at a minimum while still being effective.

CONCLUSION: Universal medical cover is possible in the developing countries, we just need to find a common ground.

### **Three dimensional technologies – the new challenge in biomedicine**

Kazakova Maria, PhD, Victoria Sarafian

Medical University of Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria, Department of Medical Biology

innovations in the field of 3D printing and 3D cell culture systems propose their own advantages and disadvantages. The final goal is to decrease healthcare cost and to improve patient care and outcome. In this review we are focused on 3-D cell culture systems as a model in drug investigations and personalized medicine. Cells

are cultivated into 3D spheroids using a scaffold or in a medium suspension. There are several commercially available biological and synthetic-based materials applied to form synthetic scaffolds. In this case, the interactions between cells and extracellular matrix mimic natural shape and microenvironment comprising cells in different level of their development – differentiation, proliferation, cell death and quiescent. Such cellular heterogeneity resembles in vivo tissues, especially in tumors. Multicellular spheroids are extensively used to evaluate therapeutic drugs in cancer research. Recent findings revealed that these cells respond differently compared to flat tissue culture substrates. Several studies demonstrated cancer cells cultured in 3-D models were more resistant against anticancer drugs compared to 2-D cultures. It was suggested that increased drug resistance in 3-D culture was associated with limited diffusion through the spheroid and to hypoxia, processes involved in activation of genes responsible for cell survival and drug response. Analogous event was observed in vivo as well. The diversity in cellular response between 2-D and 3-D cell models is basically due to the fact that many drugs are produced to recognize specific receptors on the cell surface. The expression levels of receptors might be different in both cell culture systems due to the contrast in structure, localization and arrangement of these cell-surface receptors. Either established cancer cell lines or patient-derived primary tumor cells are used in 3-D cultures. The key strength of the second approach is the ability to investigate the same tumor model in both conditions - in vitro and in vivo. Obviously, the value of 3-D cultures in the development of personalized medicine will be determined in the near future. The basic disadvantages of the 3-D techniques are time consuming, high costs and low reproducibility for drug discovery application. Despite the fact that 3-D culture systems have excellent biological properties and provide great variety of applications in cancer, stem cell biology and drug research, much effort is needed to standardize and validate their implementation as model systems in biomedical practice. Medical University of Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria; \*Technological Center for Emergency Medicine, Plovdiv, Bulgaria

### **Вплив впровадження клінічного аудиту: яка роль патологоанатомів та судових медиків у підвищенні якості клінічної діагностики?**

Гаврилюк А.О. (проф.,д.м.н.), Жарлінська Р.Г. (доц.,к.екон.н.), Телегузова О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність: удосконалення сучасних медико-технічних засобів і можливостей, розвиток медичної науки сприяють поліпшенню якості клінічної діагностики та медичної допомоги. Проте багатоманітність проявів різних

захворювань, схожість їх симптоматики, недостатній рівень кваліфікації медичного персоналу та низьке матеріально-технічне і ресурсне забезпечення медичних закладів ускладнюють розпізнавання багатьох нозологічних одиниць, що проявляється в помилкових клінічних діагнозах та елевацією рівня смертності. Проблема діагностичних помилок – одна з найактуальніших у сучасній медицині, оскільки вони загрожують непередбачуваними наслідками, нерідко з трагічним результатом. Тому в сучасних умовах надзвичайно важливими є питання експертної оцінки випадків захворювань і смерті та управління якістю екстреної, первинної, вторинної і третинної медичної допомоги, а також послідовність технологічних підходів у лікувально-діагностичному процесі

Мета: науково обґрунтувати доцільність впровадження клінічного аудиту в практику патологоанатома та судово-медичного експерта. Дослідити кореляцію між рівнем смертності та фреквенцією помилкових клінічних діагнозів. Сформувати дієву та якісну управлінську матрицю клінічного аудиту діяльності патологоанатомів та судово-медичних експертів.

Матеріали та методи: предметом дослідження були теоретичні і методичні аспекти впровадження клінічного аудиту у закладах охорони здоров'я. Інформаційною базою роботи слугували державні нормативні акти, матеріали публікацій вітчизняних і закордонних досліджень з питань клінічного аудиту, матеріали власних досліджень. Для реалізації мети дослідження використано ситуаційний та історичний аналізи, аналіз нормативно-правових документів, метод миттєвих спостережень на рівні окремих суб'єктів медичної практики, абстрактно-логічні узагальнення

Результати: переведення галузі охорони здоров'я на нові умови господарювання вимагає широкого використання результатів патологоанатомічних досліджень як об'єктивного критерію оцінки кінцевих результатів діяльності закладів охорони здоров'я. Важливу роль у підвищенні якості клінічної діагностики відіграє клініко-анатомічний аналіз, особливо у випадках смерті пацієнта, який пропонуємо здійснювати в межах клінічного аудиту. Його завданнями є: 1) співставлення клінічних та патологоанатомічних діагнозів; 2) виявлення діагностичних помилок із встановленням причин їх виникнення; 3) оцінка адекватності методів лікування; 4) правильність ведення медичної документації.

Висновки: патологоанатомічні дослідження померлих в стаціонарах і особливо на дому в умовах медичного страхування є одним з найважливіших об'єктивних методів оцінки якості лікувальної допомоги. Таким чином,

підвищення якості патологоанатомічних досліджень з прижиттєвої і посмертної діагностики та організація ефективного використання цієї інформації - важливе завдання управління медичною допомогою для подальшого підвищення соціальної ролі цієї служби.

### **Вплив стану скелетних м'язів на якість життя хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень**

Побережець В.Л., Демчук Г.В.

Побережець Віталій Леонідович, старший лаборант,

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є поліетіологічним захворюванням із надзвичайно високою поширеністю (за різними даними від нього страждає від 7% до 20% дорослого населення) а згідно ВООЗ до 2020 року посяде 3 місце серед усіх хвороб за рівнем смертності. Етіологічними факторами розвитку ХОЗЛ є: тютюнопаління, забруднення повітря, професійний вплив диму, пилу чи випарів різних хімічних речовин, дефіцит  $\alpha$ 1-антитрипсину та інші. ХОЗЛ часто поєднується з іншими захворюваннями, які називаються коморбідними станами. Доведено, що із прогресуванням захворювання страждає і якість життя пацієнтів. Та досі не відомо про вплив на цей показник такого коморбідного стану як дисфункції скелетних м'язів (ДСМ), хоча за даними останніх досліджень цей стан зустрічається у більш ніж 50% пацієнтів із ХОЗЛ (Vestbo J. et al.). Мета. Встановити вплив прогресування дисфункції скелетних м'язів на якість життя пацієнтів із ХОЗЛ. Методи. Обстежено 70 чоловіків хворих на ХОЗЛ, середній вік ( $60,3 \pm 9,7$ ) років. Хворі належали до груп ХОЗЛ В, С та D. Склад тіла визначався за конституційно-антропометричними даними з використанням біоелектричної імпедансометрії, м'язова сила – за допомогою кистьової динамометрії домінуючої руки, витривалість – за допомогою тесту 6-хвилинної ходи. Оцінювалась функція зовнішнього дихання за показником ОФВ1. Якість життя та її компоненти визначались за допомогою опитувальника госпіталю святого Георгія. Результати. Зростання негативного впливу захворювання на якість життя асоціювалось із зменшенням сили кисті ( $r=-0,31$   $p=0,036$ ), індексу безжирової маси тіла (ІБМТ) ( $r=-0,48$   $p=0,001$ ) та індексу скелетних м'язів (ІСМ) ( $r=-0,51$   $p<0,001$ ). Рівень обмеження фізичної активності негативно

корелював із показником кистьової динамометрії ( $r=-0,36$   $p=0,013$ ), ІБМТ ( $r=-0,37$   $p=0,01$ ), ІСМ ( $r=-0,44$   $p=0,002$ ) та дистанцією тесту 6-хвилинної ходи ( $r=-0,41$   $p=0,001$ ). Було виявлено негативний кореляційний зв'язок між рівнем психологічних проблем у хворих та ІБМТ ( $r=-0,506$   $p<0,001$ ), ІСМ ( $r=-0,49$   $p=0,001$ ). Висновки. Прогресування дисфункції скелетних м'язів у хворих із ХОЗЛ асоціюється із погіршенням якості життя за рахунок зростання рівня обмеження фізичної активності та психологічних проблем у хворих. Шляхом попередження виникнення чи зупинення прогресування вже наявної ДСМ з'являється можливість значно покращити психологічний стан хворих на ХОЗЛ а також усунути обмеження їх фізичної активності, що позитивно вплине на їх якість життя.

### **Досвід впровадження принципів академічної доброчесності у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова**

О.В. Власенко, О.П. Драчук

Доповідач: Драчук Ольга Петрівна, к.м.н., доцент

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Академічна доброчесність є одним із сучасних, необхідних та загальноприйнятих у світі постулатів побудови взаємовідносин в академічному середовищі. Беззаперечним є факт необхідності впровадження норм академічної доброчесності в українських вищих навчальних закладах. Адже це стосується не лише боротьби з плагіатом, а й етики та поваги в академічному та науковому середовищі, протидії корупції тощо. Все це має безпосередній вплив на якість вищої освіти, репутацію та рейтинг ВНЗ, конкурентоспроможність випускників. Тому важливо розповсюджувати та підтримувати принципи академічної доброчесності в університетському середовищі, як в його освітній діяльності так і в науковій. Академічній доброчесності потрібно навчати. Є розуміння, що це має відбуватись на різних рівнях вищої освіти: магістра, доктора філософії, доктора наук, а загалом, починаючи від студента, закінчуючи викладачем вищої школи. Мінімум понять, в яких мають орієнтуватись здобувачі вищої освіти є: академічна доброчесність, плагіат, антиплагіатні програми, інформаційний пошук в базах даних. ВНМУ ім. М.І. Пирогова робить перші кроки на цьому шляху. Майбутні доктори філософії мають змогу ознайомитись з основними постулатами академічної доброчесності, плагіату/антиплагіату, способами пошуку наукової інформації

та базами даних, вивчаючи дисципліну навчального плану «Публікаційна активність та наукометричні бази даних». Викладачі та студенти університету зобов'язані перевіряти праці, які подаються до друку антиплагіатними програмами. Причому відповідальність за перевірку покладена на зав. кафедри та засвідчується експертною комісією ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Нелегким є пошук антиплагіатної програми, яка була б якісно та економічно вигідною у використанні, немає офіційно затвердженої єдиної антиплагіатної програми як стандарту перевірки. Але кроки та пошук на цьому шляху робляться та є розуміння їх необхідності. Адже не за горами закріплення в законодавчій базі понять академічної доброчесності, видів її порушення та методів відповідальності за це. Зазначене урегулює взаємовідносини основних учасників освітньо-наукового процесу із врахуванням принципів доброчесності, моральності, поваги та відповідальності. ВНМУ ім. М.І. Пирогова готовий до включення в процес якісної трансформації вищої медичної освіти на основі передового світового досвіду та інтересів і особливостей українського суспільства із збереженням напрацьованого десятиліттями власного унікального досвіду.

### **Етичні та деонтологічні принципи в педіатрії, як основа доброзичливого ставлення до пацієнта**

Дудник В.М., Мантак Г.І., Андрікевич І.І.

Мантак Галина Іванівна, к.м.н., доцент

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Лікарська етика і медична деонтологія – це вираз високої загальнолюдської гуманності в специфічних умовах професійної діяльності, яких потрібно навчати, показувати приклад власним відношенням до пацієнтів, особливо стосовно педіатрії. Лікар-педіатр є тією особливою професією, суть якої полягає не тільки в діагностиці, лікуванні і профілактиці захворювань у дітей, але, перш за все, в здійсненні контролю за ростом і розвитком дитини, попередженні і ранньому виявленні відхилень від норми даних параметрів. В теперішній час питання медичної етики та деонтології набули особливої гостроти в результаті зміни соціально-економічних умов, кризи охорони здоров'я, чому сприяли залишковий принцип фінансування, низька заробітна плата, поява ринкових відносин в медицині та інші моменти. Особливо тривожно те, що з'являються явища дегуманізації, які полягають у відчуженні

лікаря і пацієнта, обумовлені інтенсивною появою нових дієвих методів інструментального і лабораторного дослідження, терапії і паралельно з цим пониженням значущості безпосереднього фізикального обстеження пацієнта. Безсумнівно, серед медичних працівників були, є і будуть особи, які порушують етичні норми і навіть здійснюють протиправні дії, що, звичайно потрібно викоринювати. Поряд з цим, свідчення про це повинні знаходитись в межах медичного інформаційного поля, не перетинаючи його меж і не попадаючи в загальнодоступні періодичні видання. На жаль, часто існують випадки, коли в погоні за «сенсацією» періодичні видання публікують матеріали, сприяючі зниженню престижу лікарської професії. Представляти, обговорювати проблеми медицини, лікування, яких дійсно немало, на сторінках немедичних видань неприпустимо, так як, окрім всього іншого, вони формують у населення негативне відношення до наукової медицини і тим самим індукують його звернення до різних «цілителів», не маючих медичної освіти. Тим більше, що активізувались сплески містики, окультизму, екстрасенсорики, віри в потойбічні сили та ін., що обумовлює розквіт лженауки. Зазвичай це відбувається в періоди соціальних потрясінь, переоцінки цінностей, для яких характерно падіння промислового процесу, руйнування добре налагодженої системи охорони здоров'я і освіти. Усі ці принципи потрібно доносити до майбутніх лікарів відверто, чесно, з великою добротою та власним прикладом. Гідне виховання студентів по відношенню до своїх пацієнтів необхідно впроваджувати протягом усіх років навчання в медичному ВУЗі, та особливо стосовно до студентів 6 курсу, лікарів-інтернів, які практично постійно знаходяться в лікувальних закладах. В розрізі кожної теми, практичного заняття зі студентами 6 курсу викладачі щоразу стараються впроваджувати етичні принципи відношення до пацієнтів, а при обстеженні дітей з важкими хронічними проблемами, онкологічною патологією деонтологічні аспекти спілкування є надзвичайно необхідними.

### **Здоров'я, а не лікування хвороб - практична реалізація**

Кобилянська Р.М. Ситенок О.І., Павлова Ю.І.

Українська Академія інтегративної медицини, проект "Простір родинного здоров'я"

Простір родинного здоров'я – це унікальний проект, який об'єднав експертів із різних галузей (лікарі, психологи, коучі, стилісти, косметологи) для



просвітницької роботи у сфері громадського здоров'я. Націлений на зміцнення здоров'я нації.

Унікальність його полягає в тому, що кожен з представлених фахівців, за цінність має, насамперед, гармонійне, збалансоване життя людини. Саме тому метою кожного з експертів, як і самого проекту, є взаємодія з учасниками в різних напрямках: фізичне, емоційне та соціальне здоров'я.

В розділі 2, статті 10 Основ Законодавства України про охорону здоров'я вказано, що «громадяни України зобов'язані піклуватися про своє здоров'я». То ж, разом з експертною групою проекту кожен зможе дізнатися, як вірно і відповідально піклуватися про себе та своїх близьких.

Підхід з різних боків до стану людини допомагає рівномірно досягати успіхів у кожній сфері життя та поширювати свої нові навички та вміння серед оточення для ліпшого спілкування, порозуміння та довгого сумісного життя з близькими.

Особливості проекту:

1. Здоров'я людини з різних боків замість фіксації на лікуванні хвороб або боротьбі з недоліками;

2. Відкритий діалог експертів та учасників, практичність матеріалу, який дається на зустрічах;

3. Можливості подальшої співпраці та більш детальної роботи експертів та учасників у форматі індивідуальних чи групових зустрічей;

4. Неформальне спілкування у теплій атмосфері.

Наш проект на початку зорієнтовано на жінок, адже саме з них починається здоров'я та добробут в родині, а потім вже і у всій країні.

Серед тем, які будуть обговорюватись у межах проекту наступні:

- Здоров'я, молодість, довголіття- міф чи реальність?
- Магія голосу і жіночність
- Колір твого життя
- Стратегія втілення мрій
- Жінка та бізнес. Родинні стосунки у бізнесі та багато іншого.

А також робота з косметологом та стилістом, техніки масажу для обличчя, психологічна гра, яка допоможе розпізнати свої слабкі сторони, бонуси та сюрпризи.

Пілотний курс Простору родинного здоров'я стартує 7 жовтня у Києві, а потім розходиться в регіони (сьогодні з нами вже Львів, Одеса, Тернопіль, Маріуполь).

Всі подробиці та інформація про фахівців на сторінках:

Facebook: <https://www.facebook.com/zdoroviiprostir/>

Instagram: <https://www.instagram.com/prostirrodinnogozdorovya/>

### **Інновації наукового супроводу та підготовка фахівців перинатальної допомоги в Україні**

Годованець Ю.Д., к.м.н., асс. Бабінцева А.Г., Годованець О.С.,  
Агафонова Л.В.

Буковинський державний медичний університет

Охорона материнства та дитинства є найбільш важливою складовою в системі охорони здоров'я України, враховуючи особливу значущість формування здорових поколінь – майбутнього потенціалу кожної держави. Суттєву роль в реалізації реформування галузі охорони здоров'я з напрямку надання допомоги матерям та дітям повинно відігравати поєднання зусиль науки та практики на основі консолідації зусиль провідних науковців науково-дослідних інститутів, профільних кафедр медичних університетів, спеціалістів практичної охорони здоров'я, представників інших державних інституцій та професійних асоціацій.

Основними завданнями наукового супроводу перинатальної медицини України є організація, координація та проведення наукових досліджень, спрямованих на вивчення етіопатогенетичних механізмів, клінічного перебігу, діагностики та лікування перинатальної патології; налагодження та підтримка міжнародної наукової співпраці з університетськими клініками та перинатальними центрами інших країн з метою адаптації та наближення клінічних підходів надання допомоги матерям та дітям України до сучасних світових стандартів; організація та впровадження інноваційного менеджменту підготовки кадрів медичного персоналу всіх рівнів перинатальної допомоги; організація санітарно-просвітньої роботи щодо пропаганди здорового способу життя, відповідального батьківства, сучасних технологій перинатальної медицини тощо.

Значні зусилля науковців спрямовані на створення та впровадження у практику охорони здоров'я телекомунікаційної інформаційно-аналітичної системи та допомогу в організації консультування профільними спеціалістами складних випадків в акушерстві та неонатології у телефонному, телемедичному та on-line режимах.

Актуальними завданнями є координація роботи усіх закладів практичної медицини щодо створення єдиної електронної бази даних реєстрації та всебічного аналізу вроджених вад розвитку, тяжких форм перинатальної патології у новонароджених, а також малюків, які народилися передчасно; повторних репродуктивних не вивчення етіопатогеничних механізмів, клінічного перебігу, діагностики та лікування перинатальної патології, розробка вад, автоімунних розладів у вагітних тощо. Це необхідно для впровадження програми катamnестичного спостереження та пролонгованої реабілітації дітей даних груп на базі існуючої системи педіатричних лікувально-профілактичних закладів та закладів сімейної медицини.

Одним з актуальних завдань сьогодення є створення програм та впровадження системи консультативного психологічного супроводу жінок з ускладненнями вагітності, обтяженим репродуктивним анамнезом та перинатальними втратами, а також психологічної допомоги породіллям у випадках народження дітей раніше фізіологічного терміну гестації або з перинатальною патологією.

На етапі сьогодення необхідним є пошук нових інноваційних технологій і методів викладання для підвищення здатності до сприйняття й ефективності засвоєння сучасних перинатальних технологій, гідним місцем серед яких є створення міждисциплінарних симуляційно-тренінгових центрів, що мають у своєму складі висококваліфікованих фахівців з різних галузей медицини (неонатологів, акушерів, дитячих анестезіологів та хірургів, неврологів тощо) і оснащених сучасним високотехнологічним обладнанням.

Рекомендований перелік основних неонатальних симуляційних навчальних тренінгів у перинатальній медицині: первинна реанімація та післяреанімаційна допомога новонародженим; сучасні методи респіраторної підтримки у новонароджених; методи виходжування та надання допомоги дітям з малою та дуже малою масою тіла при народженні; принципи ведення та інтенсивна терапія у новонароджених з перинатальною патологією (жовтяницями, пологовими травмами, гіпоксичними пошкодженнями нервової системи тощо); алгоритм лікарської тактики та невідкладна допомога новонародженим з вродженими вадами розвитку; підготовка та особливості транспортування

новонароджених у критичному стані. Неонатальні тренінги необхідно проводити в інтеграції з акушерськими тренінговими програмами, присвячених принципам надання серцево-легеневої реанімації та допомоги при інших екстрених станах в акушерстві. Важливою складовою є підготовка інструкторів для навчання середнього медичного персоналу (акушерок, дитячих медичних сестер, анестезистів) та залучення останніх у тренінгові семінари щодо командної підготовки до надання висококваліфікованої допомоги вагітним, породіллям та хворим новонародженим дітям.

Важливу роль в організації фахового супроводу спеціалістів перинатальної медицини повинні взяти на себе професійні асоціації, зокрема «Асоціація неонатологів України», «Асоціація акушер-гінекологів України», «Українська асоціація перинатальної медицини», «Українська асоціація репродуктивної медицини». Потреби сьогодення свідчать, що саме асоціації повинні відігравати значну роль у адаптації міжнародних протоколів перинатальної медицини, підготовці та перепідготовці кадрів, бути задіяні в аудиті та експертній оцінці перинатальних центрів, юридичному супроводі перинатальної служби. Саме у межах діяльності професійних перинатальних асоціацій створюються більш широкі можливості для розвитку науки, практики та безперервної медичної освіти шляхом фахового обміну досвідом, проведення інтернет-конференцій та семінарів, тренінгів, навчання на робочому місці, а також організації стажування спеціалістів за кордоном.

Таким чином, впровадження інноваційних технологій в системі підготовки фахівців з перинатальної медицини потребує введення якісно нових елементів науково-педагогічної та лікувальної діяльності, які базуються на принципово-нових науково-педагогічних даних та забезпечують оптимальне та стійке підвищення ефективності підготовки кадрів.

