



травень 2023

Клінічна та профілактична медицина

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

Clinical and Preventive Medicine



State Institution of Science
«Research and Practical Center
of Preventive and Clinical Medicine»
State Administrative Department

2(24)

ISSN 2616-4868

www.cp-medical.com

ЗАСНОВНИК:

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами

FOUNDER:

State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department

Головний редактор — Дячук Д.Д.

Заступник головного редактора — Ященко Ю.Б.

Провідний редактор — Грішин В.Б.

Відповідальний секретар — Кондратюк Н.Ю.

Літературний редактор — Римарук К.В.

Chief Editor — Diachuk D.D.

Deputy Editor-in-Chief — Yaschenko Yu.B.

Leading editors — Grishin V.B.

Responsible secretary — Kondratiuk N.Yu.

Literary editor — Rymaruk K.V.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Бевзенко Т.Б. (Україна)

Буряк О.Г. (Україна)

Вежновець Т.А. (Україна)

Вітовська О.П. (Україна)

Грузєва Т.С. (Україна)

Головко С.В. (Україна)

Зюков О.Л. (Україна)

Кобиляк Н.М. (Україна)

Крячкова Л.В. (Україна)

Курик О.Г. (Україна)

Мельник В.С. (Україна)

Гладкевич А.В. (Нідерланди)

Шапринський В.О. (Україна)

EDITORIAL BOARD

Bevzenko T.B. (Ukraine)

Buryak O.G. (Ukraine)

Vezhnovets T.A. (Ukraine)

Vitovs'ka O.P. (Ukraine)

Gruzieva T.S. (Ukraine)

Golovko S.V. (Ukraine)

Zyukov O.L. (Ukraine)

Kobilyak N.M. (Ukraine)

Kriachkova L.V. (Ukraine)

Kurik O.G. (Ukraine)

Melnik V.S. (Ukraine)

Gladkevich A.V. (Netherlands)

Shaprynskyi V.O. (Ukraine)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради *Дячук Д.Д.*

Вдовиченко Ю.П. (Київ)

Гриценко В.І. (Київ)

Грузєва Т.С. (Київ)

Коваленко В.М. (Київ)

Князевич В.М. (Київ)

Кузнєцова С.М. (Київ)

Лазоришинець В.В. (Київ).

Нетьяженко В.З. (Київ)

Пархоменко О.М. (Київ)

Страфун С.С. (Київ)

Усенко О.Ю. (Київ)

Файнзільберг Л.С. (Київ)

Ященко Ю.Б. (Київ)

Геринг Евальд (Німеччина)

EDITORIAL COUNCIL

Editor-in-Chief *Diachuk D.D.*

Vdovichenko Yu.P. (Kyiv)

Gritsenko V.I. (Kyiv)

Gruzieva T.S. (Kyiv)

Kovalenko V.M. (Kyiv)

Knyazevich V.M. (Kyiv)

Kuznetsova S.M. (Kyiv)

Lazorishinets V.V. (Kyiv)

Netyazhenko V.Z. (Kyiv)

Parkhomenko O.M. (Kyiv)

Strafun S.S. (Kyiv)

Usenko O.Yu. (Kyiv)

Fainzilberg L.S. (Kyiv)

Yaschenko Yu.B. (Kyiv)

Goering Ewald (Germany)

Адреса редакції:

01014, м. Київ, вул Верхня, 5, Україна

Тел. (044) 254-68-71, e-mail: mag.cp.medical@gmail.com

<http://www.cp-medical.com>

Періодичність виходу — 2-4 рази на рік

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
№ 17834-6684P від 04.05.2011 р.

Рекомендовано до друку Вченою радою ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС (протокол №3 від 20.04.2023 р.)

Підписано до друку 21.04.2023 р.

Видавець — Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

Журнал входить до списку друкованих (електронних) періодичних видань, що включаються до Переліку наукових фахових видань України (Наказ МОН України 07.05.2019 р. № 612)

Журнал індексується в CrossRef (США)



Усі статті обов'язково рецензуються.

Цілковите або часткове поширення в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

© Державна наукова установа
«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами



© State Institution of Science
«Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine»
State Administrative Department



ЗМІСТ

№ 2 (24)

ЕКОНОМІКА І ПРАВО В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

С. П. Красюк

**ВИЗНАЧЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ
ДО УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ 6**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.01)

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

В. Р. Горошко, Ю. Л. Кучин

**НАЯВНІСТЬ НЕЙРОПАТИЧНОГО
КОМПОНЕНТУ БОЛЮ У ПАЦІЄНТІВ
З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ ПІСЛЯ
ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ..... 14**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.02](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.02)

О. Й. Комариця, М. О. Кондратюк, О. М. Радченко

**СПЕЦИФІЧНІ ПОКАЗНИКИ
СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ
ІНТОКСИКАЦІЇ ЗА УМОВ СУПУТНЬОГО
СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ 20**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.03](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.03)

О. О. Литвак, В. М. Кладієв

**ВІДНОВЛЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ
ФУНКЦІЇ ЕНДОМЕТРІЯ ПІСЛЯ
ГІСТЕРОСКОПІЧНОЇ МІОМЕКТОМІЇ..... 26**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.04](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.04)

ДОСЛІДЖЕННЯ

Д. Д. Дячук, Р. П. Ткаченко, Н. Ю. Кондратюк

**ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ
ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРПАРАТИРЕОЗОМ
НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ 33**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.05](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.05)