### **Ішемічна хвороба серця: нові біомаркери та мішені для терапії**

Романова В.О., Серкова В.К., Кузьміна Н.В

Романова В.В, аспірант

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

За даними ВООЗ, в Європі серцево-судинні захворювання (ССЗ) обумовлюють 4,3 млн смертей на рік, що становить 48% від загального числа

всіх випадків смерті. В Україні, на жаль, смертність від ССЗ продовжує посідати одне з перших місць в Європі як серед всього, так і працездатного населення. Не дивлячись на сучасні можливості діагностики та лікування таких хворих, рівень смертності від ССЗ в останні роки невпинно підвищується – сьогодні в Україні цей показник: перевищив 1000 на 100 тис. населення; становить близько 68% загальної структури смертності; втричі перевищує рівень смертності у зв'язку з онкологічними, а тим більше й іншими захворюваннями. Важливо, що у структурі причин смерті від ССЗ частка ішемічної хвороби серця (ІХС) у 2015 р. становила 68,9%, усі форми інфаркту міокарда – 2,5%. Так як атеросклероз коронарних артерій є найбільш частою причиною ІХС, прогноз таких пацієнтів залежить, головним чином, від прогресування коронарного атеросклерозу. Саме це визначає необхідність пошуку маркерів дестабілізації та загострення атеросклеротичного процесу, що дозволить поліпшити діагностику і прогнозування перебігу ІХС та розробити заходи профілактики й індивідуалізованого лікування таких хворих. На даний час сформувався уявлення про атеросклероз як мультифакторне захворювання, в основі якого лежать складні порушення біохімічних, імунологічних та молекулярно-генетичних процесів. Численні експериментальні, епідеміологічні та клінічні дослідження не залишають сумнівів щодо впливу порушень ліпідного спектру крові на розвиток атеросклерозу, захворюваність і смертність від ІХС. У той же час, у понад 1/3 пацієнтів з ІХС показники ліпідограми залишаються в межах норми, отже, дослідження рівнів ліпідів крові не є ідеальним маркером виразності та активності атеросклеротичного процесу. В даний час особливого значення набула запальна теорія атерогенезу. Прозапальними і, відповідно, проатерогенними являються С-реактивний протеїн, Е-селектин, ендотоксин, фактор некрозу пухлин- $\alpha$ , інтерлейкіни (ІЛ-1, ІЛ-8, ІЛ-12, ІЛ-18), лейкотрієни та інші. Європейським товариством кардіологів при оцінці серцево-судинного ризику в якості маркерів активності запальної реакції рекомендовано визначати фібриноген і С-реактивний протеїн. Дослідження останніх років переконливо показали важливу і самостійну роль дисфункції ендотелію у розвитку ССЗ. Ендотелій судин є складним паракринним органом, який відіграє важливу роль у судинному гомеостазі. До речовин, які синтезуються і накопичуються в клітинах ендотелію, відносяться вазоконстриктор ендотелін-1, фактор Віллебранда, який виконує прокоагулянтну функцію ендотелію, молекули адгезії, гіперекспресія яких на мембранах ендотеліальних клітин відображає процес активації адгезивної функції ендотелію у відповідь на пошкодження та ін. З сучасних позицій ендотеліальна дисфункція вважається ключовою ланкою

в патогенезі атеросклерозу. Несприятливий вплив практично всіх відомих факторів ризику атеросклерозу реалізується через дисфункцію ендотелію, причому ризик її розвитку підвищується в залежності від збільшення загального числа факторів ризику у пацієнта та їх комбінації. Відомо, що певну роль в розвитку та прогресуванні атеросклерозу та ІХС відіграє надмірна маса тіла, насамперед абдомінальний тип ожиріння. Жирова тканина секретує близько 100 біоактивних пептидів, які отримали назву адипокінів (лептин, резистин, адипонектин, адипсин, ФНП- $\alpha$ , ІЛ-6, вісфатин, апелін та інші). За даними проспективних досліджень, ожиріння є незалежним фактором серцево-судинного ризику, а ступінь виразності коронарного атеросклерозу, частота інфарктів міокарда в осіб з ожирінням в кілька разів вищі, ніж в осіб без нього. Таким чином, мультимаркерне тестування з використанням традиційних і нових біомаркерів, що відображають різні ланки патогенезу атеросклерозу, дозволяє створити більш повне уявлення про індивідуальні особливості кожного випадку ІХС й оптимізувати його лікування.

### **Особливості фізичного здоров'я підлітків, залежно від місця проживання**

к.б.н., доц.. О.Р. Дмитроца, С.Є. Швайко, А.І. Поручинський

Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки

Рівень здоров'я дітей в сучасних умовах має важливе значення, оскільки саме від стану здоров'я підростаючого покоління залежить розвиток країни у майбутньому. Комплексне оцінювання стану здоров'я дитини є інтегрованим показником впливу на її організм позитивних та негативних чинників.

Одним із актуальних завдань медико-біологічних досліджень є кількісна оцінка індивідуального здоров'я дітей шкільного віку, залежно від місця проживання. Як свідчать наукові джерела, існує низка функціональних, морфологічних і рухових особливостей розвитку сільських школярів, порівняно з міськими. Комплексне вивчення фізичного розвитку дітей, які проживають на міській та сільській території Волинської, востаннє проводилось усередині 80-их років. За даними цих досліджень фізичний стан та адаптаційні можливості в учнів сільських шкіл мало відрізнялись, а за окремими показниками відмічено перевищування їх у міських дітей, то сучасні дані вказують на тенденцію погіршення фізичного розвитку учнів із села. Тому, дослідження показників морфологічного та функціонального розвитку школярів слід вважати

надзвичайно важливими науково-практичними завданнями, що ураховують нагальні потреби закладів охорони здоров'я у проведенні адекватної оцінки стану здоров'я дитячого населення Волинської області.

Мета дослідження: виявити особливості стану фізичного здоров'я дітей середнього шкільного віку, котрі проживають на міській та сільській територіях (на прикладі Волинської області).

Дослідження проводили на 200 обстежуваних підліткового віку (12 років), чоловічої та жіночої статей, здорових, праворуких. Усіх обстежуваних розділяли на групи, враховуючи місце проживання: I група – школярі міської зони (100 осіб), II група – школярі сільської зони (100 осіб).

Для оцінки рівня фізичного здоров'я (ФЗ) дітей використовували загальноприйнятну методику експрес-оцінки фізичного здоров'я (Апанасенко, 2000), що включала визначення антропометричних (ріст (см), масу тіла (МТ, кг)) та фізіометричних (динамічну силу (кг), життєву ємність легень (ЖЄЛ, л), артеріальний тиск (АТсист., АТдіаст., мм рт. ст.), частоту серцевих скорочень (ЧСС, уд./хв.) у стані спокою та в умовах дозованого фізичного навантаження (індекс Руф'є, ум. од.)) показників та їх індексів (життєвий, силовий, масо-ростовий індекси, індекс Робінсона). Поточний рівень стану ФЗ визначали за рекомендованою сумарною оцінкою (низький, нижче середнього, середній, вище середнього, високий) визначених індексів, враховуючи стать обстежуваних.

При обробці отриманих даних використовувались методи варіаційної статистики з оцінкою t-критерія Стьюдента.

Аналіз основних антропометричних показників показав їх вищу відповідність до вікових норм для дівчат сільської території (МТ –  $39,66 \pm 0,89$  гк, ріст –  $148,34 \pm 1,72$  см), порівняно з міською (МТ –  $43,22 \pm 0,93$  кг, ріст –  $154,7 \pm 1,76$  см). Хлопці обох груп характеризувалися вищими показниками відносно вікових норм як МТ (I група –  $45,48 \pm 0,95$  кг, II група –  $45,08 \pm 0,94$  кг), так і зросту ( $154,74 \pm 1,76$  см та  $145,56 \pm 1,75$  см відповідно).

За основними фізіометричними показниками встановлено, що достовірно вищими показниками динамічної сили характеризувалися підлітки міської зони (хлопці –  $24,66 \pm 0,7$  кг, дівчата –  $19,42 \pm 0,62$  кг). За показниками ЧСС мали перевагу школярі сільської території, для яких значення частоти пульсу відповідала віковим нормам (хлопці –  $77,14 \pm 1,24$  уд./хв., дівчата –  $75,44 \pm 1,23$  уд./хв.). Показники артеріального тиску достовірно не відрізнялись в межах груп обстежуваних та наближались до вікових норм. За показниками ЖЄЛ

найвищі їх значення зафіксовано у міських хлопців ( $2,08 \pm 0,2$  л) та сільських дівчат ( $2,03 \pm 0,21$  л); достовірних відмінностей за вказаним показником між територіальними групами не виявлено.

Показники індексу Руф'є за усередненими значеннями достовірно не відрізнялись в межах груп обстежуваних (І група: хлопці –  $9,53 \pm 0,12$  ум. од., дівчата –  $9,65 \pm 0,3$  ум. од., II група: хлопці –  $9,04 \pm 0,12$  ум. од., дівчата –  $9,07 \pm 0,3$  ум. од.) та вказував на середній рівень роботи кровообігу при дозованих фізичних навантаженнях. Проте встановлено, що частка обстежуваних із покращеним індексом Руф'є (тобто відповідає доброму та відмінному станам роботи кровообігу) є вищою (від 30 до 32 %) серед сільських підлітків.

На основі антропометричних та фізіометричних показників (та їх індексів), характеризували рівень стану ФЗ обстежуваних, враховуючи місце проживання. Встановлено, що найвищими показниками ФЗ характеризуються діти сільської місцевості (хлопці –  $6,18 \pm 0,81$  ум. од., дівчата –  $8,15 \pm 0,96$  ум. од.), що загалом відповідали «середньому» рівневі ФЗ.

Аналізуючи розподіл школярів за рівнями ФЗ, встановлено, що найвищою часткою обстежуваних із «середнім» рівнем ФЗ характеризувалися сільські обстежувані (хлопці – 12%, дівчата – 38%), порівняно з міськими (хлопці – 6 %, дівчата – 22%). Серед хлопців не виявлено осіб, для яких рівень ФЗ відповідав би «вище середнього» та «високому», не залежно від місця проживання. Дівчата ж характеризувалися достовірно вищими показниками, за якими визначали і покращений стан ФЗ: серед дівчат зафіксовано осіб з «вище середнього» рівнем ФЗ (4 % в кожній територіальній групі). Серед міських підлітків частка осіб зі зниженими показниками фізичного здоров'я є найвищою в обох статевих групах.

Таким чином, встановлено залежність показників фізичного здоров'я від територіальних особливостей: діти сільської місцевості характеризувалися вищими показниками рівня фізичного здоров'я. Дівчата характеризувалися тенденцією до покращених показників фізичного здоров'я, порівняно із хлопцями, не залежно від місця проживання. Серед хлопців вищими показниками ФЗ характеризувалися обстежувані сільської території; в даній групі зафіксовано вищу частку дітей з «середнім рівнем» ФЗ. Дівчата сільської території виявили вищу частку обстежуваних з рівнями ФЗ, що відповідає покращеному стану. Серед дівчат зафіксовано частку осіб з «вище середнього» рівнем здоров'я.



# **Оцінка впливу наявності тофусів на якість життя пацієнтів з хронічною тофусною подагрою та зв'язку з клінічними характеристиками перебігу захворювання**

Станіславчук М.А., Орлова І.В., Гунько І.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** Подагра є найбільш поширеним запальним артритом, що ускладнюється відкладанням депозитів сечової кислоти в тканини. Хронізація процесу та тривалий перебіг захворювання асоціюються зі збільшенням частоти виявлення та кількості тофусів. Більшість досліджень з подагри сфокусовані на оцінці впливу сечової кислоти на різні аспекти перебігу захворювання. Водночас недооціненою залишається роль тофусів як чинників клінічної маніфестації, прогресування захворювання та модифікації якості життя (ЯЖ) хворих.

**Мета:** оцінити наявність зв'язку між кількістю тофусів та ЯЖ пацієнтів з хронічною тофусною подагрою а також з перебігом захворювання.

**Матеріали і методи:** Дослідження проводилося на базі ревматологічного відділення ВОКЛ ім. М.І.Пирогова. В дослідження було включено 31 пацієнта чоловічої статі з тофусною подагрою. Діагноз подагри встановлювався на підставі критеріїв ACR/EULAR 2015 р. Оцінка впливу тофусів на життя пацієнтів проводилася за допомогою опитувальника Torhus Impact Questionnaire (TIQ-20), 20 питань якого стосуються фізичного, психічного та соціального аспекту життя пацієнта. Оцінка ЯЖ проводилася за допомогою опитувальника SF-36, дані якого дозволяють отримати інформацію про фізичне та психологічне здоров'я. Наявність зв'язку між показниками опитника TIQ-20, клінічними характеристиками перебігу захворювання та ЯЖ оцінена за допомогою кореляційного аналізу.

**Результати:** Середній вік обстежених хворих становив ( $M \pm SD$ )  $54,3 \pm 6,5$  із середньою тривалістю захворювання  $12,0 \pm 7,6$  років. Середня кількість уражених суглобів у даної групи пацієнтів склала  $9,9 \pm 4,8$ , кількість тофусів -  $15,0 \pm 20,8$ , кількість загострень за останній рік становила  $4,7 \pm 4,5$ . Середнє значення за опитником TIQ-20 склало  $5,6 \pm 1,3$ . При цьому значення TIQ-20 статистично достовірно корелювало зі шкалами опитника SF-36 рольового емоційного функціонування (RE)  $r = -0,31$ ; ( $p < 0,05$ ), болю (P)  $r = -0,34$ ; ( $p < 0,01$ ), рольового фізичного функціонування (RP)  $r = -0,36$ ; ( $p < 0,01$ ), загального стану здоров'я (GH)  $r = -0,38$ ; ( $p < 0,01$ ). В той час зв'язок зі шкалами фізичного

функціонування (PF)  $r=-0,21$ , життєздатності (VT)  $r=-0,23$ , психічного здоров'я (MH)  $r=-0,24$ , соціального функціонування (SF)  $r=-0,23$  (для всіх  $p>0,05$ ). Встановлено також зв'язок TIQ-20 з тривалістю захворювання ( $r=0,42$ ), кількістю вражених суглобів ( $r=0,59$ ) та кількістю підшкірних тофусів ( $r=0,58$ ) (для всіх  $p<0,01$ ). Не виявлено зв'язку між TIQ-20 та кількістю нападів подагри протягом останнього року ( $p>0,05$ ).

**Висновок:** Кількість тофусів у хворих на подагру асоціюється зі зниженням ЯЖ, більшою мірою впливаючи на фізичний компонент здоров'я, меншою на психологічний та клінічними характеристиками перебігу захворювання.

### **Порівняльна економічна оцінка заходів по підготовці порожнини рота до протезування знімними конструкціями та їх починку у гарантійні терміни користування**

Машейко І.В., Герасимчук П.Г.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра ортопедичної стоматології

**Вступ.** Основними причинами скорочення строків користування знімними зубними протезами є не тільки невиконання лікарських рекомендацій з догляду за порожниною рота та протезами, а також неналежне виконання санаційних заходів щодо підготовки порожнини рота до протезування. Виконані не в повному обсязі санаційні заходи зумовлюють поломку протезів або погіршення їх функціональних характеристик, що вимагає додаткових часових і матеріальних витрат на їх починку.

**Мета дослідження** полягає в порівняльній економічній оцінці витрат на невиконані підготовчі заходи щодо підготовки порожнини рота до протезування традиційними й сучасними знімними зубними протезами, а також заходів щодо починки або повторного протезування через неналежне виконання підготовчих етапів.

**Матеріали і методи.** Спостерігалось 60 пацієнтів (21 чоловік і 39 жінок) у віці від 21 до 65 років, які були обстежені на етапі підготовки до протезування традиційними (перша група – 30 пацієнтів, 42 протези) і сучасними знімними ортопедичними конструкціями (друга група – 30 пацієнтів, 37 протезів), а

також впродовж 12 місяців (період гарантійного строку користування зубними протезами) після завершення протезування.

Для визначення якості проведених підготовчих заходів і економічної доцільності їх розширення були обрані клінічні випадки реабілітації пацієнтів зі знімними зубними протезами, у яких виникли ускладнення протезування в гарантійний термін, що вимагало для їх усунення починки або переробки протезів. Проведений аналіз витрачених на це ресурсів. Підраховані витрати на підготовчі заходи, виконання яких мало запобігти виникненню зазначених ускладнень.

Для аналізу були використані наступні документи: медична карта стоматологічного хворого №043/о, листок щоденного обліку роботи лікаря стоматолога-ортопеда №037-1/о, щоденник обліку роботи лікаря стоматолога-ортопеда №039-4/о, фінансові документи. Порівняльну економічну оцінку ортопедичної реабілітації проводили за результатами розрахунків трудомісткості й матеріалоемності підготовчих заходів і протезування.

Хронометраж робочого години та розрахунок умовних одиниць праці (УОП) проводили згідно наказу МОЗ України «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» від 28.12.2002 №507. Розрахунок вартості медичних послуг проводили згідно наказу МОЗ України «Про затвердження методичних рекомендацій щодо формування діагностично-споріднених груп та визначення вартості медичних послуг на їх основі» від 22.11.2013 №996.

Ускладненнями протезування знімними зубними протезами були: незадовільна фіксація й стабілізація протезів, тріщини й переломи протезів, випадання штучних зубів з базису протеза. У всіх випадках проводилась порівняльна економічна оцінка заходів щодо підготовки порожнини рота до протезування й оцінка заходів щодо починки або переробки протезів.

**Результати.** У гарантійний період користування знімними протезами звернулися 5 пацієнтів з першої групи обстежуваних зі скаргами на погану фіксацію 8 протезів, внаслідок рухливості опорних зубів, використаних для фіксації (3 випадки, 5 часткових знімних протезів). В інших випадках (3 повних знімних протеза) порушення фіксації знімних протезів була зумовлена атрофією тканин протезного ложа після видалення зубів за 1-1,5 місяці до ортопедичної реабілітації.

Усунення цих дефектів протезування в гарантійний термін проводилось безкоштовно. Рухливі зуби видаляли, протези ремонтували або перебазували. Витрати на лікувальні й реставраційні заходи в цих пацієнтів склали 112

хвилин, 5,9 УОП, у грошовому вираженні обсяг виконаної роботи склав 2273,62 гривень. Аналіз обсягу невиконаних заходів щодо підготовки порожнини рота до протезування у цих пацієнтів склав 620 хвилин, 30,5 УОП і 2438,85 гривень. У 2 пацієнтів цієї ж групи виникли переломи 2 протезів: в одному випадку через наявність екзостозів, в іншому випадку – через наявність двох зубів на зрухливістю II ступеню. Витрати на лікувальні й реставраційні заходи у цих пацієнтів склали 40 хвилин, 2,0 УОП і 785,80 гривень. Аналіз обсягу невиконаних заходів щодо підготовки порожнини рота до протезування у цих пацієнтів склав 350 хвилин, 17,5 УОП і 1291,28 гривень.

З другої групи (гнучкі нейлонові й бюгельні протези) звернулося 5 пацієнтів зі скаргами на погану фіксацію 6 протезів. У 2 пацієнтів причиною незадовільної фіксації протезів була II-III ступінь рухливості опорних зубів. В інших випадках (нейлонові протези) незадовільна фіксація протезів зумовлена атрофією тканин протезного ложа після видалення зубів і раннього протезування. Рухливі зуби видаляли й ремонтували або перебазували протези. У 1 пацієнта виконали ремонт нейлонового протеза через випадіння штучного зуба. Витрати на лікувальні й реставраційні заходи в цих пацієнтів склали 290 хвилин, 14,5 УОП і 5820,43 гривень. Аналіз обсягу невиконаних заходів щодо підготовки порожнини рота до протезування, у цих пацієнтів склав 440 хвилин, 22,5 УОП і 2268,62 гривень.

**Висновки.** Проведена порівняльна економічна оцінка підготовчих заходів і витрат на починку або переробку знімних протезів через неналежну підготовку порожнини рота до зубного протезування, показала:

1. Виникнення ускладнень у гарантійний термін і наступне їх усунення вимагає додаткових витрат робочого часу лікарів-стоматологів різного профілю й зубних техніків.

2. При виготовленні традиційних протезів необґрунтоване розширення обсягу підготовчих етапів у зв'язку з порівняльністю витрат на усунення наслідків неналежного виконання санаційних заходів.

3. При виготовленні бюгельних і гнучких нейлонових протезів рекомендовано проводити санаційні й підготовчі заходи в повному обсязі з урахуванням клінічної ситуації й прогнозу можливих ускладнень.

4. У всіх клінічних випадках приступати до ортопедичної реабілітації не раніше ніж через 2 місяці після видалення зубів або виготовляти тимчасові знімні конструкції на період формування протезного ложа.

## Профілактичне використання лікарських рослин в контексті громадського здоров'я

Гейко Леся

Національний університет "Києво-могилянська Академія"

За визначенням ВООЗ, здоров'я це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Тобто це – комплексне визначення. Сучасна медицина спрямована переважно на подолання симптомів захворювання, а не на лікування організму загалом. Для позитивного результату варто обирати комплексні заходи.

Часто лікарі не роблять повне обстеження організму та призначають місцеве лікування. Наприклад, пацієнт може скаржитися на депресію, і йому призначають антидепресанти, а проблема полягає у зашлакованості шлунку, мало рухливому способі життя, дефіциті окремих поживних речовин, відсутності необхідної кількості сонця та свіжого повітря. Тому політика охорони здоров'я може рухатися в напрямку комплексного підходу зміцнення здоров'я на державному рівні.

Чи не єдиним доступним та ефективним методом для поліпшення ситуації є комплексні профілактичні заходи. Профілактика не зможе одразу подолати всі наявні проблеми здоров'я населення. Проте це значний крок. На мою думку, пріоритетною зміною є масове використання лікарських рослин у побутовій життєдіяльності в цілях зміцнення громадського здоров'я.

Чимало лікарських культур ростуть в Україні. Вони можуть бути використаними для даної програми. Перевагою проекту все сьогодні є різноманітна сировинна база та наявність дослідницьких центрів. Проблематичним, є те, що дослідницькі центри, які підпорядковуються Національній Академії Наук часто існують на маргінесі реальних суспільних змін. Тому необхідним є підвищення фінансування роботи вчених, технологічних потужностей лабораторій та надання грантів для розвитку проектів спрямованих на вивчення та застосування лікарських рослин у побутової життєдіяльності.

Передусім переосмислення значення лікарських рослин є важливим для сучасної медицини та фармацевтики. Тривалий час фітотерапія мала репутацію малоефективно та архаїчного засобу лікування. Але все ж, в силу багатьох

обставин в 1993 році Національний Інститут Здоров'я в США відкрив свій департамент альтернативної

медицини [3]. Особливо сьогодні несприятливого впливу хімічних речовин, детермінує застосування лікарських культур. Полтавщина, де з середини XVII століття існувала традиція вирощування багатьох лікарських рослин [4], має потенціал стати одним із провідних центрів розвитку та вивчення фітотерапевтичних підходів у Європі. Варто додати, що подібні рекреаційні та дослідницькі заклади сьогодні користуються все більшим попитом.

Важливим етапом даної програми також є підвищення кваліфікації лікарів у галузі сучасної фітотерапії. Такі фахівці змогли б надавати якісні консультації відповідно до вжитку окремих лікарських культур у раціоні пацієнта. В глобальному значенні, основою здоров'я залишається реформація харчової індустрії та впровадження лікарських культур у повсякденний вжиток населення України.

Екологічні продукти харчування, компонентами, яких є лікарські рослини мають потенціал заповнити полиці супермаркетів та зміцнити здоров'я чималій кількості українців. Такими продуктами, для прикладу, могли б стати:

- Олії з додаванням лікарських рослин;
- напої з екстрактами трав (у форматі холодного чаю “Nestea”);
- хлібо-булочні вироби з лікарськими рослинами ( хліб з горіховою шкарлупою на прикладі Туреччини);
- лікувальний мед з травами, прополіс;
- тонізуючі напої на прикладі настою ефедри, елеутероку ( як альтернатива “Red Bull”, “Burn”) ( Нон стоп, берн і т.Д);
- збільшення частки прямих рослин у традиційних стравах та ін.;

В профілактичних заходах важливим є комплексний підхід. Для підвищення рівня громадського здоров'я цінним є лімітування кількості не якісної промислової їжі, в тому числі дріжжевих продуктів і м'яса. На макросоціальному рівні програма стосується агрополітики України. Доцільним є урізноманітнення галузі лікарськими культурами.

Харчова індустрія сьогодні є однією з найпроблематичніших сфер сучасної економіки, медицини та охорони здоров'я. Також вживання великої кількості крохмалистих продуктів, особливо картоплі, зашлаковує організм та блокує засвоєння поживних речовин. Агрополітика потребує впровадження

аналогічних та корисніших білкових культур бобів, арахісу, гороху, фундук та ін.

Стійке зростання людської популяції стало причиною застосування синтетичних додатків задля забезпечення потреб населення. Зайве говорити, що така ситуація детермінує послаблення імунітету, викликає онкологічні захворювання та є особливо небезпечною для дітей. У сучасній культурі “швидкої їжі” проблематичним є ігнорування лікарських рослин, які є необхідними компонентами адекватного харчування. Пряні рослини та зелені листові овочі нормалізують здоров'я людини, проте часто вони є недоступними, особливо для мешканців великих міст.

Переосмислення та більш глибоке розуміння можливостей лікарських рослин сьогодні є поворотним для сучасної охорони здоров'я. Використання лікарських культур на макросоціальному рівні має потенціал змінити концепцію здоров'я. Мислення в рамках традиційної медицини та нормативності хімічної промисловості сьогодні загрожує якісній та продуктивній життєдіяльності людей. Проте, можливою є альтернативна, вільна від хвороб організація охорони здоров'я [6]. Прогресивним та актуальним в даному значенні є використання лікарських культур.

## Література

1. Кастельс М. Информационная эпоха: экономика, общество и культура / Мануэль Кастельс. – Москва: ГУ-ВШЭ, 2000. – 606 с.
2. Лехан В., Рудый В., Ричардсон Э. Украина. Обзор системы здравоохранения. // Системы здравоохранения: время перемен, 12(8). – 2009. Режим доступу: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/152849/e94973R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/152849/e94973R.pdf).
3. Craig J Winston. Health-promoting properties of common herbs // The American Journal of Clinical Nutrition 1999 Sep;70(3 Suppl):491S-499S.
4. Глущенко Л.А., Устименко О.В., Традиції вирощування лікарських рослин на Лубенщині. // Перспективні напрямки наукових досліджень лікарських та ефірологічних культур. Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених. Березоточа, 4 -5 червня 2015 року. – Лубни, 2015. – С. 22.
5. Куцик Т.П. Перспективи застосування лікарської сировини в різних галузях харчової індустрії. // Перспективні напрямки наукових досліджень

лікарських та ефірологічних культур. Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених. Березоточа, 4 -5 червня 2015 року. – Лубни, 2015. – С. 122

6. Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of science*, 44(4), 542-573.

### **Фактори ризику бронхіоліту у дітей раннього віку**

Годованюк Анна Юріївна, студентка

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** Бронхіоліт – це гостре генералізоване обструктивне захворювання дистальних відділів дихальних шляхів. Це найбільш тяжкий клінічний варіант обструктивного бронхіту, частіше хворіють діти у віці 2-6 місяців життя. Найбільш частою причиною виникнення бронхіоліту є вірусна інфекція. У 60-85% випадків це захворювання викликає респіраторно-синцитіальних вірус (РС-вірус), рідше вірус парагрипу (частіше 3 типи), цитомегаловірус, аденовірус, мікоплазма, хламідії. Описані випадки з бронхіолітом після кору, вітряної віспи, коклюшу. Крім цього, ранній дитячий вік характеризується недосконалістю імунологічних механізмів: значно знижене утворення інтерферону у верхніх дихальних шляхах, сироваткового імуноглобуліну А, секреторного імуноглобуліну А, знижена також функціональна активність Т-системи імунітету. Серед факторів навколишнього середовища, які призводять до розвитку бронхіоліту, особливо важливе значення надається пасивному курінню в сім'ї. Під впливом тютюнового диму відбувається перебудова функції бронхіальних слизових залоз, порушується процес очищення слизової оболонки бронхів за рахунок роботи війок (мукоциліарний кліренс), сповільнюється просування слизу. Пасивне куріння сприяє деструкції епітелію бронхів. Особливо вразливими в цьому плані вважаються діти 1-го року життя.

**Мета:** Встановити фактори ризику виникнення бронхіоліту у дітей раннього віку.

**Матеріали та методи:** Було проведено ретроспективне дослідження 55 дітей з встановленим діагнозом бронхіоліт, які знаходились на стаціонарному лікуванні у ВОДКЛ. Результати: Середній гестаційний вік дітей склав 38,9 тижнів (36-41 тиждень, 95% ДІ), лише одна дитина була народжена в гестаційному віці 30 тижнів. Середня маса тіла при народженні склала 3399



грам (2950-3680 грам, 95% ДІ), одна дитина була народжена з вагою 970 грам. Активне чи пасивне паління спостерігалось у 28 сім'ях (47%). Також було визначено, що в 22 сім'ях (40%) проживало більше однієї дитини. Грудне молоко після 6 місяців отримували 7 дітей (13%).

**Висновки:** Основними факторами ризику бронхіоліту були штучне вигодовування, пасивне паління та кількість дітей в сім'ї. Факторами, які не впливали на виникнення бронхіоліту, були гестаційний вік та маса тіла при народженні.

# **ЗАОЧНА УЧАСТЬ**

## Використання моделі виживання з фракцією нечутливих для опису процесу формування спазму акомодатії у школярів м. Вінниці

Старинець М.О., Очередько О.М.

Старинець Марина, аспірант,

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Є багато свідчень генетичної детермінованості спазму акомодатії (СА), а отже, наявності школярів, які мало чутливі або взагалі не чутливі до розвитку СА. Неврахування наявності фракції нечутливих серед контролю та основної групи призводить до зміщених (в сторону зменшення за модулем) оцінок ефектів факторів, зокрема ефекту профілактичних програм. Для дослідження зміщень в оцінках внаслідок існування латентних фракцій пізньої чутливості ми застосували модель з фракцією нечутливих (*cureratemodel*) до розвитку СА дітей (Ibrahmetal., 2001, HerringandIbrahim, 2002, Sinhaetal, 2003, Cooneretal., 2006)

Для інкорпорації фракції нечутливих ми використали оригінальний підхід, розроблений Ченом (Chenetal., 1999), за яким вся вибірка розподіляється за латентними групами «вродженого» ризику до розвитку СА ( $G_0, \dots, G_K$ ), які розподілені на вибірці за законом Пуассона з середнім значенням розподілу  $\theta$  і латентними проміжками часу ( $T_0, \dots, T_K$ ) реалізації ризиків в подію (виникнення СА). Передбачається, що  $T_0, \dots, T_K$  мають однаковий розподіл  $F(t)$ , пов'язаний з функцією виживання  $S(t)$  як  $F(t) = 1 - S(t)$ . Безпосередній час події (рік чи клас реєстрації СА) є мінімальним з  $T_0, \dots, T_K$ . Якщо це група  $G_0$ , дитина не чутлива до розвитку СА. Користуючись розподілом Пуассона композитна функція виживання представлена як:

$$\begin{aligned} S^*(t_i) &= \Pr(G_i = 0) + \Pr(T_{i1} > t_i, \dots, T_{iG_i} > t_i \mid G_i > 1), \\ &= \exp(-\theta) + \sum_{k=1}^{\infty} S(t)_k \cdot \frac{\theta^k}{k!} \exp(-\theta), \\ &= \exp(-\theta + \theta S(t)) = \exp(-\theta F(t)) \end{aligned}$$

Відповідно композитна функція ризику

$$h^*(t_i) = \theta f(t_i)$$

Таким чином, логарифм функції правдоподібності моделі з фракцією нечутливих виглядає як:

$$\log(L) = \sum_{i=1}^N \left[ d(t)_i \log(f^*(t)_i) + (1 - d(t)_i) \log S^*(t)_i \right]$$

з композитною функцією розподілу часу виникнення СА:

$$f^*(t)_i = h^*(t)_i \cdot S^*(t-1)_i$$

та індикаторною змінною  $d(t)_i=1$  при розвитку міопії на момент часу  $t$ , та  $d(t)_i=0$  при право-цензурованому проміжку.

Вивчення розподілу часу розвитку СА на когорті 1013 школярів шкільм. Вінниці показало його унімодальний характер з вираженою модою, що приходиться на перший рік спостереження. Така форма розподілу зручно описується лог-логістичною (log-logistic) та серповидною (sickle) моделями відповідно до назв щільностей розподілів в основі моделей (Bennett, 1983; Bruderland Diekmann, 1995; Diekmann and Mitter, 1983). Обидва розподіли мають схожу форму і однакову кількість параметрів із співзвучним значенням. Ми використали лог-логістичний розподіл. В проєкції моделі виживання ми маємо аналітично задати функцію ризику, що типowo позначається  $h(t)$ , і функцію виживання  $S(t)$ . За лог-логістичного розподілу ці функції виражені як:

$$h(t) = \lambda \kappa t^{\kappa-1} [1 + \lambda t^{\kappa}]^{-1}$$

$$S(t) = [1 + \lambda t^{\kappa}]^{-1}$$

$t$  - часовий проміжок;

$\kappa$  - параметр форми розподілу;

$\lambda$  - середнє значення розподілу.

На цих виразах зупинимось детальніше, так як це важливо для наступної інтерпретації результатів. По-перше, функція ризику вказує на вірогідність виникнення СА та міопії в момент  $t$ , тоді як функція виживання оцінює вірогідність дожити до момента часу  $t$  без виникнення цих подій. По-друге, очевидний нелінійний характер змін цих функцій в часі з наявним піком. По-третє, вивчення ефектів факторів ризику ( $\beta$ ) зручно здійснювати через їх вплив на середнє (очікуване) значення розподілу  $\lambda$ .

Результати співставили з базовою моделлю виживаності, яка не враховувала гетерогенність за фракціями. Інформативності моделей співставлялися за коефіцієнтом девіації ( $Dv$ ) очікуваних і спостережених проміжків. Останній

отримується як від'ємне подвоєне значення суми логарифмів індивідуальних оцінок правдоподібності.

Розрахунок параметрів моделей здійснювався в середовищі пакету WinBUGS версії 1.4. Попередня підготовка даних, а також дослідження конвергенції в ланцюгах Маркова здійснена в середовищі математичної аналітичної системи R версії 3.4.0 на основі пакетів R2WinBUGS та CODA.

З результатів слід відмітити відсутність фракції нечутливих, так як відповідний параметр Nonsensitives має апостеріорний розподіл з фактично нульовою медіаною (0,4%) з інтервалом [0%; 2,3%] за моделі (2) і медіаною 0% та інтервалом [0%; 1,5%] за моделі (3). Більш того, не має кластеризації ризику, що передбачено моделлю (2), а саме за якою вся вибірка розподіляється за латентними групами «врожденного» ризику до розвитку СА ( $G_0, \dots, G_K$ ). Дані не підтверджують такої групової сегрегації чутливості. Саме тому і інформативність моделі з включенням фракції нечутливих не покращилась порівняно з такою базовою – параметр  $D_V$  мав відповідно значення 866,3 та 867,3.

Оцінки ефектів коваріат (основною була участь у програмі профілактики СА) співпадали за моделями.

Таким чином, наші дані не підтвердили наявності нечутливих до розвитку СА школярів. Включення латентних кластерів гетерогенних за чутливістю до СА є надлишковим.

## **Сучасні аспекти контролю за якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я**

Комар О.М., Головчанська С.Є

Головчанська Світлана Євгеніївна, к.м.н., доцент

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Одним з найважливіших пріоритетів будь-якої системи охорони здоров'я є якість надання медичної допомоги. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа національної політики в сфері охорони здоров'я. У багатьох країнах прийняті і діють програми забезпечення якості медичної допомоги. Проблеми управління і оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню є одним з найважливіших для будь-

якої системи охорони здоров'я [1, 2]. Науковець З.О. Надюк зазначає, що у багатьох країнах світу оцінка якості медичних послуг стала однією з основних цілей удосконалення системи охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів. В умовах ринкової економіки проблема якості тісно пов'язана з доступністю та вартістю медичних послуг. Оцінка якості та доступності медичної допомоги, через певну специфіку проблеми, торкається інтересів багатьох державних, суспільних, приватних та інших організацій, а також окремих громадян. Якість та цілком залежна від неї результативність діяльності медичних організацій амбулаторного рівня – ключове питання в управлінні охороною здоров'я. І якщо проблемам якості медичної допомоги в останні роки приділяється все більше уваги, то результативність діяльності медичних закладів, як правило, залишається «поза кадром» [3]. За даними літературних джерел, 80% населення України вважають, що за останні 5 років ситуація в системі охорони здоров'я не змінилася або погіршилася і поширення даного питання в засобах масової інформації, утворення різноманітних правозахисних організацій в сфері охорони здоров'я свідчить про незадовільний стан вітчизняної системи охорони здоров'я, у зв'язку з чим, зростаючу соціальну напругу та незадоволеність населення. На сьогоднішній день, надзвичайно важливими є питання якості управління медичною допомогою, яке складається з трьох основних видів діяльності: створення якості, поліпшення якості та контроль рівня якості. Сюди входять усі види діяльності, спрямовані на створення системи забезпечення якості, підвищення якості існуючої системи охорони здоров'я, нагляд за якістю (розробка стандартів, аудит, система моніторингу, самооцінка, зворотній зв'язок, дії менеджменту, оцінювання якості, процес змін) [4]. Внутрішній (відомчий) чи адміністративний контроль за якістю медичної допомоги здійснюється особами, причетними до надання медичної допомоги. Він проводиться посадовими особами лікувально-профілактичних закладів, клініко-експертними комісіями і головними спеціалістами усіх рівнів системи охорони здоров'я. Метою здійснення відомчого контролю якості медичної допомоги є забезпечення прав пацієнтів на отримання медичної допомоги необхідного обсягу і належної якості на основі оптимального використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів, досконалих медичних технологій, а головне попередження можливих порушень у діяльності медичного закладу, що здатні вплинути на якість допомоги. Практика свідчить про недостатню ефективність зазначеного виду організації контролю якості медичної допомоги. Так, громадяни у відповідності із Законом України «Про звернення громадян», Інструкції з діловодства за зверненням громадян в МОЗ, мають право звертатися до зазначених органів контролю та на розгляд і реагування у

встановленому законом порядку. Проте даний спосіб захисту не здобув визнання серед пацієнтів. За даними соціологічного опитування «Визначення громадської думки, як інструмент моніторингу дотримання прав пацієнтів» лише кожен п'ятий респондент, чії права були порушені намагався реалізувати своє право на оскарження, важливо, що більшість постраждалих набули негативного досвіду у захисті свого права: вони отримали формальні відповіді на свої скарги (50%), які неодноразово поверталися від інстанції до інстанції (43%) або взагалі залишалися без відповіді (34%) [1]. У зв'язку з чим маємо зазначити, що відсутній чіткий процесуальний порядок організації та проведення перевірок, а також контроль за усуненням виявлених недоліків. У зв'язку з вищеперерахованими недоліками системи, доцільним є запровадження незалежних контрольних інституцій на місцевому рівні, в повноваження яких буде входити здійснення перевірки якості надання медичної допомоги, в тому числі за скаргами громадян та у інших випадках, що мають передбачатися законодавством. Література: 1. Літинська Я.Г. Деякі аспекти впровадження та вдосконалення форм контролю за якістю надання медичної допомоги // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської практичної конференції 17-18.04.2008, м. Львів. С. 149-154. 2. Чабан О., Бойко О. Формулювання засад для розроблення методики оцінювання якості медичних послуг 3. Михайлова Ю.В., Иванов И.В. Экспертные методы при выборе показателей для независимой оценки качества медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь // Вестник Росздравнадзора. - №4. – 2016. - С. – 74-77. 4. Фломін Ю.В. Управління якістю медичної допомоги як важливий аспект менеджменту в охороні здоров'я // Україна. Здоров'я нації. – 2012. - №4 (24). С. 101-106.

### **Досвід викладання курсу історії медицини на кафедрі соціальної медицини та організації охорони здоров'я**

Задорожнюк О.В., Пилипчук В.Л., Паламар І.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Метою роботи є визначення необхідності вивчення, основних напрямків, методів педагогічної роботи зі студентами під час вивчення історії медицини в

умовах кредитно-трансферної технології навчання на кафедрі соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

Важливими завданнями підготовки лікарів є забезпечення якісної освіти, особистісної орієнтації, формування логічного мислення, професійної самосвідомості.

Необхідність вивчення предмету передбачає виховання майбутнього лікаря. Знання передумов виникнення та основних етапів розвитку світової та вітчизняної медицини сприяє формуванню наукового мислення та етики студентів, морального вигляду лікаря на прикладі видатних діячів медицини розширює їх соціальний, медичний і загальнокультурний кругозір; формує високий рівень вмотивованості отримання знань як умову подальшого професійного успіху.

Німецький філософ Гегель вважав, що «без історії предмету немає теорії предмету», адже медицина у всі часи свого розвитку ґрунтувалась на певних теоретичних постулатах, на основі яких пропонувались практичні заходи щодо поліпшення здоров'я людей. Знання історії також допомагає уникнути помилок попередників.

У навчальній роботі зі студентами на кафедрі використовуються всі види навчальної діяльності: лекції, практичні роботи, семінари, індивідуальна та самостійна робота. Та найбільш цікавим і плідним є заняття на базі Національного музею-садиби М.І.Пирогова. Не зважаючи на те, що суттєво було скорочено аудиторну кількість годин викладання предмету (із десяти практичних залишилось лише п'ять), це заняття залишили, так як відвідування музею – це традиція, яка довгий час практикується на кафедрі. Це є важливим виховним моментом, особливо для студентів першого курсу, які лише починають свій шлях у медицині. Саме відвідування музею, де їм сповна розкривається життєвий шлях та досягнення великого хірурга та вченого, стає стимулом для глибокого вивчення медицини та застосування набутих знань у майбутній професії.

Ураховуючи великий внесок М.І. Пирогова у світову та вітчизняну науку, а також значну роль музею-садиби у вивченні і збереженні історії України, музей М.І. Пирогова відноситься до найважливіших об'єктів культурної спадщини України і занесений до Державного реєстру пам'яток історії та архітектури національного значення. Його меморіальний парк є пам'яткою садово-паркового мистецтва.

В особі Пирогова доля поєднала два великих таланти - лікаря і педагога. Багато сил він віддав справі освіти, надаючи величезне значення зв'язку школи



з життям. "У моїй педагогічній діяльності, - підкреслював учений, - я переважно піклувався про узгодження школи з життям, про свободу наукового розслідування, про збудження тих, хто учить і вчиться пошани до людської гідності та істини".

М.І. Пирогов створив першу на Поділлі сільську лікарню, яку багато хто заслужено називав клінікою, збудував аптеку. На багатьох його рецептах зустрічалася позначка "для бідного". Ліки за такими рецептами відпускалися в пироговській аптеці безкоштовно.

На підставі глибокого вивчення життя і особистого досвіду М.І. Пирогов зробив надзвичайно важливі соціально-гігієнічні узагальнення і ставив питання про роль і місце держави в попередженні хвороб. Оскільки одних медичних зусиль для цього недостатньо, необхідна була докорінна зміна умов життя народу. Ці його твердження не втратили актуальності і в наш час.

Саме приклад життя і діяльності М.І.Пирогова дає студентам можливість глибоко усвідомити свій вибраний професійний шлях, серйозність та відповідальність професії лікаря, при цьому залишаючись на все життя людиною. Тому що як казав М.І.Пирогов: «Істинний предмет вчення полягає в приготуванні людини бути людиною». І це реальні слова, так як все своє життя він, в першу чергу, був Людиною.