Т. Г. Гутор, Н. Ф. Тімченко

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ТА
ПРОГНОЗУВАННЯ НЕВИНОШУВАННЯ
ВАГІТНОСТІ В УКРАЇНІ ТА
У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ 38**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.06](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.06)

В. О. Зуб

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ
ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ЛЕГЕНЬ,
ПРОСТАТИ, МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ
ТА ШЛУНКУ В УКРАЇНІ ЗГІДНО
ОПИТУВАЛЬНИКА EORTC QLQ-C30..... 45**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.07](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.07)

Н. М. Калашинікова

**АНАЛІЗ ДИНАМІКИ РЕГІОНАЛЬНИХ
ТА ВІКО-СТАТЕВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ
ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА МЕЛАНОМУ
В УКРАЇНІ ПРОТЯГОМ 2010-2020 рр..... 55**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.08)

Т. Ю. Малиш, М. А. Тріщинська

**ВПЛИВ ВТОМИ НА КОГНІТИВНИЙ
СТАТУС ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ
ІЗ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗОМ 61**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.09](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.09)

Л. О. Литвинова, Н. В. Гречишкіна, Л. І. Артемчук,

О. Б. Тонковид, Н. Ю. Слуту

**АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ
ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ
ТЕХНОЛОГІЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ
В УКРАЇНІ 68**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.10](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.10)

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПОЦЕСУ

Т. С. Грузєва, Л. В. Крячкова, Н. В. Гречишкіна,

Г. В. Іншакова

**ОБГРУНТУВАННЯ СКЛАДОВОЇ
ОБ'ЄКТИВНОГО СТРУКТУРОВАНОГО
ПРАКТИЧНОГО (КЛІНІЧНОГО)
ІСПИТУ ВИПУСКНИКІВ
ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ «МЕДИЦИНА»,
«ПЕДІАТРІЯ» З ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я 75**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.11](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.11)

О. В. Клименюк, О. М. Очередько, В. П. Клименюк,

А. А. Руденко

**АНАЛІЗ ПОВЕДІНКИ БАЛАНСОВИХ
ЗНАЧЕНЬ ВИТРАТ, ЯКОСТІ
ТА КОМФОРТУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
ПАЦІЄНТА 81**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.12](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.12)

ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД

Г. З. Мороз, І. А. Голованова, С. А. Бичкова,

О. О. Дзізіньська

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЗАЛУЧЕННЯ
ПАЦІЄНТІВ ДО СПІЛЬНОГО
УХВАЛЕННЯ РІШЕНЬ ТА
ПАРТНЕРСЬКОЇ УЧАСТІ В ПРОЦЕСІ
ЛІКУВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)..... 89**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.13](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.13)

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ
УЧАСТЮ ДО ВСЕСВІТНЬОГО ДНЯ
ЗДОРОВ'Я 2023 р. ТА 75-РІЧЧЯ ВООЗ
«ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВСІХ» (HEALTH FOR ALL)**

<i>Т. С. Грузєва, Г. В. Іншакова</i> ТЕМАТИЧНА ПАЛІТРА ПИТАНЬ ПОЛІТИКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	99
<i>В. М. Лехан, Л. О. Гриценко</i> ПІДХОДИ ДО ОБҐРУНТУВАННЯ ІНТЕГРОВАНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО ПІДДАЮТЬСЯ АМБУЛАТОРНОМУ ЛІКУВАННЮ	99
<i>В. М. Михальчук, Я. І. Августинів</i> ПРОГНОСТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ РОБОТИ ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ	100
<i>В. Д. Парій, О. В. Короткий, С. М. Грищук</i> ВИВЧЕННЯ ПРИОРИТЕТНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ, СКЕРОВАНИХ ДЛЯ ЇХ ВИКОНАННЯ ЛІКАРЯМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	100
<i>В. Д. Парій, В. М. Богомаз, І. А. Кучинська, А. О. Сидорова</i> РЕТРОСПЕКТИВНА ОЦІНКА ІНДИКАТОРІВ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19..	101
<i>Д. Д. Дячук, Р. П. Ткаченко, Н. Ю. Кондратюк</i> ОСНОВНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ВТОРИННИМ ТА ТРЕТИННИМ ГІПЕРПАРАТИРЕОЗОМ.....	101
<i>Т. С. Грузєва, Б. І. Паламар, Н. В. Гречишкіна, Г. В. Іншакова</i> ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА ЯК СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	102
<i>Т. М. Горlach</i> ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTI НАСЕЛЕННЯ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ЗА ПЕРІОД 2015-2022 рр.	102
<i>Н. І. Зінченко</i> ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ПАТОЛОГІЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗА ПЕРІОД 2015-2022 рр.	103
<i>О. М. Каширцева</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МОТОРНО- СЕКРЕТОРНИХ ПОРУШЕНЬ, ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗПОДІЛЕННЯ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ТА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ.....	103
<i>В. Г. Кий-Кокарева</i> ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЕЛЕКТРОННОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	104

<i>Л. О. Литвинова, Л. І. Артемчук, О. М. Донік</i> АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ.....	104
<i>Н. М. Калашникова</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ОНКОПАТОЛОГІЄЮ ШКІРИ	105
<i>О. М. Фіалковська, Т. А. Карасєвська, Г. В. Мостбауер</i> ВПЛИВ ВОЄННОГО СТАНУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	105
<i>О. П. Яворовський, Ю. М. Скалецький, Р. П. Брухно, Т. О. Зінченко, В. М. Рябовол, Т. І. Козар, О. М. Брухно</i> ДО ПИТАННЯ ОЦІНКИ КУЛЬТУРИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ У ВІТЧИЗНЯНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	106
<i>Н. С. Полька, О. І. Турос, О. П. Рудницька</i> МЕДИКО-ЕКОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ	106
<i>О. І. Турос, А. В. Коблянська</i> МІЖНАРОДНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНОК ВПЛИВУ ГЛОБАЛЬНОГО ПОТЕПЛІННЯ	107
<i>В. М. Рябовол, Т. І. Козар, Р. П. Брухно</i> ГІГІЄНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРАМЕТРІВ МІКРОКЛІМАТУ ТА ВИРОБНИЧОГО ШУМУ НА ВИРОБНИЦТВІ НАНОПОРОШКУ ДІОКСИДУ ТИТАНУ МЕТОДОМ ТЕРМІЧНОГО СИНТЕЗУ	107
<i>М. П. Гуліч</i> ЗДОРОВЕ ХАРЧУВАННЯ – ЯК ФАКТОР ЗАПОБІГАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ: ПОЛІТИКА ВООЗ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД..	108
<i>В. М. Махнюк, В. В. Махнюк, С. М. Могильний, В. В. Чорна, В. П. Скочко</i> ІНСТРУМЕНТ ЕФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРЕЗ СТВОРЕННЯ САНІТАРНО- ГІГІЄНІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ДО НОВІТНИХ ДЕРЖАВНИХ БУДІВЕЛЬНИХ НОРМ УКРАЇНИ ДБН В.2.2-10:2022 ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	108
<i>В. В. Кузіна, Т. Г. Хмиз, М. В. Ткаченко</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	109
<i>Р. С. Назарян, В. А. Шевчук, Н. В. Одушкіна</i> СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ	109
<i>Н. Ю. Слуту</i> МІСЦЕ БІОСТАТИСТИКИ В ПРОГРАМІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ НАВЧАННЯ..	110
<i>Л. О. Рудакова, В. М. Михальчук</i> СОЦІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК РІЗНОВИД ПРОФІЛАКТИЧНОЇ СТРАТЕГІЇ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ.....	110

CONTENT

№ 2 (24)

ECONOMICS AND LAW IN HEALTH CARE

S. P. Krasiuk

**DETERMINING COMMITMENT
TO THE UNIVERSITY CLINIC
OF O. O. BOGOMOLETS NATIONAL
MEDICAL UNIVERSITY..... 6**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.01)

CLINICAL MEDICINE

V. R. Horoshko, Yu. L. Kuchyn

**PRESENCE OF A NEUROPATHIC
PAIN COMPONENT IN PATIENTS
WITH CHRONIC PAIN AFTER GUNSHOT
WOUNDS 14**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.02](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.02)

O. Y. Komarytsia, M. O. Kondratyuk, O. M. Radchenko

**SPECIFIC INDICATORS
OF ENDOGENOUS INTOXICATION
SYNDROME UNDER THE CONDITIONS
OF CONCOMITANT STEATOSIS OF THE LIVER.. 20**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.03](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.03)

O. O. Lytvak, V. M. Kladiev

**REPAIR OF THE REPRODUCTIVE
FUNCTION OF THE ENDOMETRIUM
AFTER HYSTEROSCOPIC MYOMECTOMY 26**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.04](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.04)

RESEARCH

D. D. Diachuk, R. P. Tkachenko, N. Yu. Kondratiuk

**STUDY OF THE QUALITY
OF LIFE OF PATIENTS
WITH HYPERPARATHYROIDISM
ON THE BACKGROUND OF CHRONIC
KIDNEY FAILURE..... 33**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.05](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.05)

T. G. Gutor, N. F. Timchenko

**EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS
AND PROGNOSIS OF MISCARRIAGE
IN UKRAINE AND LVIV REGION 38**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.06](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.06)

V. O. Zub

**COMPARATIVE ANALYSIS FOR QUALITY
OF LIFE OF PATIENTS WITH LUNG,
PROSTATE, BREAST AND GASTRIC
CANCER IN UKRAINE ACCORDING
TO THE EORTC QLQ-C30 QUESTIONNAIRE 45**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.07](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.07)

N. M. Kalashnykova

**ANALYSIS OF DYNAMICS OF REGIONAL
AND AGE-GENDER CHARACTERISTICS
OF MELANOMA INCIDENCE IN UKRAINE
DURING 2010-2020 55**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.08)

T. Yu. Malysh, M. A. Trishchynska

**THE EFFECT OF FATIGUE ON
THE COGNITIVE STATUS AND
QUALITY OF LIFE OF PATIENTS
WITH LYME-BORRELIOSIS 61**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.09](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.09)

*L. A. Lytvynova, N. V. Hrechyshkina, L. I. Artemchuk,
O. B. Tonokovy, N. Y. Slutu*

**RELEVANCE OF THE USE OF ASSISTED
REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES
IN CURRENT CONDITIONS IN UKRAINE 68**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.10](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.10)

ORGANIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS

*T. S. Gruzjeva, L. V. Kriachkova, N. V. Hrechyshkina,
H. V. Inshakova*

**SUBSTANTIATION OF THE «HEALTH CARE
ORGANIZATION» COMPONENT OF THE
OBJECTIVE STRUCTURED PRACTICAL
(CLINICAL) EXAM OF MASTER'S DEGREE
IN THE SPECIALTIES «MEDICINE»
AND «PEDIATRICS» IN THE FIELD OF
KNOWLEDGE «22 HEALTH CARE» 75**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.11](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.11)