### **Фінансування здоров'я як чинник людського розвитку в Україні**

Гернего Ю.О. к.е.н., доцент кафедри інвестиційної діяльності ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана»

В умовах динамічних змін сучасного суспільства для забезпечення підтримки існуючих позицій та підвищення конкурентоспроможності національної економіки на міжнародних ринках неодмінною умовою є всебічне стимулювання людського розвитку в країні. Адже, на сьогодні забезпечення високих темпів соціально-економічного зростання можливе лише за умови стимулювання сфер охорони здоров'я, освіти та культури, розвитку інтелектуального потенціалу, вирішення проблем гендерної диференціації, нерівності та підвищення рівня життя, що у сумі становить стимулювання людського розвитку. Водночас, з огляду на достатньо комплексну структуру людського розвитку, існує потреба диференціацію механізмів та інструментарію підтримки окремих складових людського розвитку.

Оскільки, на сьогодні, в Україні національними пріоритетами визначаються не лише вирішення завдань економічної спрямованості, але й розвиток соціальної компоненти, вагомого значення набувають питання фінансування та посилення тенденцій людського розвитку. Це зумовлює потребу збільшення обсягів фінансування ключових складових людського розвитку та реформування механізму їх фінансового забезпечення.

Згідно із дослідженнями міжнародних організацій про стан людського розвитку у 2016 році спостерігаємо, що, незважаючи на те, що Україна залишилася серед країн із високим рівнем людського розвитку та поліпшила окремі індикатори, пов'язані із тривалістю навчання, наша країна дещо втратила свої позиції у рейтингу людського розвитку. Так, у 2016 році індекс людського розвитку в Україні склав 0,743. Це 84-те місце серед 188 країн, натомість у 2015 році наша країна посідала 81-ше місце [1]. Негативний аспект змін певним чином зумовлений недоліками, які існують у сфері охорони здоров'я.

З огляду на те, що в основі прогресивних змін та якісних удосконалень в контексті людського розвитку, знаходиться людина, а її інтелектуальний розвиток та націленість на підвищення рівня життя багато в чому залежать від фізичної складової, яка визначається здоров'ям людини. Тому, однією із базисних запорок людського розвитку в нашій країні є структурне реформування системи фінансування здоров'я в Україні.

Традиційно, основним джерелом фінансування сфери охорони здоров'я є фінансові ресурси державного бюджету. У розвинених країнах, витрати на охорону здоров'я з розрахунку на душу населення ростуть щорічно в середньому на 4%. Проте, частина ВВП, що витрачається на такі потреби, наприклад, у Франції та Німеччині становить понад 10 %, а в США досягає близько 15 % [2]. Крім того, у Німеччині та Нідерландах понад 60% усіх видатків на потреби охорони здоров'я фінансується за рахунок відрахувань із заробітної плати, а в Австрії, Люксембурзі та Бельгії – менше половини. Тобто, навіть для розвинених країн все ще залишається актуальним питання диверсифікації джерел фінансування охорони здоров'я.

В Україні у 2017 році планові видатки державного бюджету, які призначені для підтримки сфери охорони здоров'я, дещо зросли. Проте, вони все одно продовжують складати незначну частину ВВП. У структурі видатків на охорону здоров'я спостерігаємо їх розподіл на видатки державного та місцевих бюджетів. На рівні держави визначаються загальні пріоритети фінансування

охорони здоров'я, натомість на регіональному рівні фінансуються конкретні заходи поліпшення у даній сфері.

У ряді країн для залучення фінансових ресурсів у сферу охорони здоров'я використовуються системи специфічних податків та зборів. Наприклад, у Австралії – це збір для вугледобувних компаній, у Габоні – це податок на грошові перекази та акцизний податок на тютюнові вироби та алкогольні напої, у Пакистані застосовується податок на фармкомпанії [3].

Також досить цікавим є досвід сусідніх країн Європи. Так, досвід Чехії ґрунтується на диверсифікації ризиків фінансування охорони здоров'я між державою, корпораціями та фізичними особами. Зокрема, держава платить внески за 53% населення. Натомість, усі економічно-активні громадяни підтримують власне здоров'я за рахунок страхових внесків [4]. У сусідній Польщі досить розвиненою є система фінансування охорони здоров'я на регіональному рівні. Зокрема, державні адміністрації на рівні воєводств забезпечують ведення реєстру закладів охорони здоров'я на підпорядкованій території, рекомендаційні оцінки рішень органів територіального самоврядування щодо ліквідації або реорганізації громадських закладів охорони здоров'я [5].

З огляду на потребу підтримки високого рівня людського розвитку в Україні, вважаємо за доцільне внести окремі трансформації у систему фінансування здоров'я:

- створити умови для кореляції цілей сфери фінансування охорони здоров'я на рівні держави та регіону (міжрегіональні форуми, конференції, симпозіуми);
- залучення альтернативних фінансових ресурсів (формування корпоративних фондів, цільові краудфандинг платформи);
- переглянути структуру державного фінансування охорони здоров'я в частині збільшення видатків на профілактичні заходи.

Адже, здоров'я є базисом для подальшого удосконалення інших складових людського розвитку.

## Література

1. UN, Human Development for Everyone. Briefing note for countries on the 2016 Human Development Report. Human Development Report 2016, 2016.
2. Левчук Н.М. Проблеми фінансування охорони здоров'я в Україні. Людський розвиток [Електронний ресурс] / Н. М. Левчук. – Режим доступу : //

<http://dspace.nbuu.gov.ua/bitstream/handle/123456789/8931/07-Levchyk.pdf?sequence=1>

3. Global Health Observatory Data Repository, Health expenditure ratios, by WHO Region, 2013 European Region; <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOEUR?lang=en>

4. Медичне страхування в Чехії – «оксамитовий» сезон. Медична газета України «Ваше здоров'я. Газета МОЗ України і галузевої профспілки. – 2013 / [Електронний ресурс] – Режим доступу : // <http://www.vz.kiev.ua/medichne-straxuvannya-v-chexii%D1%97-oksamitovij-sezon>

5. Green Paper. Improving Mental Health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union / European Commission, Health&Consumer Protection Directorate-General. – Brussels. – 484 с

## **Основні фактори розвитку інфраструктури ринку медичних послуг**

Шомникова Анастасія Вікторівна

Державна навчально-наукова установа “Академія фінансового управління”

Інфраструктура ринку медичних послуг являє собою впорядковану систему. Згідно з теорією систем, будь-яка з них зазнає впливу певних детермінант, які визначають спрямованість розвитку як системи в цілому, так і її елементів або груп елементів, зокрема. Відтак інфраструктура ринку медичних послуг, будучи складною системою, також підпорядкована впливу ряду детермінант (факторів).

Аналіз економічних і спеціальних медичних наукових джерел дає змогу виокремити два головні підходи до розуміння факторів розвитку ринку медичних послуг :

1-й підхід: Ринок медичних послуг вважається частиною національного ринку, на який поширюється дія визначених факторів.

2-й підхід: Цей ринок розглядається окремо від інших ринків з урахуванням його специфіки.

Усі фактори, що впливають на ринок медичних послуг, умовно можна поділити на дві великі групи:

– зовнішні (екзогенні): географічне місцезнаходження регіону, зовнішня політика, міжнародний розподіл праці, рівень цін на міжнародному ринку та в різних країнах тощо. Справляють вплив шляхом демографічно-соціальних, технологічних змін, транспортної інфраструктури та безпеки медичного обслуговування, економічного і фінансового розвитку, відмінностей у політичному і правовому регулюванні;

– внутрішні (ендогенні): економічна ситуація у країні, внутрішня політика країни, політична стабільність, суспільний лад. Справляють вплив через формування попиту і пропозиції медичних послуг на внутрішньому ринку, можливостей отримання пільг та знижок на медичні послуги за рахунок держави й громадських організацій.

Розвиток ринку медичних послуг (поряд з іншими ринками різних сфер послуг) зазнає впливу загальноекономічних факторів та фундаментальних закономірностей розвитку національного ринкового господарства. Основні групи факторів, які справляють вплив на розвиток ринку медичних послуг:

– економічні – загальний стан економічного розвитку, фінансова політика, валютний курс, інституційні зміни, ступінь сформованості ринку;

– соціально-демографічні – розподіл та розміщення населення, сформованість системи розселення, демографічні тенденції, зміни на ринку робочої сили, рівень доходів населення, рівень безробіття;

– науково-технічні – інвестиційно-інноваційна діяльність, зрушення у фундаментальній науці; зміни у технологіях, техніці, технологічних укладах;

– ринково-конкурентні – формування регіональних ринків, виникнення товарних потоків, переорієнтація конкурентних сил, зміна цін загалом і на товарних ринках, зміна режимів господарювання, конкурентоспроможність.

Однак варто зауважити, що економічні й ринково-конкурентні фактори доволі тісно пов'язані між собою і їх складно чітко розмежувати. Швидше за все, ринково-конкурентні фактори можна розглядати як наслідки впливу економічних чинників. Доцільно розглянути поділ усіх факторів на внутрішні та зовнішні. До внутрішніх можна віднести: вплив конкуренції, динаміку розвитку ринку медикаментів, логістику медичних послуг, цінову політику тощо, а до зовнішніх – усі соціально-економічні й науково-технічні фактори.

Можна припустити, що вплив наведених чинників здійснюється за рахунок того, що інфраструктурні послуги (постачання ліків і устаткування, технічне обслуговування, підготовка медичних кадрів, підвищення кваліфікації

персоналу тощо) забезпечують виробництво медичних послуг через використання інфраструктурних товарів (медичне обладнання та апаратура, медичний інструмент, перев'язувальні матеріали), трудових, грошових та інформаційних ресурсів, а також регулюють функціонування медичного ринку.

Доцільно доповнити перелік чинниками, які негативно впливають на розвиток ринку: брак інформації про медичне обслуговування (недостання висвітлень у засобах масової інформації), економічна незацікавленість суб'єктів охорони здоров'я у розвитку медичного обслуговування (державні медичні заклади не орієнтовані на прибуток, а тому не зацікавлені у розширенні спектру медичних послуг та зростанні обсягів медичного обслуговування), слабкий розвиток інфраструктури медичного страхування (відсутність на ринку України широкоформатних державних медичних програм страхування, присутність лише локальних приватних страхових пакетів, що пропонуються приватними страховиками), незначний потенціал формування попиту на послуги приватної медицини (низька платоспроможність населення призводить до зниження попиту на ряд профілактичних та оздоровчо-лікувальних послуг). Брак інформації про медичне обслуговування спричиняє асиметрію у сфері пропозиції та попиту на ринку медичних послуг, у зв'язку із чим на ньому формуються незаповнені ніші. Наприклад, відсутність системних маркетингових досліджень у медичній галузі для виявлення справжніх вподобань споживачів медичних послуг (вибір медичного закладу, вибір лікаря, вибір спектру медичних послуг) суттєво уповільнює розвиток медичної галузі. Вагомою проблемою залишається дефіцит державного фінансування медичної галузі. Низький рівень платоспроможності населення не дає змоги активно розвивати приватну сферу медичних послуг в Україні, яка потребує високоякісного обладнання та гідної оплати праці кваліфікованого персоналу.

Аналіз економічної і спеціальної (медичної) літератури дає змогу виокремити два головні підходи до розуміння факторів розвитку ринку медичних послуг. У рамках першого розглядаються загальні чинники розвитку ринку. При цьому ринок медичних послуг вважається частиною національного ринку, на який поширюється дія означених факторів. У межах другого підходу розглядаються специфічні чинники розвитку ринку медичних послуг, тобто цей ринок досліджується окремо від інших ринків, ураховується його специфіка. Проведений аналіз наукових підходів до визначення та класифікації детермінант розвитку інфраструктури ринку медичних послуг, дає можливість визначити напрями їх удосконалення, враховуючи низку критеріїв та допомагає чіткіше визначати й аналізувати фактори розвитку ринку медичних послуг в Україні.

## Соціально-економічні аспекти впливу освіти на здоров'я працездатних громадян

к.е.н., доц. Заюков І. В., Кобилянський О. В.

Вінницький національний технічний університет

Актуальність дослідження пов'язана з тим, що за роки незалежності посилились негативні тенденції знецінення капіталу здоров'я, особливо працездатної частини населення. Так, за даними Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України ризик померти для громадян України у віці до 60 років становить 40%, тоді як в Швейцарії він в п'ять разів менший і становить – 8% [1]. Головною причиною високого рівня захворюваності, смертності та низької тривалості життя в Україні, є низька мотивація громадян України щодо самозбереження і формування капіталу здоров'я. Отже, з метою вирішення наведеної вище проблеми, потрібно стимулювати населення до дотримання елементарних гігієнічних правил та норм ведення здорового способу життя, вчасного виявлення фізіологічних і душевних проблем, рекреації, безпечної життєдіяльності. Реалізація наведених вище заходів можлива за умови максимального врахування освітньої складової самозбереження здоров'я населення, що дозволить досягти стратегічної мети збереження та зміцнення здоров'я українського народу та стати джерелом людського розвитку.

Метою тези є дослідження теоретичних аспектів впливу освіти на здоров'я працездатних громадян України як стратегічного пріоритету в формуванні їх самозбережувальної поведінки на основі принципів валеології.

На здоров'я громадян впливає безліч факторів, які можна систематизувати наступним чином: демографічні, нормативно-правові, соціально-психологічні, технічні, організаційні, природні, побутові, соціально-економічні, екологічні та ін. Всі вони мають на нього потужний вплив, але як показує досвід розвинених країн, зокрема країн-членів ЄС, для суттєвого покращення здоров'я українців у сучасних умовах потрібно суттєво покращити соціально-економічні фактори (соціально-економічний стан, матеріальне забезпечення, рівень культури, освіти, якість і рівень життя). При цьому велике значення має особиста поведінка кожної людини, яка направлена на самозбереження здоров'я.

В наукових дослідженнях доведено, що існує чітка залежність стану здоров'я від рівня освіти [2–4]. Зокрема, дослідник Левчук Н. пов'язує освіту не тільки з можливістю більшого заробітку, але й з підвищенням самооцінки та

впевненості в собі [2, с. 18]. В дослідженні, здійсненому під керівництвом акад. Лібанової Е. доведено, що кожен рік додаткового навчання збільшує тривалість життя, а смертність серед осіб з вищою освітою нижча, ніж з середньою [3]. А дослідниця Ідрісова Н. В звертає увагу на такі особливості людей з більш високим рівнем освіти: вони менше палять, в міру вживають алкогольні напої, мають близьку до нормативної вагу, частіше звертаються до лікарів, краще відносяться до власного здоров'я, ефективно керують своїми емоціями і, відповідно, довше живуть [4, с. 133].

Результати цих досліджень враховані в Указі Президента України «Про національну доктрину розвитку освіти», де освіта визначена як основа розвитку особистості, що відтворює та нарощує інтелектуальний, духовний і економічний потенціал суспільства, у тому числі через реалізацію концепції пропаганди здорового способу життя. Адже, освіта не тільки позитивно впливає на матеріальний добробут людини, але й сприяє використанню сучасних інформаційних технологій, які забезпечують широкий доступ до інформації у сфері безпеки, самозбереження здоров'я, сучасних медичних технологій тощо.

Крім того, загальновідомим фактом є те, що людина з вищим освітнім рівнем краще оцінює загальнолюдські цінності, у тому числі й цінність здоров'я. Важливо відмітити, що з підвищенням рівня освіти зменшується питома вага осіб з інвалідністю, адже, працівники з середньою та вищою освітою травмуються рідше, ніж працівники з низьким рівнем освіти, а працездатність і кваліфікацію частіше зберігають інваліди, які підвищили в процесі роботи рівень кваліфікації.

Дослідження впливу освітньої складової самозбереження здоров'я працездатного населення неможливе без врахування досягнень педагогічної валеології, яка зорієнтована на те, щоб мотивувати людину (учня, слухача, працівника) стати носієм ідеї здоров'я як основного життєвого пріоритету [5]. Крім того, педагогічна валеологія має стимулювати людину до постійного самовдосконалення та самоосвіти впродовж всього життя. Застосування валеології в системі освіти, зокрема у вищих навчальних закладах, дозволить сформувати у майбутніх фахівців ті компетенції з самозбереження, які сприятимуть протягом усього життя зменшенню кількості та важкості захворювань, зокрема серцево-судинних, ендокринних, онкологічних та інших; підвищенню рівня рухової активності; посиленню контролю за своїми вчинками та звичками, зокрема, це стосується шкідливих звичок; формуванню логічного мислення, у тому числі це стосується вибору життєвої поведінки (на



виробництві та в побуті); ефективній протидії стресам, депресіям; покращенню в цілому рівня та якості життя громадян, особливо працездатним.

## Література

1. Офіційний сайт Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України. Ризик для українця померти у віці до 60 років – 40%... – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.idss.org.ua/>.

2. Левчук Н. М. Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні / Н. М. Левчук // Демографія та соціальна політика. – 2007. – №. 1 – С. 12–27.

3. Смертність населення України у трудоактивному віці: монографія / Під ред. Е. М. Лібанової. – К : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 211 с.

4. Ідрісова Н. Вплив соціально-економічних факторів на здоров'я та здоровий спосіб життя. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis\\_64.exe?](http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe?).

5. Кобилянський О. В. Педагогічні та соціально-економічні аспекти самозбереження здоров'я зайнятого населення України / О. В. Кобилянський, І. В. Заюков // Педагогіка безпеки. – 2016. – № 1. – С. 59–66.

## Відомості про авторів

Кобилянський Олександр Володимирович – доктор педагогічних наук, професор, e-mail: [jen4u@mail.ru](mailto:jen4u@mail.ru), завідувач кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки безпеки Вінницького національного технічного університету.

Заюков Іван Вікторович – кандидат економічних наук, доцент, e-mail: [Zivan@i.ua](mailto:Zivan@i.ua), доцент кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки безпеки Вінницького національного технічного університету

## **Особливості підготовки керівників сфери охорони здоров'я в сучасних умовах**

к.м.н. Васюк Н.О., Савіна Т.В. (аспірант)

Національна академія державного управління при Президентіві України

В сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я, економічної нестабільності й зростаючого впливу ринкових умов господарювання на діяльність закладів охорони здоров'я, питання ефективного управління ними при забезпеченні достатнього рівня задоволення потреб населення медичними послугами та збереженні і підвищенні їх якості і доступності стають все складнішими. За цих умов все більше зростає роль ефективного керівництва, управлінської компетенції керівників в сфері охорони здоров'я [1].

Сьогодні перед більшістю країн світу постали значні проблеми у сфері охорони здоров'я, що пов'язані з демографічними і епідеміологічними зрушеннями, посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають. Саме тому експерти Європейського регіону ВООЗ закликають керівництва країн до запровадження державних програм щодо покращення здоров'я населення та доступності медичних послуг.

Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, фахівці ВООЗ визначають одними з основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку, зокрема [2]:

- зміни демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.);

- зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я;

- виражена неоднорідність в географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медсестер; дисбаланс фахівців - загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.);

- відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах охорони здоров'я;

- недосконала і ненадійна інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів охорони здоров'я.

Стратегія сталого розвитку "Україна – 2020" передбачає в рамках названих чотирьох векторів руху реалізацію 62 реформ та програм розвитку держави, зокрема й реформу системи охорони здоров'я: створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всієї громадян

України на рівні розвинутих європейських держав; підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я [3].

Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників “Випуск 78 Охорона здоров'я”, затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117 та погоджено Міністерством праці та соціальної політики України, до розділу “Керівники” включає: керівників лікувально-профілактичних закладів; керівників основних підрозділів охорони здоров'я; керівників виробничих підрозділів у побутовому обслуговуванні, діяльність яких проходить у сфері надання медичної допомоги а також визначає компетенції керівних кадрів у сфері охорони здоров'я, зокрема, розділ “Завдання та обов'язки”, що подає опис основних завдань та обов'язків, властивих для певної професії; розділ “Повинен знати” визначає обсяг необхідних знань професійного характеру залежно від професійних завдань та обов'язків; у розділі “Кваліфікаційні вимоги” визначено освітньо-кваліфікаційний рівень працівника, напрям і спеціальність підготовки, підвищення кваліфікації, стаж роботи [4].

Таким чином, у сучасних умовах функціонування сфери охорони здоров'я змінюється роль керівника, а також зростають вимоги до управлінських посад системи охорони здоров'я та до компетенцій керівників, які повинні володіти широким спектром знань, вмінь та навичок, необхідних для впровадження й управління змінами, а також здатними вирішувати сучасні актуальні завдання з реформування системи охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях.

На нашу думку, необхідно внести зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників “Випуск 78 Охорона здоров'я” в частині включення таких посад як “Менеджер в охороні здоров'я” та визначенні компетенцій до керівних посад в охороні здоров'я.

Вважаємо, що необхідно доповнити Постанову Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти” спеціальністю “Менеджмент в охороні здоров'я”.

#### Список використаних джерел

1. Огнєв В. А. Підвищення кваліфікації керівників сфери охорони здоров'я як один із напрямів зростання їх управлінської компетентності / В. А. Огнєв, В. В. Вюн, І. А. Чухно // Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку : матеріали доповідей IV науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 3 листопада 2015 р. – Харків, 2015. – С. 181-183.

2. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/hrh/en/>

3. Про Стратегію сталого розвитку “Україна – 2020”: Указ Президента України від 12.01.2015 № 5/2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>

4. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників “Випуск 78 Охорона здоров'я” : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117 [Електронний ресурс]. – режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20020329\\_117.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20020329_117.html)

### **Використання геоінформаційних технологій в медицині**

Долинна О.В., Долинний В.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ДНВП «Геосистема»

Геоінформаційні системи (ГІС) – це системи призначені для збирання, зберігання, аналізу та візуалізації просторових даних. Вперше географічний аналіз було проведено лікарем Джоном Сноу, який в 1954 році з метою визначення джерела розповсюдження інфекції наніс на карту випадки смерті від холери. ГІС використовуються у всіх сферах людської діяльності пов'язаної з територією та об'єктами розташованими на ній, відіграють вагомую роль в процесі прийняття рішень при управлінні об'єктами з територіально розподіленими ресурсами. На сьогодні таким інформаційним системам знайшли застосування в сфері охорони здоров'я, картографії, сільському господарстві, нафтодобувній промисловості, будівництві, лісогосподарстві, сейсмології.