*O. V. Klymenyuk, O. M. Ocheredko, V. P. Klymenyuk,
A. A. Rudenko*

**ANALYSIS OF THE BEHAVIOR OF
BALANCE VALUES OF COSTS, QUALITY
AND COMFORT OF MEDICAL SERVICES
DEPENDING ON THE PATIENT'S
MEDICAL EDUCATION 81**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.12](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.12)

LITERATURE REVIEW

G. Z. Moroz, I. A. Holovanova, S. A. Bychkova, O. O. Dzyzinska

**CURRENT ASPECTS OF ENGAGING
PATIENTS TO SHARED DECISION-
MAKING AND PARTNER PARTICIPATION
IN THE TREATMENT PROCESS (REVIEW) 89**

[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.13](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.13)

**MATERIALS OF THE SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION
FOR WORLD HEALTH DAY 2023
AND THE 75TH ANNIVERSARY
OF WHO «HEALTH FOR ALL»**

T. S. Gruzieva, H. V. Inshakova

**THEMATIC PALETTE OF QUESTIONS
ON PUBLIC HEALTH POLICY IN THE
EDUCATIONAL PROCESS OF TRAINING
MASTER'S DEGREE IN PUBLIC HEALTH..... 99**

V. M. Lekhan, L. O. Hrytsenko

**APPROACHES TO JUSTIFYING
AN INTEGRATED MODEL OF
PRIMARY HEALTHCARE PROVISION
FOR PATIENTS UNDERGOING
AMBULATORY TREATMENT OF DISEASES..... 99**

V. M. Mykhailchuk, Ya. I. Avhustynovych

**PROGNOSTIC EFFICIENCY OF AN
IMPROVED MODEL OF PRIMARY
MEDICO-SANITARY CARE CENTER OPERATION... 100**

V. D. Pariy, O. V. Korotkyi, S. M. Hryshchuk

**STUDY OF PRIORITY LABORATORY
INVESTIGATIONS IN PATIENTS
REFERRED FOR THEIR PERFORMANCE
BY PRIMARY MEDICAL CARE PHYSICIANS..... 100**

V. D. Pariy, V. M. Bohomaz, I. A. Kuchinska, A. O. Sydorova

**RETROSPECTIVE EVALUATION OF
INDICATORS OF SEVERE COURSE OF COVID-19... 101**

D. D. Diachuk, R. P. Tkachenko, N. Yu. Kondratiuk

**MAIN ASPECTS OF STUDYING THE
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS
WITH SECONDARY AND TERTIARY
HYPERPARATHYROIDISM 101**

*T. S. Gruzieva, B. I. Palamar, N. V. Grechishkina,
H. V. Inshakova*

**INTERNSHIP AS A COMPONENT OF
PUBLIC HEALTH PROFESSIONALS' TRAINING . 102**

T. M. Gorlach

**DYNAMICS OF MORBIDITY AMONG
THE ELDERLY POPULATION
FOR THE PERIOD OF 2015-2022..... 102**

N. I. Zinchenko

**DYNAMICS OF MORBIDITY ON THYROID
PATHOLOGY AMONG THE ADULT
POPULATION FOR THE PERIOD OF 2015-2022... 103**

O. M. Kashirtseva

**INTERCONNECTION BETWEEN
MOTOR-SECRETORY DISORDERS,
DISTRIBUTION CHARACTERISTICS
OF ADIPOSE TISSUE,
AND CLINICAL MANIFESTATIONS
OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX
DISEASE WITH CONCOMITANT OBESITY..... 103**

V. G. Kiy-Kokariyeva

**SOME ASPECTS OF ELECTRONIC
HEALTHCARE 104**

L. O. Lytvynova, L. I. Artemchuk, O. M. Donik

**ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF PRIMARY
DISABILITY IN THE ADULT POPULATION..... 104**

N. M. Kalashnykova

**DYNAMICS OF INDICATORS
FOR PROVIDING INPATIENT CARE
TO PATIENTS WITH SKIN ONCOLOGY 105**

O. M. Fialkovska, T. A. Karasevska, G. V. Mostbauer

**THE IMPACT OF WAR SITUATION
ON THE PSYCHOEMOTIONAL STATE
OF MEDICAL STUDENTS..... 105**

O. P. Yavorovsky, Yu. M. Skaletsky, R. P. Brukhno,

T. O. Zinchenko, V. M. Ryabovol, T. I. Kozar, O. M. Brukhno
**ON THE QUESTION OF ASSESSING
THE CULTURE OF PATIENT SAFETY IN
DOMESTIC HEALTHCARE FACILITIES..... 106**

N. S. Polka, O. I. Turos, O. P. Rudnytska

**MEDICAL-ECOLOGICAL AND SOCIAL
PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH IN
UKRAINE IN EMERGENCY CONDITIONS 106**

O. I. Turos, A. V. Koblyanska

**INTERNATIONAL APPROACHES TO ASSESSING
THE IMPACT OF GLOBAL WARMING 107**

V. M. Ryabovol, T. I. Kozar, R. P. Brukhno

**HYGIENIC RESEARCH OF
MICROCLIMATE PARAMETERS
AND-15 INDUSTRIAL NOISE IN THE
PRODUCTION OF TITANIUM DIOXIDE
NANOPARTICLES BY THERMAL
SYNTHESIS METHOD 107**

M. P. Hulich

**HEALTHY NUTRITION AS A FACTOR IN
DISEASE PREVENTION: WHO POLICY
AND DOMESTIC EXPERIENCE..... 108**

*V. M. Makhniuk, V. V. Makhniuk, S. M. Mohylnyi, V. V.
Chorna, V. P. Skochko*

**THE INSTRUMENT OF EFFECTIVE
HEALTHCARE MANAGEMENT
THROUGH THE CREATION OF A
SANITARY-HYGIENIC COMPONENT
IN THE NEW STATE BUILDING
REGULATIONS OF UKRAINE DBN
V.2.2-10:2022 FOR HEALTHCARE FACILITIES 108**

V. V. Kuzina, T. G. Khmiz, M. V. Tkachenko

**FEATURES OF PREVENTION OF DENTAL
DISEASES IN CHILDREN DURING TIMES
OF WAR..... 109**

R. S. Nazaryan, V. A. Shevchuk, N. V. Odushkina

**CURRENT ASPECTS OF TREATMENT OF
LOWER JAW FRACTURES IN CHILDREN..... 109**

H. Ю. Слыты

**THE ROLE OF BIOSTATISTICS IN THE
TRAINING PROGRAM FOR FUTURE
MEDICAL MASTER'S STUDENTS IN
MODERN EDUCATIONAL CONDITIONS..... 110**

L. O. Rudakova, V. M. Mikhalchuk

**SOCIAL HEALTH INSURANCE
OF HEALTH CARE WORKERS AS A TYPE
OF PREVENTIVE STRATEGY
OF THE MEDICAL SPHERE..... 110**

ВИЗНАЧЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

С. П. Красюк

Університетська клініка Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме

Вступ. У статті розкрито місце університетських клінік (далі – УК) в системі закладів охорони здоров'я України, та їхню роль у реалізації права кожного громадянина на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги за рахунок коштів державного бюджету за програмою медичних гарантій. Наведено результати медико-соціального дослідження з визначення прихильності пацієнтів до УК та з'ясовано фактори ризику неприхильності.

Мета. З'ясувати місце університетської клініки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця в системі медико-індустріального кластеру міста Києва, провести медико-соціальне дослідження прихильності пацієнтів до університетської клініки та визначити основні фактори неприхильності.

Матеріали методи. Дослідження здійснювалося за принципом системності, застосовано медико-статистичний метод, методи анкетного анонімного опитування та аналітичного узагальнення. Побудова вибірки респондентів ґрунтується так, щоб на підставі вивчення їхньої думки можна було робити висновки про громадську думку потенційних клієнтів.

Результати та їх обговорення. За результатами дослідження встановлено, що будучи складовою системи охорони здоров'я, університетські клініки сьогодні за ефективністю наданих послуг та доступністю для населення відповідають потребам громадян. Маючи інноваційне обладнання та залучаючи до діагностично-лікувального процесу висококваліфікованих спеціалістів кафедр Університету, УК все більше викликають довіру і прихильність пацієнтів.

Результати проведеного анкетування стверджують, що університетська клініка Національного медичного університету імені О. О. Богомольця успішно інтегрував у медико-індустріальний кластер міста Києва, налаштувавши взаємодію як із НМУ, МОЗ та іншими Міністерствами та відомствами, так і з пацієнтами. Аналіз соціально-демографічних показників респондентів у 2022 р. засвідчив значний обсяг наданих клінікою послуг населенню міста Києва та інших регіонів України (найбільше звернень осіб пенсійного віку – 83, та службовців – 57 із 213 опитаних), тим самим забезпечуючи виконання державної програми медичних гарантій громадян. На зростання ризику не високої імовірності рекомендації УК має вплив підвищення віку ($p=0.013$) та зниження освітнього рівня ($p=0.040$) пацієнтів. Ризик не високої задоволеності комфортом в УК зростає ($p=0.002$) при зверненні до лікувального закладу за рекомендацією знайомих (пацієнтами УК).

Висновки. Позитивним висновком анкетування є відсутність ризику імовірності звернутись повторно до УК відповідно до аналізованих ознак.

Ключові слова: університетська клініка, анкетування, прихильність пацієнтів, медичні послуги, респондент.

ВСТУП

Сьогодні університетські клініки, в період інфраструктурного етапу медичної реформи, що перед-

бачає формування та кластеризацію госпітальних округів по регіонах України, відіграють важливу роль. Починаючи із 1990-х років, коли було створено першу університетську клініку при Донецькому націо-

нальному медичному університеті, за більше ніж 30 років сформовано мережу таких закладів, що включають 11 УК. З метою узгодження їхньої діяльності, у 2015 р. на державному рівні розроблено Наказ Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ) № 408 від 06.07.2015 «Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти)», де чітко визначено зміст самого поняття УК, як установи системи охорони здоров'я, що є лікувально-навчально-науковим структурним підрозділом закладу вищої освіти (закладу післядипломної освіти). Результати діяльності УК доводять їхню значимість як у напрямі забезпечення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників за стандартами вищої освіти, проведення науково-дослідної роботи, розробки, апробації та впровадження новітніх медичних технологій, так і в наданні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню.