Сучасний темп науково-технічного прогресу та розвитку медицини обумовлює необхідність міжгалузевих розробок, які дозволять систематизувати та комплексно оцінити інформацію в процесі планування організації медичної допомоги різним категоріям населення. Системний підхід у використанні інформації під час аналізу геопросторових даних дозволяє виявити і пояснити певні взаємозв'язки між явищами. Наприклад, випадки масових гострих шлунково-кишкових отруєнь в районі розташування певного закладу громадського харчування або підвищення рівня захворюваності в екологічно забруднених районах.

Аналіз даних з використанням геоінформаційних технологій допоможе у вирішенні таких завдань, як оптимальне розташування основних структурних підрозділів системи охорони здоров'я, раціонального територіального розподілу людських та матеріально-технічних ресурсів, доступності послуг, оцінка та управління факторами ризику, планування профілактичних заходів в районах з високою захворюваністю, ефективний контроль диспансеризації. Створення багатовимірних моделей з нанесенням на карту декількох шарів даних, дозволяє аналізувати різні параметри об'єкта та обґрунтовано планувати лікувально-профілактичні заходи, оптимальне територіальне розташування закладів охорони здоров'я (лікарень, санаторіїв, реабілітаційних центрів), проводити моніторинг стану здоров'я населення та якості надання медичних послуг. Особливо перспективним є використання можливостей ГІС у сфері громадського здоров'я.

Протягом 2016-2017 років геопросторові дані почали широко використовуватись з метою розвитку реабілітаційної допомоги в Україні. У рамках кампанії «Цифрове перетворення України» компанія Google надала експертну допомогу у розробці інтерактивної мапи реабілітаційних закладів [МОЗ України, 2017]. Для багатьох великих населених пунктів створено мапу доступності міста для маломобільних груп населення.

Можливості ГІС не обмежуються цим переліком. Розвиток геоінформаційних технологій та їх інтеграція в інші сфери людської діяльності призведе до розширення спектру можливостей і завдань, які стоять перед ними.

## **Гендерні особливості захворюваності та поширеності хвороб дорослого населення України**

Крапівіна А.А.

КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства" Житомирської обласної ради

Ключові слова: захворюваність, поширеність хвороб, чоловіки, жінки, гендерні особливості

Загально визнаним є факт, що стан здоров'я чоловіків та жінок є різним. Однак при дослідженні відмінностей ключовим питанням залишається визначення їх природи. Для пояснення цього феномену використовують біомедичний та соціокультурний концептуальні підходи.

З точки зору першого, відмінності стану здоров'я зумовлені анатомо-фізіологічними особливостями. Такий підхід використовують для пояснення більшої тривалості життя жінок порівняно з чоловіками, що обумовлено кращими адаптаційними можливостями жіночого організму. Проте неможливість повністю пояснити відмінності стану здоров'я чоловіків та жінок їх біологічними особливостями спонукали звернутись до іншого підходу – соціокультурного. Відповідно до якого, відмінності у здоров'ї залежать від поведінкових та психосоціальних факторів, які можуть мати неоднаковий вплив на здоров'я чоловіків і жінок та призводити до різних ризиків для здоров'я. Створені у суспільстві норми поведінки для чоловіків та жінок призводять до різних способів визнання і прийняття факту захворювання та відмінностей у зверненні за медичною допомогою і використанні медичних послуг. Жінки частіше, ніж чоловіки, використовують профілактичні та діагностичні послуги. Тоді як чоловіки більш активно звертаються за невідкладною або екстреною медичною допомогою. В той же час чоловіки та жінки, що знаходяться в однакових соціальних умовах можуть по-різному реагувати на одні й ті ж самі чинники, що впливають на здоров'я.

Наразі складно виділити частку впливу кожного з факторів «статі» чи «гендеру» для оцінки міри їх впливу на стан здоров'я. В той же час на думку зарубіжних дослідників ( Macintyre S. (1996), Krieger N. (2003), Ostrovska A. (2010), Mckinlay K.(2012), Keleher H. (2013)) різниця стану здоров'я чоловіків та жінок, зумовлена не просто гендерними (соціальними) особливостями та біологічними відмінностями, а їх поєднанням.

Метою дослідження стало вивчення гендерних особливостей показників захворюваності та показників поширеності хвороб серед дорослого населення впродовж 2008-2015 рр. за даними Державного комітету статистики України.

Результати дослідження.

Впродовж 2008-2015 рр. спостерігалась позитивна тенденція до зниження рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед чоловіків та серед жінок 18 років і старше. Наразі в 2015 р. показник захворюваності зменшився у чоловіків на 15,8% ( $p \leq 0,01$ ) з 50646,4 у 2008р. до 42639,6 на 100 тисяч дорослого населення, тоді як у жінок – на 12,5% ( $p \leq 0,01$ ) з 61131,9 в 2008 р. до 53519,2 на 100 тисяч відповідного населення. Однак, за період дослідження на тлі

позитивної щорічної динаміки було зафіксовано приріст показників захворюваності у чоловіків та у жінок в 2009р. та 2015 р. В 2009 р. темп приросту склав у чоловіків 2,2% та 0,3% у жінок. Водночас в 2015 р. зростання показника захворюваності у обох статей склало менше 1%.

В структурі захворюваності провідним класом хвороб у чоловіків та у жінок були хвороби органів дихання, частка яких в 2015 р. склала 33,35% і 29,96% відповідно. Другу позицію у чоловіків займали травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (11,40%), а у жінок – хвороби сечостатевої системи (12,96%). Третя позиція належала хворобам системи кровообігу, частка яких становила 10,97% для чоловіків та 10,06 % для жінок. На четвертій позиції у чоловічого населення були хвороби шкіри та підшкірної клітковини (7,00%), тоді як у жіночого – хвороби ока та придаткового апарату (6,05%). П'яте місце у чоловіків займали хвороби кістково-м'язової системи (6,6%), а у жінок – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,76%).

Щодо поширеності хвороб в 2015 р. загальноукраїнський показник поширеності усіх хвороб серед жінок склав 190202,8 на 100 тис. дорослого населення та 146391,8 серед чоловіків, а темп зниження – 3,78% ( $p \leq 0,05$ ) та 7,19% ( $p \leq 0,05$ ) відповідно. Динаміка показників поширеності хвороб для кожної статі характеризувалась певними особливостями. Наразі серед чоловіків її рівні зростали до 2010 р. включно з подальшим щорічним зниженням протягом 2011-2014 рр. та підвищенням у 2015 р. Так темп приросту проти попередніх років склав 1,19% в 2009 р.; 0,31% в 2010 р. та 1,15 % в 2015 р. Тоді як в 2011 р. показник поширеності усіх хвороб зменшився 0,22% ; в 2012 р. – 1,01%; в 2013 р. – 0,48% та 8,03% в 2014р. Щодо динаміки рівнів загальної захворюваності усіма хворобами серед жінок виявлено, що впродовж 2009-2013 рр. та 2015 р. зафіксовано приріст показника та його зниження на 8,57% в 2014 р. Наразі темп зростання порівняно з попередніми роками склав в 2009 р. 1,90%; в 2010 р. – 1,04%; в 2011 р. – 0,84% ; в 2013 р. – 0,57%; в 2015 р. – 0,80%

Структура поширеності хвороб за статтю відрізняється від структури захворюваності як у чоловіків, так і у жінок. Хоча в ній існують певні особливості, перші 3 класи (хвороби системи кровообігу, дихання та органів травлення) є аналогічними для обох статей. У 2015 р. більше ніж третину усіх випадків захворювань у чоловіків і у жінок зумовили хвороби системи кровообігу (37,51% та 37,28% відповідно). Частка хвороб органів дихання склала 13,81% і 11,82%, а хвороб травної системи – 11,32% і 10,22% відповідно.

Оцінюючи гендерні особливості рівнів захворюваності та поширеності хвороб, зафіксоване їх перевищення серед жінок як в цілому (1,2-1,3 рази

( $p \leq 0,05$ )), так і за більшістю класів хвороб. За підсумками 2015 р. найбільша різниця показника захворюваності (4,37 разу ( $p \leq 0,01$ )) спостерігалась для хвороб сечостатевої системи. Тоді як показники загальної захворюваності для хвороб крові та кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму 3,09 разу ( $p \leq 0,01$ ) та хвороб сечостатевої системи – в 2,94 разу ( $p \leq 0,01$ );

Проте показники захворюваності та поширеності травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин і розладів психіки та поведінки вищі серед чоловіків.

Результати проведеного дослідження свідчать, про існування гендерних розбіжностей стану здоров'я, що повинно бути враховане при плануванні програм в галузі охорони здоров'я.

### **Перспективи впровадження просвітницької роботи лікарів-анестезіологів із населенням**

Чебанов К.О., Баранов І.В., Новіков С.П., Фролов К.Б.

"Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня №4" ДОР

Комунальний заклад «Дніпропетровська міська багатoproфільна клінічна лікарня №4» Дніпропетровської обласної ради» працює з 1990 року, та надає якісну, кваліфіковану та високоспеціалізовану медичну допомогу 783 100 дорослого населення, яке складається з пацієнтів м. Дніпропетровська та області. Лікарня має 745 ліжок з яких 400 хірургічного профілю ( в тому числі онкологічного), 345 терапевтичного, має найбільше у місті відділення анестезіології з 12-ма ліжками інтенсивної терапії. Спеціалізованому наданню допомоги в стаціонарі за рік потребує більш ніж 24 000 пацієнтів, з яких 1600 проходять лікування та підготовку до серйозних оперативних втручань у відділенні реанімації. Лікарі анестезіологи проводять більше 8 000 знеболювань, як планових, так і ургентних оперативних втручань цілодобово.

На сьогоднішній день вибір оптимального та якісного анестезіологічного забезпечення під час оперативних втручань, та повноцінна інтенсивна терапія після проведених операцій має передове значення, оскільки без цих невід'ємних компонентів проведення такого лікування просто неможливе. Лікарі-анестезіологи цієї лікарні у повсякденній роботі використовують самі



передові сучасні методи знеболення як при проведенні великих оперативних втручань, та і під час діагностичних маніпуляцій, які до цього часу переносились хворими дуже важко за рахунок їх болючості.

Однак навіть у сучасній європейській державі для пересічного громадянина слова «операція», «маніпуляція» та «наркоз» викликають не аби-яку боязливість та моторошність. Першопричина данного явища є неповноцінна обізнаність людей у сучасних технологіях та методиках проведення даних процедур. Така ситуація веде за собою ланку інших проблем: несвоєчасна діагностика серйозних захворювань (перш за все онкологічних), відмова від адекватного лікування через страх пацієнта, а отже і значне збільшення інвалідизації та летальності серед населення. Наприклад, така нозологія як колоректальний рак займає 3-є місце в структурі онкосмертності в Україні (National Cancer Registry of Ukraine. 2015;16), і, перш за все, своєчасна діагностика, у тому числі колоноскопічна, є головною можливістю для хворого на одужання та застереження від ускладнень. Таке дослідження є досить болючим і дискомфортним, а отже хворі довго не наважуються на процедуру. В стінах нашої лікарні такі маніпуляції проводяться лише під адекватною анестезією, і хворий не відчуває ані болю, ані дискомфорту під час діагностики.

Саме тому лікарями анестезіологами нашої клініки впроваджено просвітницьку програму для населення, яка несе зрозумілою, доступною мовою для кожного слухача повну інформацію про сучасні діагностичні та лікувальні маніпуляції, знеболення при них, та етапи підготовки та відновлення після проведення подібних процедур. Лікарі клініки публікують замітки у місцевих та всеукраїнських газетах, дають інтерв'ю на телебаченні, в яких повноцінно розкривають необхідність, безпеку та комфорт ранньої діагностики і лікуванні, на жаль, найрозповсюдженіших на сьогоднішній день хвороб. Така культура збереження здоров'я має формуватися у громадянина ще зі шкільної скам'ї, а отже розробляються програми, інформаційні буклети та відео-ролики по інформуванню школярів, а також у доступній, ігровій формі проводяться відкриті лекції-тренінги у школах району та міста.

Впровадження такої системи зв'язку із населенням має значно підвищити рівень виявляємості хвороб на ранньому етапі, своєчасне адекватне лікування, і в подальшому зниження інвалідизації та летальності.

## **Формування компетенцій зі збереження здоров'я при вивченні безпеки життєдіяльності студентами вищих технічних закладів освіти**

к.п.н., доц. Дембіцька С.В.

Вінницький національний технічний університет

Питання охорони здоров'я майбутніх фахівців з вищою освітою останнім часом набуло гостроти, оскільки зростає рівень захворюваності серед молоді, відбувається значне збільшення кількості хронічних захворювань, особливо тих, які раніше були характерними для зрілого віку. Крім того, статистика свідчить про зростання кількості жертв наркоманії, отруєнь алкоголем, загибеллю людей на виробництві, у побуті, автомобільних аваріях та інших видів діяльності, що пов'язано із легковажним ставленням людини до власної особи.

Потрібні радикальні зміни щодо ставлення людей до себе та свого здоров'я. Ці зміни мають відбуватися на кожному етапі в процесі здобуття вищої освіти: у школі, професійно-технічних закладах та університетах.

Проблеми збереження здоров'я постають перед кожною людиною щодня не лише під час трудової діяльності, але й в побуті, оскільки, включаючись у будь-яку діяльність, ми повинні знати й передбачати можливі негативні наслідки своїх дій відносно середовища нашого існування. Процес збереження здоров'я не може відбуватися без свідомого відношення до формування ціннісного ставлення до нього.

Формування компетенцій з збереження здоров'я в технічному вузі здійснюється при вивченні дисциплін циклу безпеки життєдіяльності. Особливістю вивчення дисциплін циклу безпеки життєдіяльності у вищому навчальному закладі технічного профілю є те, що студенти не завжди усвідомлюють доцільність її вивчення, адже, багато викладачів випускових кафедр не мають потрібних фахових знань. Крім того, у типових навчальних програмах цих дисциплін немає чіткої обґрунтованості цілей і набору умінь, якими повинен володіти фахівець відповідного технічного напрямку знань.

Зазначимо, що нормативна навчальна дисципліна «Безпека життєдіяльності» з циклу безпеки життєдіяльності вивчається студентами за програмою підготовки бакалаврів. На думку розробників програми, це – інтегрована дисципліна, мета вивчення якої полягає у набутті студентом компетенцій, знань, умінь і навичок для здійснення професійної діяльності за спеціальністю з урахуванням ризику виникнення техногенних аварій й

природних небезпек, які можуть спричинити надзвичайні ситуації та привести до несприятливих наслідків на об'єктах господарювання, а також формування у студентів відповідальності за особисту та колективну безпеку [1, с. 3].

Пропонуємо, виходячи з власного багаторічного досвіду, шляхи підвищення навчальної мотивації вивчення питань охорони здоров'я в межах дисципліни «Безпека життєдіяльності» у студентів вищих навчальних закладів технічного спрямування:

- в процесі навчання необхідно враховувати професійні інтереси студентів. В навчальній діяльності нами використовуються система різнорівневих квазіпрофесійних завдань, які дозволяють розглянути алгоритми дій у тих чи інших небезпечних ситуаціях та обрати раціональний з найменшими втратами для здоров'я працівника;

- використання творчих методів і прийомів навчання. На практичних заняттях не достатньо виконати практичну роботу за заданим алгоритмом та сформулювати висновки – потрібно вносити креативні елементи з урахуванням власного досвіду: запропонувати висловити своє бачення певної ситуації, обговорити запропоновані нововведення з навчальною групою; на лекційних заняттях – обговорювати реальні виробничі ситуації з різних точок зору тощо;

- включення студентів у творчу колективну діяльність через організацію роботи в групах, ігрові та змагальні форми, взаємоперевірку, колективний пошук вирішення проблеми, взаємодопомогу;

- цілеспрямоване формування якостей, що лежать в основі розвитку пізнавальних здібностей студентів: швидкість реакції, всі види пам'яті, увага, уява тощо, розвиток засобами безпеки життєдіяльності ризик-орієнтованого мислення;

- систематичний контроль низької мотивації студентів із з'ясуванням та корекцією причин: невміння вчитися або помилки виховного характеру. Вивчення особливостей формування знань у студентів за умов різних форм аудиторної та самостійної роботи в значній мірі характеризує ступінь активності та мотивації до навчання.

Таким чином, основними педагогічними умовами, що сприяють формуванню ціннісного ставлення до здоров'я через освітнє середовище постають в вузах технічного спрямування: фахово спрямований зміст навчання, адекватні методи навчання та рівноправні взаємовідносини між учасниками навчально-виховного процесу.

## **Патоморфологічні аспекти диференціальної діагностики первинної холангіоцелюлярної карциноми та метастатичного ураження печінки**

А.О.Гаврилюк, О.А.Польова, О.П.Лопаткіна

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

Як захворювання первинна холангіоцелюлярна карцинома (ПХЦК) займає друге місце серед злоякісних новоутворень печінки в усьому світі та становить від 15% до 20% первинних злоякісних гепатобіліарних пухлин. У структурі первинного раку печінки домінують його найбільш агресивні види: 85% становить гепатоцелюлярний рак, в ранній стадії якого протягом року виживає 50-75% хворих та 10% - первинна холангіоцелюлярна карцинома внутрішньопечінкової локалізації із середніми термінами виживання хворих протягом 18-30 місяців. Згідно статистичних даних протягом останнього десятиліття смертність від первинної холангіоцелюлярної карциноми зросла на 9%. На сьогодні тільки комплексне дослідження з використанням морфологічних, імуногістохімічних методів в співставленні з клінічними даними дозволяє забезпечити достовірну діагностику даної хвороби. У класифікації пухлин органів травної системи Всесвітньої організації охорони здоров'я первинна холангіоцелюлярна карцинома класифікована як внутрішньопечінковий периферичний та позапечінковий рак, до якого входять холангіокарцинома воріт печінки та дистальна холангіокарцинома позапечінкових жовчовивідних протоків. Найменш вивченим залишається внутрішньопечінковий холангіоцелюлярний рак печінки, що розвивається з дрібних внутрішньопечінковий жовчних протоків дистальніше їх другої сегментації або з печінкових прогеніторних клітин. При патоморфологічній верифікації первинної холангіоцелюлярної карциноми в трепанобіоптаті печінки з обмеженим об'ємом пухлинного матеріалу виникає необхідність диференціальної діагностики, так як дане захворювання має подібні по мікроструктурі патерни з гепатоцелюлярним раком та метастазами злоякісних пухлин інших органів черевної порожнини, що мають в печінці солідно-клітинну, дуктулоподібну, залозистоподібну мікроструктуру. Згідно проведеного аналізу літературних джерел вдалось встановити, що в структурі метастазів печінки злоякісних новоутворень органів черевної порожнини домінують метастази раку підшлункової залози, шлунку та кишківника. Первинна холангіоцелюлярна карцинома внутрішньопечінкової локалізації мікроскопічно нагадує аденокарциному різного ступеня диференціювання.

Клітини високодиференційованої ПХЦК кубічної форми, формують тубулярно-ацинарні структури, епітелій проток не схильний до продукції слизу. Холангіобласти за розміром значно менші гепатоцитів та нагадують епітелій жовчних протоків. Цитоплазма щільна, еозинофільна, гігантські клітини та пухлинні симпласти відсутні, фігури атипових мітозів рідкісні, мітотичний індекс становить 7,1. Ядра клітин округлої або овальної форми, ядерний хроматин інтенсивно офарблюється гематоксиліном та розташовується в базальній частині клітини, ядерно-цитоплазматичне співвідношення приблизно рівне. Стромальний компонент пухлини має ніжну сітку аргірофільних волокон, в більшості строма пухлини представлена ніжною волокнистою сполучної тканиною. У поляризованому світлі колагенові волокна гед-позитивні, мають помірно позитивне подвійне променезаломлення та дихроїзм. ПХЦК низької диференціації володіє інфільтративним ростом, проникаючи на значну відстань в глибину часточок, оточуючи та здавлюючи великі ділянки гепатоцитів. В гепатоцитах, розташованих всередині таких ділянок, спостерігаються виражені атрофічні, дистрофічні зміни та некроз. Пухлинні клітини мають овоїдну або полігональну форми, формуючи солідні структури, що нагадують спотворені жовчні протоки, різко виражений тканинний та клітинний атипізм, цитоплазма таких клітин мізерна, з легким базофільним відтінком, ядра поліморфні, гіперхромні. Ядерно-цитоплазматичний індекс різко зміщений у бік ядра. На межі контакту пухлинних інфільтратів та клітин печінки спостерігаються адаптаційні, дисгенераторні та диспластичні зміни в структурі останніх. У ділянках інфільтрації пухлинними комплексами виявляється поєднання новоутворених судин капілярного та синусоїдного типу, дрібні лімфоїдні інфільтрати та тонкі прошарки колагенових волокон, гепатоцити в таких ділянках збільшені в об'ємі, деякі з них містять два - три великих ядра, цитоплазма гепатоцитів має своєрідний сітчастий малюнок, який утворений еозинофільними світлими ниткоподібними прошарками цитоплазми. Такі гепатоцити позначають як «перисті», скупчення таких клітин практично не відрізняються від гепатоцелюлярного раку. Дані структурні зміни не можна розглядати як патогномонічні для первинних раків печінки, оскільки аналогічні зміни спостерігали в 79% змін при метастатичному печінковому ураженні. Незалежно від ступеня диференціювання пухлинних клітин ПХЦК, в 75% виявляються мікрометастази в просвіті лімфатичних та кровоносних судин. Наявність у пацієнта одного або декількох пухлинних вузлів у печінці, незалежно від їх розмірів, не є підставою для встановлення остаточного діагнозу. Труднощі диференціальної діагностики первинних пухлин печінки та метастатичних уражень виникають у патоморфологів, особливо в тих випадках,

коли мова йде про дослідження біопсійного матеріалу. На сьогодні тільки комплексне дослідження з використанням морфологічних, імуногістохімічних методів в співставленні з клінічними даними дозволяє забезпечити достовірну діагностику первинного та метастатичного уражень печінки. У зв'язку з широким застосуванням комп'ютерних технологій та імуногістохімічного дослідження пухлин з'явилася можливість звести до мінімуму ступінь суб'єктивної оцінки пухлинних клітин, надійніше визначати автоматизованим способом, що дозволяє прискорити постановку об'єктивного морфологічного діагнозу. На світлооптичному рівні первинні холангіоцелюлярні карциноми печінки в більшості випадків володіють вираженою схожістю. Тому і виникла необхідність вивчення структури пухлин із застосуванням сучасних імуногістохімічних методик, що дозволяє визначати імуногенотип новоутворення. Аналізуючи архівний гістологічний матеріал первинних та метастатичних пухлин, було встановлено, що найбільші труднощі морфологічної верифікації метастатичних пухлин печінки виникали при порівнянні їх структури з низкодиференційованими, анапластичними формами гепатоцелюлярного, холангіоцелюлярного та недиференційованого раку. Єдиним методом лікування є хірургічний, однак у більшості хворих із пізніми стадіями захворювання виникають рецидиви після оперативного втручання. Повне хірургічне видалення пухлини - це шанс на одужання, але тільки 10% пацієнтів з ранніми стадіями первинної холангіоцелюлярної карциноми вважаються операбельними.