МЕТА

Здійснити медико-соціальне дослідження прихильності пацієнтів до університетської клініки, з'ясувати основні фактори неприхильності.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Медико-критичним аналізом досліджено структури запропонованих анкет з оцінки задоволеності пацієнтів провідних закордонних університетських клінік, методом анкетного анонімного опитування зібрано необхідну кількість медико-статистичних даних, методом синтезу та узагальнення зроблено висновки щодо громадської думки про організацію роботи в Університетській клініці НМУ імені О. О. Богомольця.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Залежність здоров'я населення від здатності суспільства трансформувати наявні економічні ресурси у систему охорони здоров'я було і залишається донині беззаперечною істиною, на яку у 1998 р. звернув особливу увагу Лауреат Нобелівської премії з економіки, індійський вчений Амартія Сен. Аналізуючи економічний розвиток європейських країн, США, Великобританії та основні їх демографічні показники (народжуваність, смертність, середня тривалість життя) [1, 2], став очевидним той факт, що наявна система охорони здоров'я України потребує подальшого удосконалення. Запроваджена у 2018 р. реформа охорони здоров'я України зумовила низку перетворень, зокрема і щодо фінансових, структурно-організаційних та управлінських змін, проте через низку обставин (пандемія COVID-19, початок у лютому 2022 р. повномасштабної війни, дефіцит кадрів – лікарів первинної ланки медичної допомоги, еміграція висо-

кокваліфікованих спеціалістів за кордон тощо), усіх очікуваних результатів не досягнуто. У липні 2022 р. набув чинності Закон України № 2347-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги», положення якого стосуються основних повноважень громад на інфраструктурному етапі реформи, чинників і ризиків, які слід враховувати місцевому самоврядуванню, зокрема в умовах війни. Даний документ передбачає формування та кластеризацію госпітальних округів по областях України спрямовані на реалізацію права кожного громадянина на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги за рахунок коштів державного бюджету за програмою медичних гарантій. Як свідчать дані наукового дослідження Н. В. Коробчинської, яка провела моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні, на формування мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я впливають такі чинники: а) урахування потреб населення в медичному обслуговуванні, б) необхідність забезпечення якісного обслуговування, в) своєчасність отримання медичної допомоги, г) доступність послуг для громадян, д) ефективне використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів [3].

Відповідно до рішення Ради національної безпеки і оборони (РНБО) України від 30.07.2021 р. «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою», до суб'єктів господарювання, що забезпечують програму медичних гарантій до суб'єктів господарювання, що забезпечують програму медичних гарантій віднесено також університетські клініки та університетські лікарні, які сьогодні є структурними лікувально-навчально-науковими підрозділами закладів вищої і післядипломної освіти, що готують фахівців медичного спрямування [4]. Беручи до уваги «Операційний план» «Стратегії розвитку вищої освіти України на 2022-2032 роки» (затвердженої розпорядженням кабінету міністрів України від 23.02.2022 р.), у зазначених установах від 2024 р. передбачено також запровадження пільгового (страхового) обслуговування працівників закладів вищої освіти [5]. Доцільність створення університетських клінік при закладах вищої освіти медичного профілю зумовлена синергією двох складових – необхідністю практичної підготовки конкурентоспроможних фахівців та надання кваліфікованої допомоги громадянам. Варто відмітити, що більшість університетських клінік в Україні максимально забезпечені передовим інноваційним обладнанням і здатні вирішувати найскладніші лікувальні випадки, залучаючи до лікування висококваліфікованих спеціалістів різних профілів одночасно, що є беззаперечною умовою прихильного ставлення населення до таких закладів.

Такого ж типу медичний заклад створено у 2020 р. при Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця. Університетська клініка національного медичного університету (далі – НМУ), є державною структурою, де реалізуються три складові здобуття вищої медичної освіти – навчальна, науково-дослідна та практична (лікувальна робота), спрямовані на благо збереження здоров'я населення. У клініці функціонує 9 відділень, на базі яких розташовано 12 кафедр. Це свідчить про можливість високого рівня надання медичної допомоги із залученням кваліфікованих фахівців і науковців, із використанням передового технічного обладнання. Усі спеціалісти беруть активну участь у міжнародних конференціях, практиках, експериментах, тим самим обмінюючись досвідом й освоюючи новітні медичні технології.

Результати трирічної діяльності університетської клініки, зокрема в умовах дії військового стану, дають підстави ствердити, що заклад успішно інтегрував у медико-індустріальний кластер міста Києва, налаштувавши взаємодію як із НМУ, державою, так і з пацієнтами.

Слід зазначити, що практика проведення досліджень щодо визначення рівня задоволення пацієнтів

якістю отриманої медичної допомоги в університетських (академічних) лікарнях є досить поширеною закордоном. Так, подібні медико-соціологічні опитування здійснено в 2003, 2005 та 2007 роках у восьми Голландських академічних лікарнях. Для цього було розроблено спеціальну «основну анкету для оцінки задоволеності пацієнтів», яка дала можливість провести порівняльний аналіз результатів і виявити можливості для вдосконалення ресурсного потенціалу клінік [6]. Тому, перш ніж приступити до медико-соціологічного дослідження, здійснено вивчення наявних опублікованих інформаційних джерел з відповідними розробками та проведено медико-критичний аналіз структур запропонованих анкет [7, 8, 9, 10]. Виявлено, що усі вони побудовані відповідно до психометричних стандартів. На їхній основі у 2022 р. керівництвом Університетської клініки НМУ імені О. О. Богомольця проведено власне дослідження стосовно визначення прихильності пацієнтів до медичного закладу, результати якого представлено нижче.

В анкетному опитуванні університетської клініки взяло участь 213 осіб (табл. 1), що відповідає приблизно 2,5 % усіх пацієнтів клініки за 2022 рік. Така вибірка є запорукою отримання об'єктивної інформації.

Таблиця 1

Соціально-демографічні показники респондентів

Факторна ознака		Частота, абс. (%) (n=213)
Хто направив Вас/рекомендував Вам/ на лікування до Університетської клініки?	Лікар	119 (55.9)
	Співробітник кафедри НМУ	15 (7)
	Знайомий	48 (22.5)
	Закріплений за УК	31 (14.6)
Ваша стать	Чоловік	83 (39)
	Жінка	130 (61)
Ваш вік	18-30 років	10 (4.7)
	31-59 років	104 (48.8)
	60 років і старше	99 (46.5)
Ваша освіта	вища	128 (60.1)
	середня спеціальна	58 (27.2)
	середня	27 (12.7)
Ваша соціальна належність	робітник	37 (17.4)
	службовець	57 (26.8)
	працівники офісів	16 (7.5)
	безробітний	7 (3.3)
	пенсіонер	83 (39)
	студент	3 (1.4)
	інша	7 (3.3)
	особливий статус	3 (1.4)

За статтю переважали жінки (61 %), за віком – працездатні особи 31-59 років (48,8 %). Більшість опитаних мали вищу освіту (60,1 %) та знаходилися на державному соціальному забезпеченні (39 %), або були службовцями (26,8 %). Майже 56 % пацієнтів звернулися за допомогою у заклад за рекомендацією (направленням) сімейного лікаря. Зазначені цифри вказують на значний обсяг наданих клінікою послуг

в межах програми державних медичних гарантій, що і передбачено у положенні клініки, де співвідношення державних замовлень із платними послугами становить 80 % / 20 %.

Наступна група запитань анкетування мала за мету з'ясувати ступінь задоволення пацієнтів від отриманих медичних послуг (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл респондентів за ступенем задоволення відношенням медперсоналу до пацієнтів та вірогідністю рекомендації клініки іншим

Результат опитування		Частота, абс. (%) (n=213)
Яка вірогідність, що Ви порекомендуєте УК своїм родичам чи колегам?	вкрай ймовірно	121 (56.8)
	ймовірно	86 (40.4)
	дещо ймовірно	4 (1.9)
	сумнівно	-
	ні	2 (0.9)
Чи звернитесь повторно (при необхідності) до УК з метою обстеження та лікування?	вкрай ймовірно	134 (62.9)
	ймовірно	74 (34.7)
	дещо ймовірно	2 (0.9)
	сумнівно	1 (0.5)
	ні	2 (0.9)
Ви задоволені ставленням до Вас персоналу?	вкрай ймовірно	203 (95.3)
	ймовірно	9 (4.2)
	дещо ймовірно	1 (0.5)
Яка вірогідність, що Ви порадите свого лікуючого лікаря своїм родичам чи колегам?		10 (9-10)
Наскільки комфортні умови перебування в стаціонарі?		9 (8-10)

Примітки: кількісні ознаки (у балах) представлені як медіана та міжквартильний інтервал, Me ($Q_1 - Q_{III}$).

Результати опитування дали змогу встановити високу прихильність населення Київщини до отримання медичної допомоги в Університетській клініці (більше ніж половина опитаних) та бажання пацієнтів (за потреби) повторно звернутися до цього закладу.

Завдяки наведеним даним вдалося виконати прогнозування ризику вірогідності рекомендування університетської клініки своїм родичам чи колегам.

Для аналізу зв'язку ризику не високої прихильності до отримання допомоги в УК за питанням «Яка вірогідність, що Ви порекомендуєте УК своїм родичам чи колегам?» з факторними ознаками використано метод побудови та аналізу моделей логістичної регресії. Результуюча ознака приймала значення $Y=1$ («не висока ймовірність рекомендації УК родичам чи колегам», 92 анкетованих) або $Y=0$ («вкрай ймовірно рекомендації УК родичам чи колегам», 121 анкетований). У якості факторних ознак аналіз проводився для 5 ознак: хто направив на лікування до Університетської клініки, вік, стать, рівень освіти, соціальна належність.

У таблиці 3 наведено результати аналізу.

При проведенні аналізу виявлено зростання ($p=0.013$) ризику не високої ймовірності рекомендації УК з віком анкетованого, ВІШ = 1.85 (95 % ВІ 1.14-3.02) на кожну вікову градацію. Виявлено також зростання ($p=0.040$) ризику не високої ймовірності рекомендації УК із зниженням освітнього рівня анкетованого, ВІШ = 1.50 (95 % ВІ 1.02-2.20) на кожен рівень.

Для аналізу зв'язку ризику не високої прихильності до отримання допомоги в УК за питанням «Наскільки комфортні умови перебування в стаціонарі?» з факторними ознаками використано метод побудови та аналізу моделей логістичної регресії. Результуюча ознака приймала значення $Y=1$ («Оцінка менше 9 балів», 26 анкетованих) або $Y=0$ («Оцінка 9-10 балів», 187 анкетованих). У якості факторних ознак аналіз проводився для 5 ознак: хто направив на лікування до Університетської клініки, вік, стать, рівень освіти, соціальна належність.

У таблиці 4 наведені результати аналізу.

Таблиця 3.

Коефіцієнти однофакторних моделей логістичної регресії прогнозування ризику не високої імовірності рекомендації Університетської клініки

Факторна ознака		Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	Рівень значимості відмінності від 0	Показник ВШ (95 % ВІ)
Хто направив	Лікар	Референтний		
	Співробітник кафедри	-0.69 ± 0.61	0.260	—
	Знайомий	0.07 ± 0.35	0.838	—
	Закріплений за УК	0.52 ± 0.41	0.203	—
Стать	Чоловік	Референтний		
	Жінка	0.31 ± 0.29	0.275	—
Вік		0.62 ± 0.25	0.013	1.85 (1.14-3.02)
Освіта		0.40 ± 0.20	0.040	1.50 (1.02-2.20)
Соціальна належність	Робітник	Референтний		
	Служб.	-0.04 ± 0.44	0.922	—
	Працівники офісів	-0.01 ± 0.62	0.981	—
	Безробітний, пенсіонер, студент	0.52 ± 0.40	0.193	—
	Особливий статус	-0.20 ± 1.27	0.877	—
	Інші	0.21 ± 0.84	0.803	—

Таблиця 4.