### **Профілактика розвитку інфаркту міокарда – актуальне завдання в сучасній охороні здоров'я**

Іванов Валерій Павлович, Шушковська Юлія Юріївна, Данильчук Альона Євгеніївна, Швидюк Світлана Іванівна

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є найпоширенішою причиною смерті населення. Інфаркт міокарда (ІМ), як в старшому, так і серед людей найбільш продуктивного віку (від 30 до 59 років), є актуальною і складною проблемою в сучасній охороні здоров'я. Тому важливе соціально-економічне значення має питання вчасного виявлення людей з групи ризику проблем із серцем і методи їх профілактики.

Основні показники здоров'я людини – захворюваність, інвалідність, смертність, тривалість і якість життя. Попередження розвитку гострого ІМ та його ускладнень і як наслідок цього, зменшення смертності, інвалідності від ІМ, поліпшення якості життя хворих, є головним завданням держави.

Всі заходи щодо попередження розвитку ІМ повинні бути спрямовані насамперед на попередження його виникнення. Тому потрібно достатню увагу приділяти цьому питанню як з боку лікарів і пацієнтів, так і з боку самої держави. Потрібно інформувати населення, створювати профілактичні програми, щоб можливо було своячасно провести раціональне лікування або надати невідкладну допомогу.

Основна роль при проведенні первинної профілактики розвитку ІМ належить сімейним лікарям (лікарям первинної медичної допомоги). Хворий повинен розуміти саму суть свого ССЗ і правильно ставитися до нього. Невиконання хворим рекомендацій сімейного лікаря – основний недолік, тому потрібно підвищити прихильність хворих до лікування і сформувати у них правильне уявлення про саме захворювання, фактори ризику його виникнення. Потрібно розуміти мету лікування й очікуваний ефект від профілактичних заходів, підвищити відповідальність пацієнтів.

Впровадження дистанційного навчання та групове обговорення даної проблеми за допомогою спеціального інформаційного інтернет-сайту на базі вищого навчального закладу, залучення вищих медичних закладів в освітні програми допоможе більш ефективніше донести необхідну інформацію до людей. На інтернет-сайтах потрібно розмістити інформацію про актуальність проблеми ІМ, фактори ризику розвитку ССЗ, як правильно вимірювати артеріальний тиск (АТ), про методику інструментального обстеження серцево-судинної системи, проведення відповідного лабораторного контролю, перелік необхідних заходів при підозрі на ІМ в побутових умовах і т. д. На терапевтичних кафедрах медичних вузів потрібно створити школи, які могли б відвідувати пацієнти з ССЗ. Наприклад, розробити 5-10 занять, які проводили б викладачі кафедр і лікарі-кардіологи, з метою підвищення інформованості хворих щодо свого захворювання, навчання самоконтролю основних фізіологічних параметрів організму, методів розвитку, профілактики наслідків захворювання та надання практичних рекомендацій.

Мотивація – це зацікавленість хворого навчитися і виконувати певні дії. Тому для створення спеціальних шкіл з профілактики розвитку ІМ потрібно враховувати індивідуальні особливості хворого, підібрати висококваліфікованих викладачів, щоб переконливо і зрозуміло для хворих донести відповідну інформацію.

Необхідність удосконалення освітніх програм сформує мотивацію у людей до збереження свого здоров'я та активну життєву позицію у них і їхніх близьких. Так комунальний заклад «Вінницький регіональний клінічний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології» бере участь в проектах Міністерства охорони здоров'я України «Регіональна реперфузійна мережа в дії», «Неінфекційні захворювання: профілактика та зміцнення здоров'я в Україні» у рамках програми «Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегія для XXI століття», та виступив одним із ініціаторів громадської ініціативи «StentforLife», скерованої на оптимізацію лікування хворих з інфарктом міокарда. Разом із працівниками кафедр пропедевтичної медицини та кафедри внутрішньої медицини № 3 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова центр бере участь у проведенні регулярних семінарських занять для лікарів Вінниці і Вінницької області з актуальних питань кардіології та кардіохірургії.

Важливу роль у розвитку ІМ відіграють такі фактори ризику як: артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, стрес, ожиріння, цукровий діабет, гіподинамія, наявна обтяженість спадковості по серцево-судинній патології. Підвищений АТ є одним з важливих факторів ризику ССЗ. Контроль АТ – один із провідних напрямків у системі лікувально-профілактичних заходів щодо ССЗ. Щодо профілактичних обстежень, то варто кожного року робити електрокардіограму та ліпідограму, навіть тим молодим людям, яких нічого не турбує. Особливо, це стосується людей із надмірною вагою, а також тих, у кого у родині є хворі на ССЗ. Ефективність організації навчання хворих з ССЗ полягає у роз'ясненні їм інформації щодо факторів ризику розвитку ІМ, інсульту. Зниження підвищених рівнів факторів ризику супроводжується зменшенням захворюваності і смертності населення. Тому широку інформаційну кампанію серед населення щодо популяризації здорового способу життя потрібно проводити якомога раніше, починаючи із шкільних лав.

Отже, організація належних профілактичних заходів дозволить цілеспрямовано і більш широко реалізувати ефективні методики попередження розвитку гострого ІМ та його ускладнень. Враховуючи важливість даного питання потрібно організувати скоординовану плідну взаємодію Міністерства охорони здоров'я України та органів місцевого самоврядування, а також керівництва лікарень, лікарів і широких верств населення.



## **Multiple criteria decision analysis: the best innovative approach for health technology assessment in Ukraine**

PhD, к.б.н. Піняжко О.Б., Заліська О.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Objective:** New edition of National list of essential medicines was developed due to the reforming process in health care in Ukraine in 2017 based on the international requirements of health technology assessment (HTA). The study aimed to elicit values and stakeholders' preferences in the decision making process on financing of medicines for the treatment of cancer and rare diseases in Ukraine based on case studies.

**Methods:** Multiple criteria decision analysis (MCDA) model was designed adhering to ISPOR MCDA Task Force Reports 1, 2 (Value in Health, 2016). A decision workshop was organized within the training session on MCDA for 24 stakeholders of national level, which were divided into 5 groups in October 2016. Criteria were selected using the structure of “value trees” (Kanavos, Angelis, 2013) and weighing was performed in the deliberative process. The criteria were ranked of their relative importance by allocating a total of 100 weight points between them. The mean values and standard deviations were estimated in MS Excel.

**Results:** We ranked the criteria due to their importance comparison and weighing for oncology treatment: therapeutic effect – 33 (SD±6,83), cost of treatment –23,6 (SD±13,59), burden of disease – 17,4 (SD±9,0), safety - 15 (SD±6,45), innovation level –11 (SD±4,47), where weights sum to 100 ( $\Sigma=100,0$ ). The ranked criteria for rare diseases treatment were identified: therapeutic effect – 37 (SD±17,22), cost of treatment – 30,8 (SD±20,26), safety – 18,8 (SD±7,95), innovation level – 9 (SD±3,42), burden of disease – 4,4 (SD±3,03), where weights sum to 100 ( $\Sigma=100,0$ ).

**Conclusions:** MCDA methodology is advance value framework for evaluating new medicines in HTA and serves as a decision-support tool for decision-makers to aid coverage and reimbursement of new medicines in the developed countries. It was found in the performed case-study that criteria for therapeutic benefits and costs had the highest values for stakeholders for both treatment options – oncology and rare diseases. Importantly, there is a necessity to implement international requirements to HTA and MCDA in Ukraine in order to prioritize procurements of medicines, financing by government and reimbursement decisions.

## **Надання допомоги при ДТП – медична і соціальна проблема**

д.м.н., проф. В.С.Тарасюк, М.В.Матвійчук, І.В.Паламар, Н.Д.Корольова,  
М.Б.Тарасюк

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність. Щороку у світі внаслідок ДТП гине 1,2 млн. осіб, травми отримують 50 млн. постраждалих. В Україні у 2016 році сталось 154556 аварій, із них 3187 осіб загинуло, травми отримало 32079 людей. В такій страшній статистиці головною причиною смерті стає не ДТП та отримані від неї травми, а несвоєчасно надана перша допомога, бездіяльність випадкових свідків аварії.

Вважають, що тільки 20% людей гине в аварії від травм несумісних з життям, 10% - через несвоєчасний приїзд бригад швидкої медичної допомоги а 76% від бездіяльності очевидців.

Мета роботи: вивчити, наскільки медичні знання втілюються у життя пересічного водія без медичної освіти і водія з медичною освітою, щоб надати допомогу постраждалим в ДТП.

Матеріали та методи: проведено анкетування серед водіїв – студентів ВНМУ ім.М.І.Пирогова (50) та маршрутних таксі і автобусів (50) в одній із областей України, щодо готовності їх до надання першої медичної допомоги (ПМД). Питання включались ті, які мають відношення до життєво важливих функцій організму, на основі яких можна визначити елементарні знання про ПМД.

Результати дослідження: аналіз анкет дає можливість визначитись, що середній вік водіїв складає 28 років, із яких 89% осіб чоловічої статі і 11% жіночої.

На питання визначення свідомості у потерпілих уміння проявили 97% водіїв – медиків і 29% немедиків. Присутність дихання, його частоту, норму вміють визначити 95 % водіїв - медиків, 87% - без медичної освіти. Визначення пульсу на сонній артерії зміли майже всі водії ( $\pm 2\%$ ).

Виконати непрямий масаж серця змогли 96% водіїв-медиків та 30% водіїв без медичної освіти; штучну вентиляцію легень зуміли провести 89% водіїв - медиків та 67% водіїв без медичної освіти. Питанням витягування потерпілого із автомобіля (коли не виключається ушкодження шийного відділу хребта) володіють 96% водіїв-медиків і лише 34% водіїв немедиків. Виявляється, що при ДТП на ураження шийного відділу хребта звертають увагу 89% водіїв-

медиків, і тільки 48% водіїв без медичної освіти змогли б провести іммобілізацію шиї. Питання зупинки критичної кровотечі із артерій верхньої і нижньої кінцівки потребують уточнення, оскільки за словом «вмію» багато деталей у практичних навичках.

Висновки: до причин що призводять до ДТП (перевищення швидкості, порушення правил маневрування, керування транспортом у нетверезому стані, низький рівень водійської підготовки) і летальних наслідків потрібно віднести недостатній рівень підготовки водіїв по наданню першої медичної допомоги. Кафедра медицини катастроф та військової медицини винесла рішення про збільшення годин на II курсі по першій медичній допомозі.

### **Оцінка фінансових витрат на лікування гострого стрептококового тонзилофарингіту препаратами групи амоксициліну в залежності від лікарської форми**

Машейко А.М., Макаренко О.В.

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"

Вступ. В умовах дефіциту фінансових ресурсів в закладах охорони здоров'я та низької купівельної спроможності населення вартість лікування є одним з ключових факторів, що визначає тактику призначуваної фармакотерапії. Задля зменшення видатків на антибіотикотерапію гострого стрептококового тонзилофарингіту був проведений фармакоекономічний аналіз «мінімізація витрат» (cost-minimization analysis – CMA) препаратів амоксициліну у дітей віком 5-12 років.

Матеріали і методи. Об'єктом фармакоекономічного дослідження обрано препарати амоксициліну, 10-денний курс лікування яким було визнано Американським товариством з інфекційних хвороб (IDSA) та Британським національним формуляром як найбільш раціональний для лікування зазначеної нозології.

Розрахунок витрат на 10-денний курс лікування проводився, виходячи зі середньозваженої роздрібної вартості упаковки станом на червень 2017 року за даними on-line ресурсу [compendium.com.ua/prices](http://compendium.com.ua/prices), та добової терапевтичної дози, затвердженої МОЗ України в інструкції для медичного застосування досліджуваних препаратів. Методологія проведення аналізу «мінімізація витрат» включала наступні етапи: визначення мети дослідження, вибір альтернатив, підтвердження рівної терапевтичної ефективності та безпечності

порівнюваних альтернатив, розрахунків фінансових витрат для кожної альтернативи, аналіз чутливості, порівняння альтернатив та вибір найменш витратної. Дисконтування вартості не проводилось, оскільки курс фармакотерапії не перевищує 10 днів.

Результати. За даними Державного реєстру лікарських засобів в Україні зареєстровано 25 найменувань амоксициліну, серед яких в роздрібній мережі наявні 16 препаратів під торгівельними назвами Амоксил® (ПАТ "Київмедпрепарат", Україна), Оспамокс® (Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія), Флемоксин солютаб® (Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди) та Хіконцил (КРКА, д.д., Словенія).

Порівняльний фармакоекономічний аналіз препаратів амоксициліну показав, що серед наявних лікарських форм найнижча вартість курсу лікування відзначалась у таблеток, що диспергуються. Це обумовлено високою біодоступністю цієї лікарської форми, що дозволяє знизити добову терапевтичну дозу, а отже і витрати лікарської речовини для досягнення терапевтичного ефекту. Так, вартість 10-денного лікування таблетками, що диспергуються, українського виробництва «Амоксил® ДТ 500 мг №20» дорівнює 1,77 грн. на 1 кг маси тіла дитини, що на 33% нижче вартості застосування звичайних таблеток аналогічного дозування «Амоксил® по 500 мг №20 у блістерах» (2,34 грн./кг).

Серед лікарських форм амоксициліну у вигляді таблеток, що диспергуються, найвищою вартістю курсу лікування відзначились препарати Флемоксин солютаб®, сума фінансових витрат на лікування якими знижувалась зі збільшенням концентрації діючої речовини у лікарській формі. Так, роздрібна ціна упаковки препарату «Флемоксин солютаб 1000 мг №20» є у 2 рази вищою (163,35 грн) аніж препарату «Флемоксин солютаб 125 мг №20» (74,82 грн.), однак вартість 10-денного курсу лікування препаратом «Флемоксин солютаб 1000 мг №20» є більш ніж у 3,5 рази нижчою (4,08 грн./кг проти 14,96 грн./кг). Для порівняння вартість курсу лікування європейським генеричним препаратом «Оспамокс ДТ 1000 мг №12» дорівнює 2,53 грн./кг, що на 60% менше, ніж препаратом «Флемоксин солютаб 1000 мг №20» (4,08 грн./кг), та майже у 2 рази нижче, ніж звичайними таблетками «Оспамокс 1000 мг №12» (4,86 грн./кг).

Препарати амоксициліну у вигляді таблеток, що диспергуються, відзначаються високою біодоступністю та більш низькою вартістю курсу лікування у порівнянні з іншими лікарськими формами. Однак недоліком їх застосування є складність точного дозування препарату у розрахунку на масу

тіла дитини. Тому у педіатричній практиці рекомендовано призначати препарати у формі порошку для приготування оральної суспензії. Серед дитячих форм амоксициліну наразі доступними у роздрібній мережі є препарати Оспамокс® з дозуванням 125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл та 500 мг/5 мл та вартістю 10-денного курсу лікування 17,35 грн./кг, 12,16 грн./кг та 5,44 грн./кг відповідно. Як видно, найбільш економічно доцільною формою дозування є оральна суспензія Оспамокс® 500 мг/5 мл, однак її призначення збільшує витрати на лікування в 3 рази у порівнянні з таблетками, що диспергуються Амоксил® ДТ по 500 мг №20.

Висновки. Порівнюючи вартість 10-денного курсу лікування гострого стрептококового тонзилофарингіту у дітей методом фармакоекономічного аналізу «мінімізація витрат», можна зробити висновки:

1. Найбільш економічно вигідною лікарською формою амоксициліну є таблетки, що диспергуються.

2. Сума фінансових витрат на лікування знижується зі збільшенням концентрації діючої речовини у лікарській формі.

3. Призначення оральної суспензії сприяє дотриманню точного дозування в залежності від ваги дитини, однак підвищує витрати на фармакотерапію у 3 рази у порівнянні з найменш витратним препаратом «Амоксил® ДТ 500 мг №20».

### **Сучасні тенденції викладання дисципліни «епідеміологія»**

к.м.н. Андрєєва І.А.

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України" м. Дніпро, Україна

Світовий досвід показує, що тенденція еволюції здоров'я, смертності людей і тривалості життя з початку ХХ століття формується не випадково. Незважаючи на величезне різноманіття умов і факторів, що впливають на здоров'я населення в різних країнах, повсюдно простежується єдина спрямованість змін, що мають закономірний характер. Вона виявляється в схожій динаміці показників смертності і тривалості життя, рівня здоров'я, в однотипних зрушеннях структури медичної патології, причин смерті, найбільш небезпечних патогенних факторів. Узагальнення закономірностей, які зумовлюють таку спрямованість змін, призвело до появи теоретичної концепції,

яка була названа епідеміологічним переходом. Суть його полягає в заміні «старої» структури захворюваності і смертності з причин, обумовлених переважно зовнішніми факторами (інфекційні та паразитарні захворювання, хвороби органів дихання тощо), «новою» структурою з переважанням хвороб і причин смерті, пов'язаних з неінфекційною патологією, природним старінням людського організму (хвороби серцево-судинної системи, онкологічні захворювання).

Беручи до уваги такий стан речей, виникає питання – чи є відповідним рівень підготовки спеціалістів в Україні для розуміння сучасних викликів та вміння знайти шляхи їх подолання?

Вивчення епідеміології здійснюється на 5 курсі навчання у відповідності до програми навчальної дисципліни для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. Загалом – 1,5 кредити, з них 10 годин – лекції, 20 годин практичні заняття та 15 годин – самостійна робота студентів. Програма з епідеміології якщо й змінювалась з роками, то зміст її змінився мало. Традиційно в Україні викладається епідеміологія інфекційних захворювань. Такий стан речей ніяк не відповідає сучасним тенденціям, зважаючи на епідеміологічний перехід. В Україні, за даними ВООЗ, неінфекційні захворювання, пов'язані зі «стилем життя» (куріння, зловживання алкоголем, недолік фізичної активності і нездорове харчування) є причиною 86% смертельних випадків в рік. Тому, вкрай важливе розуміння того, що навчаючись у медичному ВУЗі студент повинен мати можливість навчитися визначати сучасні причини виникнення та умови формування захворюваності, вільно володіти методиками визначення ризиків захворювання тощо. Сучасна система підготовки спеціалістів в області епідеміології повинна забезпечити високу якість освіти й відповідність навчальних програм підготовки й підвищення кваліфікації фахівців міжнародним нормам і рівням знань.

Ще одним надважливим аспектом сучасної епідеміології є її клінічне спрямування й виникнення окремого напрямку – клінічної епідеміології. Для сучасного лікаря вимогою часу є достатній обсяг знань, необхідних для розуміння причин і механізмів захворювання, клінічний досвід, інтуїція та набір якостей, які в сукупності становлять так зване клінічне мислення. Клінічна епідеміологія вивчає закономірності поширення захворювань, здійснює прогнозування для певного хворого на основі вивчення клінічного перебігу хвороби в аналогічних випадках. Для уникнення неправильних висновків лікар повинен покладатися на результати досліджень, які ґрунтуються на суворих наукових принципах і методах, що сприяють

мінімізації систематичних і випадкових помилок у медичній практиці. Достовірна інформація є вимогою для прийняття клінічного рішення лікарем й базується на дослідженнях. Такі інструменти надає доказова медицина (evidence based medicine). Сьогодні стало очевидним, що дослідження, які присвячені діагностиці, розповсюдженню, природньому перебігу, лікуванню та профілактиці захворювань, засновані на епідеміологічних методах («клінічна епідеміологія»), надають найціннішу інформацію для прийняття клінічних рішень. Завдання лікаря - знайти ці дані, оцінити їх, всебічно обміркувати і застосувати до свого пацієнта. На жаль, дотепер програма навчання майбутніх медиків не передбачає достатньо часу для набуття цих навичок. Відомо, що методологічною основою доказової медицини є епідеміологічний метод дослідження. Вивченню основ епідеміологічного методу виділяється 2 учбові години. Зрозуміло, що за такий час можливо лише сформулювати уявлення про існування такого методу і аж ніяк не навчити хоча б основним прийомам та показати як працюють інструменти клінічної епідеміології та доказової медицини.

Україна, зробивши свій європейський вибір, взяла на себе міжнародні зобов'язання щодо розбудови системи Громадського здоров'я. Для вирішення таких завдань вкрай важливим є рівень підготовки спеціалістів, зокрема, в питаннях епідеміології як інфекційних так і неінфекційних захворювань. В освітні програми повинне вводитися все найсучасніше й передове зі світової практики для створення гідних умов діяльності лікарів. Тож потребує перегляду програма навчальної дисципліни «епідеміологія» для студентів вищих медичних навчальних закладів як в частині збільшення годин для вивчення, так в частині змісту самої дисципліни.

## **Правове забезпечення розвитку медичної освіти України у контексті євроінтеграційних процесів**

к.п.н. Наталя Шигонська

КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства" ЖОР

Рішення Європейського Союзу про ратифікацію Угоди про асоціацію Україна-ЄС №458/17 від 11.07.2017 року, стало, безумовно, консолідуючим фактором, який ще раз підтвердив незворотність євроінтеграційних процесів, що уже на протязі багатьох років вносять зміни у різні сфери буття

українського суспільства та освітнього середовища. Медична освіта в Україні як складова загальної системи знаходиться у тісному взаємозв'язку із вектором розвитку світової, європейської освітньої і медичної спільнот а також регулюється нормативно-правовим забезпеченням, що регламентує норми її функціонування як в Україні так і Європі, з огляду на перспективність набуття Україною статусу Асоційованого члена ЄС.

Метою нашого дослідження є аналіз, систематизація та узагальнення нормативних документів, які складають правову основу системи медичної освіти України, концептуалізують та регулюють її функціонування у контексті євроінтеграційних процесів.

Методами, що дозволяють досягти нашої мети, було визначено аналіз та синтез, систематизацію та узагальнення. В ході нашої роботи, були визначені критерії включення, за якими відбувався відбір та систематизація.

Перший, за походження – нормативи Європейського Союзу, нормативи України. Другий, за ступенем регуляції стратегічних і загальних норм функціонування системи – стратегічні рамки, комюніке, стратегії розвитку, програми дій, закони. Третій, за релевантністю до сфери охорони здоров'я та системи медичної освіти – закони, стратегії розвитку, освітні стандарти.

Результати та обговорення. Отже, як результат, нами була здійснена систематизація нормативно-правового забезпечення, що ґрунтується на чотирьох критеріях системності, і, відповідно, утворює структуру, яка складається із чотирьох взаємопов'язаних конститuentів.

Перший – комюніке, загальні стратегії програми створення та розвитку єдиного європейського освітнього простору: “Європейський простір у сфері вищої освіти” (Болонська декларація, 1999 р.), “До зони європейської Вищої освіти” (Празьке комюніке, 2001 р.), “Створення зони вищої освіти Європи” (Берлінське комюніке, 2003 р.), “Загальноєвропейський простір освіти – досягнення мети” (Комюніке конференції Європейських міністрів освіти, м. Берген 2005 р.), “На шляху до Європейського простору вищої освіти: відповіді на виклики глобалізації” (Комюніке конференції Європейських міністрів відповідальних за вищу освіту, м. Лондон, 2007 р.), “Болонський процес 2020 – Європейський простір вищої освіти у новому десятиріччі” (Комюніке конференції Європейських міністрів відповідальних за вищу освіту, м. Льовенла-Ньов, 2005 р.), Будапештсько-Віденська декларація про створення Європейського простору вищої освіти (2010 р.), “Використання нашого потенціалу з найбільшою користю: консолідація Європейського простору вищої освіти” (Бухарестське комюніке, 2012 р.), Єреванське комюніке



конференції європейських міністрів вищої освіти (2015 р.), Освіта та підготовка 2010 (Education and Training 2010) (2002 р.), стратегічна програма з питань освіти та підготовки (ET 2020) (2009 р.), рекомендація Європейського парламенту і Ради 2008/C111/01 “Про встановлення Європейської кваліфікаційної структури для можливості отримати освіту протягом усього життя” (2008 р.), Програма дій з модернізації Європейської системи вищої освіти (Supporting growth and jobs – an agenda for the modernization of Europe’s higher education systems) (2011 р.), резолюція Європейського парламенту 2013/2041 (INI) “Про переосмислення освіти” (On Rethinking Education) (2013 р.), Перелік нових кваліфікацій для Європи COM (2016) 381 (A new skills agenda for Europe: Working together to strengthen human capital employability and competitiveness) (2016 р.), оновлена програма розвитку Європейської вищої освіти SWD (2017) 164 (Renewed EU agenda for higher education) (2017 р.).

Другий – документи, які регламентують функціонування вищої освіти України: Закон України “Про освіту” (1991 р.), Закон України “Про вищу освіту” (2002 р., 2014 р.), Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Національної рамки кваліфікації” (2011 р.), “Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012-2021 роки” (2012 р.), проект Концепції розвитку освіти України на період 2015-2025 років (2014 р.), Закон України “Про наукову і науково-технічну діяльність” (2015 р.), Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Порядку підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії та доктора наук у вищих навчальних закладах (наукових установах)” (2016 р.), розпорядження Кабінету Міністрів України “Про затвердження плану заходів із впровадження Національної рамки кваліфікації на 2016-2020 роки” (2016 р.).

Третій – міжнародні нормативи, в яких закладено вихідні положення щодо модернізації змісту та якості медичної освіти: Лісабонська декларація про права пацієнта (1981 р.), Единбурзька декларація (1988 р.), ВФМО “Міжнародні стандарти покращення якості медичної освіти” (Всесвітня федерація медичної освіти, WFMU, 2011 р.), ВФМО “Міжнародні стандарти покращення якості медичної освіти. Доповнені 2015” (Всесвітня федерація медичної освіти, WFMU, 2014 р.),

Четвертий – документи, які спрямовані на реформування галузі охорони здоров’я та медичної освіти України, зокрема: Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002-2011 рр.” (2002 р.),” наказ МОЗ України “Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та

фармацевтичної освіти” (2004 р.), “Про експериментальне впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації у 2004-2010 рр.” (2004 р.), “Програма розвитку вищої медичної освіти до 2015 року” (2010 р.), проект “Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров’я в Україні на період 2015-2025” (2014 р.).

Таким чином, представлена систематизація, дозволяє узагальнити пріоритетні напрями розвитку і реформування медичної освіти в Україні та конкретизувати першочергові завдання для вищих медичних навчальних закладів на тлі входження України в Європейський простір та у контексті створення єдиного освітнього простору.

### **Індукований попит лікарями загальної практики (GPs) в різних системах охорони здоров’я**

Бахнівський В.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Потужність лікарів загальної практики (GPs) на ринку медичних послуг базується на явищі асиметричного розподілу інформації. GPs володіє більшою кількістю інформації про можливості надання медичних послуг ніж пацієнти. Пацієнти, зазвичай мало обізнані скільки, коли і яких медичних послуг вони потребують.

Індукція попиту лікарями (SID) відбувається коли постачальники (в даному разі GPs) намагаються надавати більшу кількість послуг, ніж того потребує, або замовило суспільство.

Якщо незручності виробництва маргінальних послуг перевищують збори (через велику кількість пацієнтів) лікарі можуть надавати меншу кількість послуг, ніж хотілося б того з точки зору суспільства. Цей процес називається «нормуванням». Однак, можемо відмітити значні суперечки поміж дослідників в галузі економіки охорони здоров’я (ОЗ) щодо існування SID і нормування.

Датський економіст Andersen Lotte провівши у 2005 році тестування гіпотез отримав наступні дані: кількість контрактів на одного пацієнта не залежить від розміру списків; число пацієнтів впливає на кількість когнітивної терапії на листку призначень; лікарі старшого віку не використовують когнітивну

терапію, так часто, як молодшого, це можна пояснити існуванням різних звичок, - когнітивна терапія досить нова послуга; число відвідувань залежить від кількості пацієнтів в списку. Знайдено також позитивний ефект від високого рівня безробіття, який свідчить про те, що відвідування GPs більш часте в районах із соціальними проблемами. Однак, слід мати на увазі, що розмір списку може бути ендегенним і що вирішення даної проблеми є недосконалим.

Обидва процеси SID і нормування можуть призвести до негативного зв'язку між кількістю послуг на одного пацієнта і кількістю пацієнтів на одного GPs. Однак, не слід робити різких стрибків від цієї асоціації до існування SID. Carlsen&Grytten, 1998 мають три альтернативних пояснення негативної асоціації між розмірами списків пацієнтів і кількістю послуг на одного пацієнта: по-перше, якщо оплата не фіксована, а пацієнти самі оплачують послуги, тоді важко відрізнити ціновий ефект від ефекту індукції. Кілька (невелика кількість пацієнтів) на одного GPs можуть призвести до зниження цін, що в свою чергу призведе до збільшення попиту на послуги. По-друге, забезпеченність лікарями теж буде змінювати попит: пацієнти не хочуть ходити до лікаря, так часто, як повинні, якщо потрібно чекати багато днів, або їздити на великі відстані. По-третє, кількість пацієнтів на одного лікаря може бути ендегенною, якщо GPs самостійно визначатиме розмір списку пацієнтів. Лікарі які мають пацієнтів, потребуючих більшого догляду бажатимуть мати меншу їх кількість.

Французькі вчені Eric Delatre і Brigitte Dormont у 2003 провели дослідження, економетричні результати якого дали сильну підтримку існуванню SID у французькій системі ОЗ для амбулаторного хворого. Проте результати даного дослідження відрізняються від описаних результатів досліджень у Норвегії Grytten і Sorensen: вони не знайшли емпіричних доказів існування SID серед норвезьких GPs, які регулюються подібно до французьких, на основі фіксованої оплати за надані медичні послуги. В свою чергу Sorensen і Grytten визнають, що їх результати суперечать результатам Redisch, який проаналізував поведінку американських лікарів, та з'ясував, що число відвідувань на одного GPs зменшується в міру збільшення кількості лікарів (їх щільності), тоді GPs починають компенсувати відсутність пацієнтів надаванням їм додаткових послуг. Для того щоб пояснити наявні розбіжності результатів Sorensens і Grytten вказують на те, що щільність лікарів в США значно вища ніж в Норвегії, окрім того вони підкреслюють, що фіксована система оплати в Норвегії запобігає запровадженню переплати, яка відмічається в районах США з високою щільністю лікарів, де ціни встановлюються ними ж. Вони прийшли до висновку, що система фіксованих цін понижує привабливість районів з

високою щільністю, сприяючи таким чином ефективному розподілу лікарів не даючи стимулів до SID. Як і в Норвегії, французькі лікарі отримують фіксовану оплату за надання медичних послуг, не зважаючи на це, ми відмічаємо абсолютно протилежні результати, які показують нам SID поведінку GPs у Франції. Вище представлені відмінності, можна пояснити з двох позицій: по-перше, використання панельного дизайну дослідження (Франція) дає можливість врахування невидимої гетерогенності, та інших детальних характеристик тісно пов'язаних з лікарями та попитом. По-друге, рівень щільності лікарів є дуже високим у Франції (аналогічний, або навіть більший ніж у США), в будь-якому разі значно вищий ніж у Норвегії.

Нідерландські науковці Christel E. Van Dijk, Bernard Van Den Berg показали, що скасування поділу витрат призводить до підвищеного використання послуг приватно застрахованими споживачами від 65 років і старше. Введення плати за послуги із соціального страхування призвело до збільшення кількості ініційованих лікарями послуг, що було найбільш очевидно поміж осіб у віці 25-54 роки. Дані відмінності в тенденції лікар-ініційованих призначень можуть бути визначені як SID-ефект.

Існування залежності доходу GPs від кількості наданих послуг, може призвести до непередбачуваних і небажаних наслідків, в тому разі, якщо вони поставлять свої фінансові пріоритети вище народного господарства та добробуту пацієнта, адже очевидно, що GPs може забезпечити надання дуже великої кількості послуг на одного пацієнта, особливо якщо він не має великої кількості пацієнтів включених в його загальний список.

Аналізуючи вище приведений матеріал, розумію та підкреслюю, що пошук емпіричних доказів SID на первинному рівні медичної допомоги серед GPs в різних системах ОЗ, в тому числі на Україні, є досить складним та трудомістким, але це має вирішальне значення для розвитку політики ОЗ кожної держави.

## **Сучасні підходи до післядипломного навчання керівників охорони здоров'я**

к.м.н., доц. Комарницька Н.Т., Ігнащук О.В., Малачкова Н.В., Адамчук О.Ф.  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Глибокі зміни в діяльності системи охорони здоров'я актуалізують необхідність безперервного підвищення рівня професіоналізму медичних кадрів, що вимагає радикального перегляду форм і методів навчання в сфері післядипломної освіти, оволодіння слухачами вміннями самостійно здобувати, критично аналізувати і використовувати нові знання на практиці. В роботу курсів післядипломної підготовки організаторів охорони здоров'я при ВНМУ ім. М.І. Пирогова для досягнення цієї мети активно запроваджуються методичні інновації - нові інтерактивні методи навчання, зокрема, проблемно-орієнтоване і дистанційне навчання. Інтерактивні форми навчання передбачають таку організацію педагогічного процесу, при якій роль викладача повністю змінюється - з ролі лектора (домінуючої) на роль спостерігача - консультанта (підтримуючу), коли він, за необхідністю, лише спрямовує осіб, що навчаються, у доцільному напрямку, не втручаючись у процес здобуття знань безпосередньо. Таким чином до інтенсивної інтелектуальної роботи залучаються всі слухачі курсів, що дозволяє кожному не тільки отримати нові знання, поділитися своїми ідеями, практичним досвідом, а і розвивати комунікативні навички (вміння подати і аргументувати свої ідеї, вислуховувати думку іншого, зважувати і оцінювати різні позиції опонентів, брати участь в дискусії, розробляти спільні рішення). Використання інтерактивних методів навчання ми почали з методики «номінальних груп», яка запропонована була нашої кафедрі в процесі співробітництва із школою Public Health університету штату Алабама у Бірмінгемі (США). Ця методика складається з наступних кроків:

- Викладач пропонує присутнім обговорити певну тему і обирає ведучого тренінгу;

- Кожен із учасників тренінгу на протязі визначеного ведучим часу (20 хв.) самостійно продумує і записує в свій блокнот (або іншій носій інформації) свої думки;

- Звертаючись до кожного особисто, ведучий тренінгу пропонує йому висловити свою думку. Всі інші, не коментують, не втручаються, а якщо у них є в записах аналогічна думка, викреслюють її, щоб не повторюватися. Так поступово висловлюються всі по колу до повного вичерпання ідей у учасників. Кожна думка нумерується і фіксується ведучим на великому аркуші паперу для загального ознайомлення;

- Після цього відбувається спільне обговорення, яке має за мету пересвідчитися в тому, що всі присутні однаково розуміють озвучені думки;

- Далі ведучий роздає всім по 3 (5) чистих карток і пропонує кожному учаснику вибрати з усіх, винесених на загальний аркуш, думок 3 (5) за якимось одним визначеним критерієм (наприклад, найбільш важливі, актуальні, або найменш витратні) і винести їх окремо на кожну картку. Картки не підписуються, а лише вміщують номер і текст думки - по одній на кожній картці;

- Після цього ведучий пояснює, як оцінити в балах кожну з вибраних думок. Всі картки здають ведучому, який на окремому аркуші при всіх реєструє скільки балів отримала кожна із обраних присутніми думок. Таким чином визначаються найбільш важливі, актуальні, або найменш витратні пропозиції, за які проголосувала більшість присутніх. На протязі останніх чотирьох передатестаційних циклів (грудень 2016 р. – червень 2017 р.) ми використовували цю методику для отримання і узагальнення інформації по темі : «Що, на думку організаторів охорони здоров'я, необхідно зробити для підвищення ефективності діяльності їх закладу?». Загалом в опитуванні прийняло участь 69 керівників медичних закладів Вінницької, Хмельницької та Житомирської областей. В кожній із чотирьох груп було висловлено від 21 до 72 думок. Серед яких лідерами за критерієм «найбільшої важливості» (тобто такими, що набрали максимальну кількість балів) в усіх групах стали:

- зміна механізму оплати (оплачувати медичну послугу, а не наявні ліжко-місця чи медичні штати); запровадження загально - державного медичного страхування, яке б забезпечило кращий фінансовий доступ до всіх рівнів медичної допомоги; посилення відповідальності влади за фінансування і реалізацію загальнодержавних медичних програм;

- вдосконалення нормативно-правової бази (прийняття базових законів, що регламентують діяльність галузі в нових умовах, та затвердження уніфікованих протоколів діагностики та лікування по кожній патології);

- увага до питань престижності медичної професії, особливо по окремим спеціальностям (сімейний лікар), підвищення захищеності медпрацівників (соціальної, правової, пенсійної), забезпечення ергономічних умов праці;

- аналіз і прогнозування ризиків при наступних кроках реформування галузі;

- автономізація медичних закладів; зростання професіоналізму і самостійності в управлінні на всіх рівнях;

- створення загальноукраїнської асоціації лікарів як дієвої незалежної громадської організації з широкими повноваженнями, оптимізація штатів, перехід на контрактну форму працевлаштування.

Матеріали таких тренінгів регулярно доводяться до відома представників обласного і міського департаментів охорони здоров'я викладачами циклів, обговорювались на заняттях в групах в Літній і Зимовій школах для організаторів охорони здоров'я, що проводились під егідою Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», Дитячого фонду ООН (Юнісеф) в Україні та Світового Банку в 2016 і 2017 рр. Оцінивши можливість інтерактивного навчання, ми долучилися до проекту «BIHSENA» - «Поєднання Інновацій, Здоров'я і Суспільств: освітній розвиток потенціалу в сусідніх районах Східної Європи», очолюваного Маастрихтським університетом (Нідерланди). В проекті приймають участь фахівці з Нідерландів, України, Польщі, Болгарії, Росії. На базі наших курсів вже в 2017 році буде проведення два курси тематичного удосконалення з використанням методу проблемно-орієнтованого навчання та методу case-study: «Управління якістю медичних послуг» і «Фінансовий менеджмент в охороні здоров'я». Проект спів фінансується програмою «Ерасмус +» Європейського союзу (ця публікація відображує лише погляди авторів на дану проблему, Європейська комісія не несе відповідальності за її зміст). В перспективі ми розглядаємо можливість переходу на форму дистанційного навчання за цією тематикою.

### **Управління якістю освітньої діяльності при підготовці фахівців для потреб галузі охорони здоров'я**

к.б.н. Гордійчук Світлана

Для забезпечення внутрішньої системи якості освітнього процесу у КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» було створено Центр експертизи та моніторингу якості освітньої діяльності, до складу якого увійшли представники навчально-методичної, наукової, практичної та виховної структур інституту. Для

кожного структурного підрозділу Центру визначено функції: підрозділ ліцензування, акредитації, атестації – організація й здійснення процедур ліцензування освітньої діяльності, державної акредитації спеціальностей, атестації науково-педагогічних та педагогічних працівників, що реалізується у

навчальному закладі та ін.; підрозділ якості практичних навичок та зв'язку з роботодавцями – організація практичної підготовки студентів у реальних умовах лікувального закладу; розширення/формування баз практик у лікувально-профілактичних установах; підготовка договорів на проведення практик з гарантіями наступного працевлаштування для випускників та ін.; підрозділ організації профорієнтації та вступу абітурієнтів – створення системи профорієнтації та відбору талановитої молоді для навчання в закладі шляхом організації спільних предметних олімпіад і творчих конкурсів серед випускників шкіл, гімназій, ліцеїв області та ін.; підрозділ інформаційно-технічної обробки та збереження даних – організація, збереження, обробка, інтерпретація інформації про стан і динаміку показників якості освіти в закладі для наступної розробки обґрунтованих управлінських рішень та ін.; студентський підрозділ з якості освіти – формування академічного етносу, несумісного з явищами корупції, академічної нечесності, списування, плагіату тощо.

У рамках діяльності Центру було введено елементи внутрішньої системи контролю якості освіти: – моніторинг якості формування контингенту студентів. З метою виявлення кінцевого рівня знань студентів з дисциплін загальноосвітньої підготовки на початку нового навчального року проводяться контрольні зрізи знань для студентів 1-го курсу з української мови та профільної дисципліни (біологія). Отримані показники переводяться у національну систему оцінювання та порівнюються з атестатом, сертифікатами ЗНО або свідоцтвом про базову загальну середню освіту. Така система дає можливість здійснювати моніторинг за щорічним формуванням контингенту студентів та визначити «якість знань на вході»; моніторинг якості формування загальних компетентностей. Цей елемент моніторингу досягається шляхом проведення ректорських контрольних робіт після кожного навчального семестру з дисциплін, що завершили цикл навчання, та дає можливість визначити кінцевий рівень знань студентів. Тестові завдання та відповіді до ректорських контрольних робіт (РКР) підготовлені педагогічними працівниками, які викладали відповідні дисципліни. Проведення та перевірка РКР здійснювалась незалежними експертами. Контрольні роботи проводились для студентів II та III курсів. Кількість тестових завдань та час проведення РКР для всіх студентів однакові. РКР проводились з дисциплін природничо-математичного та суспільно-гуманітарного циклів, а для відділень, на яких не проводиться “КРОК” – з циклу професійно-орієнтованих дисциплін. Така система дає можливість визначити «якість процесу»; моніторинг знань та формування компетентностей через вивчення фундаментальних і професійних



дисциплін. Цей елемент моніторингу досягається шляхом системної підготовки до проведення ліцензованого інтегрованого іспиту «Крок М» та «Крок Б». У навчальному закладі проводиться тестування студентів усіх відділень протягом навчального року з подальшим аналізом результатів. Така перевірка дозволяє моделювати умови проведення тестування, що, у свою чергу, надає змогу випускникам адаптуватися до регламенту та вимог проведення ЛІ, проводити заміри початкових та кінцевих результатів підготовки.

Новий якісний етап у розвитку медичної освіти України можливий, у першу чергу, за умови інтенсивного запровадження інформаційно-комунікаційних технологій та інтегрованої інформаційної системи управління освітнім процесом. КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» для автоматизації управління навчальним процесом з 2005 року використовує пакет програм «Деканат». Ця інформаційна система дозволяє створити та підтримувати базу даних, в якій реєструється та формується наступна інформація: структура навчального процесу вищого навчального закладу; дані про навчальне навантаження кафедр з можливістю створення звітності; результати розрахунків для визначення кількості посад науково-педагогічних працівників; відомості про всіх викладачах навчального закладу, їх заплановане навантаження, розклад їх занять; відомості про всіх студентів навчального закладу та їх життєвий цикл у навчальному закладі. Крім того, з метою автоматизації обліку навчальної діяльності студентів впроваджено електронний журнал успішності. Для раціонального використання студентами навчально-методичних розробок лекційних, практичних та семінарських занять, що є складовою частиною навчально-методичних комплексів з дисциплін навчального плану, у навчальному закладі запроваджено внутрішньоінститутську систему Інтранет.

Важливе значення для управління якістю в інституті мають різні форми зворотного зв'язку. У навчальному закладі проводять такі опитування студентів: оцінка студентами рівня викладання – наприкінці кожного семестру проводять опитування студентів щодо рівня викладання предметів. Мета анкети – отримати зворотний зв'язок, краще зорієнтуватися у потребах, можливостях студентів та врахувати їх пропозиції щодо підвищення якості викладання та управління освітнім процесом у цілому; оцінка студентами рівня сервісів – наприкінці кожного навчального року проводять опитування студентів щодо рівня їх задоволеності роботою сервісних відділів (кафедри (відділення), навчально-методичний відділ, відділ кадрів, бібліотека, відділ технічних засобів, науковий відділ, психолог інституту, соціальний педагог, їдальня, гуртожиток тощо); оцінка студентами вступної кампанії та системи адаптації до

студентського життя – протягом вересня проводять опитування студентів першого року навчання з метою отримання зворотного зв'язку з питань діяльності приймальної комісії: оцінюють чіткість і зрозумілість правил прийому; своєчасність і прозорість оголошення результатів прийому; організацію прийому документів, підписання договорів; організацію поселення в гуртожитки; систему заходів ознайомлення з діяльністю сервісних відділів.

### **Медико-соціальні аспекти поширеності депресивних розладів**

к.м.н. Олійник І.В., Задорожнюк О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

За визначенням ВООЗ, психічне здоров'я - це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти, а не просто відсутність діагностованого психічного захворювання [1].

Розвиток сучасної цивілізації характеризується зростаючою урбанізацією, швидкими темпами технічного зростання, міграційними процесами, значним тиском соціально-економічних змін, воєнними конфліктами, психоемоційним перенапруженням, нестабільністю у суспільстві та його соціальних структурах і має суттєве відображення на індивідуальному та популяційному психічному здоров'ї. Проблеми психічного здоров'я, за даними ВООЗ, в той чи інший період життя виникають у кожній четвертій людини в Європейському регіоні. До поширених пріоритетних в світі психічних порушень належать депресивні розлади. Депресія може виникнути у людини будь-якого віку і соціального статусу. Понад 300 млн. осіб в світі живуть з депресіями. Саме депресіям, з метою привернути особливу увагу цій проблемі, зокрема був присвячений Всесвітній день здоров'я 2017 [2].

Депресивні розлади можуть бути як самостійними, так і незалежними первинними факторами ризику для важкої за перебігом та наслідками соматичної патології або ж її супроводжувати, суттєво погіршуючи прогноз і відгук на основне лікування.

В Україні спостерігається недостатність та недосконалість нормативно-правової бази для здійснення профілактичної спрямованості у забезпеченні психічного здоров'я населення. Типовими явищами для нашого суспільства є стигматизація та соціальна ізоляція осіб із депресивними розладами, наслідком чого є те, що пацієнти не звертаються за спеціалізованою допомогою на ранніх стадіях розвитку порушень, коли ще є можливість більш ефективно вплинути на їх подальший перебіг, а обізнаність фахівців первинної медичної допомоги в питаннях ранньої доклінічної діагностики та лікування депресивних розладів в переважній більшості низька. Така ситуація потребує більш широкого використання в роботі лікаря стандартизованих міжнародних шкал для раннього доклінічного виявлення патології, яку не завжди можливо діагностувати при традиційному клінічному огляді часто на практиці ще й обмеженому у часі. Для лікарів первинної ланки Програмою дій ВООЗ з ліквідації пробілів в області психічного здоров'я розроблено провідні принципи для неспеціалістів, з допомогою яких вони можуть виявляти і вести ряд пріоритетних порушень психічного здоров'я, включаючи депресивні розлади. В основу Програми покладено те, що навіть в умовах обмежених ресурсів при належному нагляді, психосоціальній підтримці можна ефективно лікувати депресію з допомогою психотерапії і у випадку депресії середнього або важкого ступеню антидепресантами (генериками) [3]. Також недостатньо залученими в процес надання допомоги особам з депресивними розладами в Україні є медичні психологи, психотерапевти.

Депресії мають великий вплив на якість життя, часто збільшують ризик або значно погіршують перебіг соматичної патології, знижують працездатність, рівень соціалізації, в окремих особливо важких випадках можуть завершуватися суїцидами. Але світовий досвід доводить, що інвестиції у діагностику і лікування депресії та тривожних станів окупаються в завдяки поліпшенню здоров'я і здатності продуктивно працювати.

Таким чином, хоча ключове значення при депресіях має доступність медичної допомоги і соціальна підтримка, але значна частина проблемних питань у забезпеченні належного рівня психічного здоров'я населення не вирішується лише зусиллями в організації медичної допомоги, а потребує впровадження ефективних заходів загальнодержавного рівня, міжсекторального підходу.

## **Питання впровадження маркетингових технологій у систему охорони здоров'я**

Марчук І.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Як зазначено в «Концепції розвитку економічної освіти в Україні», економічна освіта на сучасному етапі розвитку України визначається завданнями переходу до демократичної і правової держави, ринкової економіки, необхідності наближення до світових тенденцій економічного і суспільного розвитку. Розвиток освіти відбувається в контексті загального процесу трансформації різних сторін суспільного життя, в тісному взаємозв'язку з перебудовою в інших сферах, одночасно виступаючи для них джерелом забезпечення необхідним кадровим ресурсом. Якщо говорити про сучасний ринок праці, то від випускника ВНЗ він вимагає вміння використовувати набуті теоретичні знання в нестандартних ситуаціях і мінливих ситуаціях; здійснюється своєрідний перехід від суспільства знань до суспільства компетентних громадян.

Задля успішного функціонування в ринковому середовищі системи охорони здоров'я України, її гнучкого реагування на зміни, що орієнтовані на суспільство компетентних громадян, повинні активно впроваджуватися технології маркетингу як найбільш продуктивні в умовах конкурентного ринку.

Впровадження технологій маркетингу в систему охорони здоров'я зумовлене тим, що сьогодні паралельно функціонують державні, муніципальні і приватні організації, формується система медичного страхування, відбуваються зміни в законодавчому полі та закладаються підвалини медицини з орієнтацією на європейську інтеграцію України. А тому результатом впровадження технологій маркетингу у систему охорони здоров'я має стати надання споживачам таких медичних послуг, які задовольняють їхні потреби в медичній та фармацевтичній допомозі, адже маркетинг повинен бути зорієнтований на пацієнта, розробляти та пропонувати саме ті медичні послуги, яких потребує пацієнт.

Медична послуга з позицій маркетингу – це послуга лікувально-профілактичного характеру, в основі якої лежить медична допомога відповідно до чинних медичних стандартів, підкріплена системою конкурентних переваг. Відзначимо, що медичні послуги характеризуються додатковими особливостями: з одного боку – прагнення людей до здоров'я забезпечує

постійний попит на цей вид послуг, з іншого – специфіка медичних послуг породжує негативний попит (щеплення, хірургічні процедури, стоматологічні маніпуляції тощо). Використовуючи маркетингові технології, можна отримати необхідну інформацію про медичні і фармацевтичні послуги, які бажають отримувати пацієнти; визначити кошти, яку вони готові витратити за певну послугу; визначити сегмент найбільш вигідного попиту, таким чином домогтися більш високих обсягів пропонованих послуг і отримувати більші доходи; мати змогу прогнозувати ситуацію на ринку медичних послуг. Обов'язково потрібно враховувати, що різні медичні послуги не можуть бути потрібні одночасно усім пацієнтам. Будь-які управлінські рішення повинні прийматися лише після проведення маркетингових досліджень, оскільки вони дають змогу виявити проблему, проаналізувати її, дійти певних висновків і отримати бажаний результат.

Однією з проблем сучасної системи охорони здоров'я є неготовність до застосування технологій маркетингової діяльності, адже їх впровадження у сферу охорони здоров'я – це комплексний процес планування, економічного обґрунтування та керування «виробництвом» медичних та фармацевтичних послуг і продуктів, цінової політики в галузі лікувально-профілактичного процесу, просування послуг і продуктів до споживачів, а також керування їх реалізацією. Маркетингові технології в медицині лише на початковому етапі впровадження і ще не приносять очікуваної користі, однак, якщо їх продовжувати розвивати, то результатом впровадження маркетингу у сферу охорони здоров'я стане перетворення економічних ресурсів у готовий продукт – медичні послуги, медикаменти та товари медичного призначення, придатні для задоволення потреб людини і суспільства в здоров'я. Поступальне впровадження технологій маркетингу в Україні зможе вивести медичні організації та систему охорони здоров'я в цілому на рівень з європейськими.

Висновки: Узагальнюючи зазначене, зауважимо, що для успішної діяльності в ринковому середовищі, гнучкого реагування на зміни і прийняття ефективних управлінських рішень у сфері охорони здоров'я, які зорієнтовані на ринкову економіку, повинні впроваджуватися технології маркетингу, спрямовані на визначення потреб цільових ринків та задоволення потреб споживачів більш дієвими та продуктивними способами в умовах конкуренції.

## **Запровадження мотиваційних стимулів для медичних працівників, зайнятих у профілактичних програмах**

д.м.н.Шевченко М.В.

Школа охорони здоров'я Національний університет "Києво-Могилянська академія"

Останнім часом експерти міжнародних організацій (ВООЗ, зокрема Європейський центр ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги, Європейська мережа з профілактики і зміцнення здоров'я в сімейній медицині та загальній практиці, Світовий Банк, WONCA та ін) досить значну роль надають питанням недосконалої та неузгодженості механізмів оплати профілактичних послуг у боротьбі з неінфекційних захворювань (НІЗ), особливо на рівні постачальників первинної медичної допомоги. Роль таких постачальників постійно зростає, оскільки на медичних працівників, зайнятих наданням цього виду допомоги, покладено місію реалізації широкого спектру заходів щодо зменшення впливу основних факторів ризику виникнення НІЗ на популяційному та індивідуальному рівнях, а також проведення профілактичної роботи щодо стратифікації ризиків та індивідуальне консультування.

Зростання ролі постачальників первинної медичної допомоги у наданні послуг повинно підкріплюватися підвищенням рівня оплати праці та матеріальними стимулами. За результатами дослідження Європейської мережі з профілактики та зміцнення здоров'я в сімейній медицині та загальній практиці, 40% лікарів загальної практики сприймають відсутність стимулів (матеріальної винагороди) як перешкоду у наданні профілактичних послуг.

Водночас, інші дослідження вказують, що запровадження таких стимулів дозволяють розширити охоплення профілактичними послугами населення в зоні обслуговування лікаря первинної ланки, а також приклад країн ЄС показує, що запровадження інноваційних систем в оплаті праці, які заохочують якість і цінність допомоги, також важливі для покращення координації та поліпшення надання медичної допомоги (як це спостерігається у Франції та Нідерландах).

Як показує вивчення основних тенденцій поточних реформ сектору охорони здоров'я у Європі, такі нововведення дозволяють узгоджувати стимули постачальників з цілями політики в галузі охорони здоров'я, а досягати більшої відповідальності за результати діяльності. Крім того, матеріальні стимули підвищують ефективність роботи та рівень задоволеності не лише працівників, а і пацієнтів.

Про актуальність даної проблеми наголошено і у дослідженнях, які стосуються сприяння зміцненню компетентних кадрових ресурсів системи охорони здоров'я, одним із ключових напрямів діяльності визначено оцінку показників діяльності та планування їх покращення.

При розробці пропозицій щодо системи мотивації медичного персоналу необхідно пам'ятати не лише про матеріальні стимули, але і нематеріальні. Задоволення потреб більш високого рівня, а саме можливість самореалізації, професійне зростання, участь у проектах, можливість підвищувати свій професійний рівень, повага колег і пацієнтів, створюють перспективи для кар'єрного росту і, як результат, покращення матеріального добробуту.

### **Revised theoretical model of impact of increased competition on volume of services**

Yaremena Irina, Ocheredko Oleksandr

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

We analyzed the competition effects on physician in-patient practice from the vantage point of rational agent theory of classical health economics. The pivot assumed to be modern model of profit maximization. Later recognizes physician as rational agent who tries to maximize one's utilities. Consequently, we refined our concept by suggesting theoretical model of physician behavior in hospitals. We worked out behavioral model based on maximization of physician's utility curve under non-linear budget constraints and applied Slutsky equations that decompose virtual price effects into substitution and income effects. The main conclusions of the model envisage the decrease in volume of services rendered by physician as well as the decrease in physician's clinical hours.

To clarify issue we roll logic out by Slutsky derivatives, that is by decomposition of shift in physician's demand on clinical and paraclinical hours due to mark up in prices  $p$  of services. The augmentation of the prices translates to augmentation of clinical hour worth. Therefore changes in amount of paraclinical hours  $\partial h^{para-c}$  by unit mark up in  $p(h^c)$  can be decompose in substitution and income effects ( $x$  – Marshallian demand,  $\tilde{x}$  – Hicks demand):

$$\frac{\partial h^{\text{para-c}}}{\partial p(h^c)} = \frac{\partial \tilde{h}^{\text{para-c}}}{\partial p(h^c)} - \frac{\partial h^{\text{para-c}}}{\partial W} h^c \quad (1)$$

with  $\frac{\partial \tilde{h}^{\text{para-c}}}{\partial p(h^c)}$  - substitution effect that is change in paraclinical hours, holding utility constant (movement along indifference utility curve U1)

and  $\frac{\partial h^{\text{para-c}}}{\partial W} h^c$  - income effect, i.e. remaining change in demand to get back to new budget constraint (parallel shift, move U2 → U2' with E<sub>Slutsky</sub> → E2'). Thereby the total effect of increased competition ( $\Delta p < 0$ ) tant amount to summation of substitution and income effects.

Let's consider income effect expression:

$$\frac{\partial h^{\text{para-c}}}{\partial p(h^c)} = - \left( \frac{\partial h^{\text{para-c}}}{\partial W} \right) h^c$$

Paraclinical hours comprise non-clinical hours and leisure. Given both are normal goods (non-clinical hours related to quality of care and physician's satisfaction) the derivative is positive translating income effect into positive, that is ( $\partial h^{\text{para-c}} > 0$ ). Therefore under increased competition number of paraclinical hours expected to increase. Thus due to constraint  $T = h^{\text{para-c}} + h^c$  i.e. total working hours bounded above we arrive at expected decrease of clinical hours ( $\partial h^c > 0$ ).

The simplest way to analyze substitution effect by intensity of services administration  $i$  measured by number of services administered per patient per day<sup>2</sup> that inversely related to quality of services by definition.

First derivative of intensity by prices ( $p(i)$  – price of unit of intensity  $i$ ,  $p(h^{\text{para-c}})$  – price of an hour of paraclinical activities) can be expressed as follows:

$$\frac{\partial \tilde{i}}{\partial p} = \frac{\partial \tilde{i}}{\partial p(i)} \frac{\partial p(i)}{\partial p} + \frac{\partial \tilde{i}}{\partial p(h^{\text{para-c}})} \frac{\partial p(h^{\text{para-c}})}{\partial p} \quad (2)$$

Inequality  $\frac{\partial \tilde{i}}{\partial p(i)} \geq 0$  goes from nature of Hicks demand. Given that non-clinical hours and leisure are Hicksnet-substitutes, cross-price effects expected to be negative, with  $\frac{\partial \tilde{i}}{\partial p(h^{\text{para-c}})} \leq 0$ . In the absence of counterbalancing increase of  $\partial p(h^{\text{para-c}})$  we have

$\frac{\partial p(i)}{\partial p} = 1$  that entails  $\frac{\partial \tilde{i}}{\partial p} \geq 0$ . Therefore, in the absence of compensation, e.g. fixed salary, pecuniary incentives for paraclinical activities related to quality of patient



management, volume of services suffers decrease by compensated elasticity. Given sign of income effect one can deduce the expected decrease in volume of services and related decrease in clinical hours. Instead physician shifts to perform functions ensuring quality of care by increasing non-clinical hours given leisure hours are bounded above.

Besides, quality of services is increased by inverse relationship between quality and intensity of work, for each medical procedure takes now more time to be considered and administered more meticulously.

Analogue conclusions were made by researchers (Damien Échevin, Bernard Fortin, 2011) who studied changes of physician practices as response to transition from fee for services (FFS) based remuneration to mixt of FFS and hourly based salary. Situation is somewhat similar but drop in marginal profit for administered procedure ( $p$ ) was compensated by hourly payment ( $w$ ).

Theoretical model also differed and described narrower set of possibilities according to particular situation. They proceeded with derivatives of simultaneous structural equations. One equation described physician's effort ( $e$ ) to administer procedures the other signified working hours ( $D$ ). Argument set enlisted income due to non-clinical activities, that is  $y - p * e * D$  with  $y$  denoted total income (p. 6):

$$e = e(p, D, w, y - p * e * D)$$

$$D = D(p, D, w, y - p * e * D)$$

To elucidate effects of transition to mixt remuneration they analyzed derivatives by  $p$  and  $w$  with the help of Slutsky decomposition. Researchers deduced that partial effect of drop in marginal income for administered procedure entailed reduction of physician's effort that is verbatim of our model based inference.

Derivatives by  $w$  substantiated deduction on negativity of compensated effect of increase in  $w$  on physician's effort to produce services. This goes hand in hand with our conclusion. It is straight from our model that introduction of hourly based salary (counter balancing compensation with cross-price negative effects) motivates physician to increase non-clinical hours in lieu of clinical hours.

The reduction in physician's efforts was expected both by compensated effect and by income effect (p. 8) that is in tune to our conclusions. The beneficial features of our model and related deductions are generality and much more simplified reckoning and interpretation.

## **Impact of ongoing health care reform on survival of patients with acute myocardial infarction**

Klimenyk Volodimir Petrovich, Ocheredko Oleksandr Mykolayovich

Pirogov memorial Vinnitsa National Medical University

Our preliminary investigations stated that it is timeliness of treatment and hospitalization that constitutes the linchpin of pivotal importance to improve survival in acutemiocardial infarction(AMI) patients with  $RR=1,44$ . Related derivative is severity of patient's condition at hospitalization ( $RR=1,98$ ), exigent administration of  $\beta$ -blockers ( $1-RR=0,549$ ), along with reperfusion ( $1-RR=0,35$ ). Treatment intensity and accomplishment is yet another significant factor to reduce lethality ( $RR=2,767$ ). Widely discussed issues in research publications are effectiveness of intensive treatment procedures, trombolitic therapy, PCI, CABG are most popular among them, as well as severity of patient's condition, comorbidity load (mostly measured by Charlson's index), ejection fraction and systolic blood pressure values at hospitalization, presence of pathological Q, instances of heart arrest before or at hospitalization, patient's gender and age.

Whereas ongoing health care reform (HCR) greatly influenced all abovementioned issues the necessity to make in process assessments is obvious. Many innovations were introduced in emergency care; actually highly interspersed services and facilities were united since 2009 into emergency medicine with compartmentalized budgeting, management, and greatly enhanced capabilities. Most efficiently it was implemented in Vinnitsa region. Another remarkable innovation was establishment of Vinnitsa regional centre of cardio-surgery in 2008. They serve procedures of percutaneous coronary intervention (PCI) free of charge. Among obvious advantages there are:extraterritorial organization of emergency cases management, attenuation of geographical disparity in coverage with emergency care services.

Data were organised by cohort design. Control cohort comprised 400 patients with first episode of AMI treated in cardiological Vinnitsa city department on the eve of reform, namely 2005-2006 years. Experimental cohort consisted of 400 patients with first episode of AMI treated in Vinnitsa regional cardiological centre in 2008-2009 years at the moment of reform initiation and opening of the centre. Diagnoses comprised ICD-10 codes I21.0-I21.3, I21.4, I21.9, I22. Relevant covariates such as trombolitic therapy, PCI and CABG procedures administration, severity of patient's condition, comorbidity load (measured by Charlson's index), ejection fraction and systolic blood pressure values at hospitalization, presence of pathological Q,

instances of heart arrest before or at hospitalization, patient's gender and age were observed.

We have chosen flexible semi-parametric positive stable frailty (PSF) model to study survival effect of health care reform. Frailty model incapacitates the assessment of individual propensity to survive, incorporating unobserved patient's characteristic influenced survival differently across patients.

Linear predictor is set by factors that indicate accessibility, timeliness, quality of services, as well as covariates known to be moderators of survival in AMI patients. So we include covariates: treatment with trombolitic therapy, PCI, CABG severity of patient's condition, comorbidity load (measured by Charlson's index), left ventricular ejection fraction (LVEF) and systolic blood pressure (SBP) values at hospitalization, presence of pathological Q, instances of heart arrest before or at hospitalization, patient's gender and age.

All in all after adjustment on important clinical and biological confounders the implementation of the model of medical care to patients with acute myocardial infarction in the process of HCR in Vinnitsa region proved to reduce basic hazard significantly securing substantial gain in months of survival. Estimators are safeguarded against biases due to unobservable factors by taking into account frailties. HCR effect ( $\beta = -0,179$ ,  $p = 0,029$ ) secures basic hazard reduction by 19,6%.

Among all organisational functionals of medical care it appeared that it's timeliness that of paramount importance in hazard reduction in patients with AIM. If patient was hospitalised with 10 hours delay or more basic risk of lethality increased by 43,6%. Effectiveness of administration of trombolitic therapy, PCI, and CABG closely related to timeliness of administration, especially to first 10-12 hours. Administration of trombolitic therapy in first 10-12 hours reduced basic risk of lethality by 26,6%, while timely performed PCI, and CABG reduced hazard by 31,1%. Severe patient's condition at hospitalization increased basic risk of lethality by 21,8%. All these covariates are time related and bare indirect evidence on importance of timeliness of treatment.

Further investigation of survival curves revealed that implementation of the HCR saved additional 0,8788 survival months to average patient in first 5 years from AMI incident that sum up to gain of 1757,6 months annually throughout the Vinnitsa region. It was unveiled that main effect (84,2%) was related particularly to improvement in timeliness of medical care.