Коефіцієнти однофакторних моделей логістичної регресії прогнозування ризику не високої задоволеності комфортом

Факторна ознака		Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	Рівень значимості відмінності від 0	Показник ВШ (95 % ВІ)
Хто направив	Лікар	Референтний		
	Співробітник кафедри	-0.01 ± 1.19	0.994	—
	Знайомий	1.53 ± 0.59	0.002	4.63 (1.75-12.2)
	Закріплений за УК	0.98 ± 0.61	0.108	—
Стать	Чоловік	Референтний		
	Жінка	-0.34 ± 0.42	0.424	—
Вік		-0.49 ± 0.35	0.167	—
Освіта		0.11 ± 0.59	0.695	—
Соціальна належність	Робітник	Референтний		
	Служб.	-0.28 ± 0.65	0.661	—
	Працівники офісів	0.39 ± 0.80	0.626	—
	Безробітний, пенсіонер, студент	-0.38 ± 0.60	0.527	—
	Особливий статус	2.55 ± 1.32	0.053	—
	Інші	0.06 ± 1.18	0.957	—

При проведенні аналізу виявлено зростання ($p=0.002$) ризику не високої задоволеності комфортом при направленні знайомим, ВШ = 4.63 (95 % ВІ 1.75-12.2) у порівнянні із направленням лікарем.

Для аналізу зв'язку ризику не високої прихильності до отримання допомоги в УК за питанням «Чи звернеться повторно (при необхідності) до УК з метою обстеження та лікування?» з факторними ознаками використано метод побудови та аналізу моделей логістичної регресії.

Результуюча ознака приймала значення $Y=1$ («не висока імовірність звернутись повторно», 81 анкетований) або $Y=0$ («вкрай імовірно (не висока імовірність рекомендації УК родичам чи колегам», 132 анкетованих). У якості факторних ознак аналіз проводився для 5 ознак: хто направив на лікування до Університетської клініки, вік, стать, рівень освіти, соціальна належність.

В таблиці 5 наведені результати аналізу.

Таблиця 5.

Коефіцієнти однофакторних моделей логістичної регресії прогнозування ризику не високої імовірності звернутись повторно

Факторна ознака		Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	Рівень значимості відмінності від 0	Показник ВШ (95 % ВІ)
Хто направив	Лікар	Референтний		
	Співробітник кафедри	-0.01 ± 0.58	0.983	—
	Знайомий	0.34 ± 0.35	0.327	—
	Закріплений за УК	0.75 ± 0.41	0.068	—
Стать	Чоловік	Референтний		
	Жінка	0.30 ± 0.29	0.303	—
Вік		-0.17 ± 0.24	0.490	—
Освіта		-0.23 ± 0.20	0.267	—
Соціальна належність	Робітник	Референтний		
	Служб.	0.42 ± 0.43	0.328	—
	Працівники офісів	0.13 ± 0.61	0.828	—
	Безробітний, пенсіонер, студент	-0.67 ± 0.41	0.101	—
	Особливий статус	1.08 ± 1.27	0.397	—
	Інші	0.67 ± 0.83	0.421	—

При проведенні аналізу не виявлено зв'язку ризику не високої імовірності звернутись повторно із аналізованими ознаками ($p > 0.05$ для всіх ознак).

ВИСНОВКИ

Університетські клініки, згідно із «Типовим положенням про університетську клініку вишого навчального закладу (закладу післядипломної освіти)», належать до суб'єктів господарювання, що забезпечують програму медичних гарантій населення країни. За період існування вони сформували позитивне ставлення пацієнтів як до медичного персоналу УК, отриманих медичних послуг, так і до ступеня комфортності закладу. Проведене медико соціальне дослідження з визначення прихильності пацієнтів до УК НМУ імені О. О. Богомольця засвідчило незначні ризики не високої імовірності рекомендації УК пацієнтів своїм знайомим (при підвищенні віку ($p = 0.013$) й зниженні освітнього рівня ($p = 0.040$)).

опитаних) та не високої задоволеності комфортом (зростає ($p = 0.002$) при направленні до лікувального закладу знайомими, а не сімейним лікарем). Загалом, відповідно з аналізованими ознаками, виявлено відсутність ризику імовірності звернутись повторно до УК. Це свідчить про те, що УК НМУ імені О. О. Богомольця успішно влилася в мережу державних і комунальних закладів охорони здоров'я України і зайняла свою нішу в госпітальному оточенні м. Києва, а також сформувала значну прихильність населення.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

В перспективі ми бачимо можливість вивчення виявлення прихильності пацієнтів до УК за окремими клінічними напрямками як в консультативно-діагностичному, так стаціонарному відділенні.

Конфлікт інтересів відсутній.

ЛІТЕРАТУРА

1. Скільки живуть і коли виходять на пенсію громадяни різних країн. Слово і діло: аналітичний портал. URL: Інфографіка — тривалість життя і пенсійний вік у країнах світу « Слово і Діло (slovoidilo.ua). 28 серп. 2021. (Дата звернення 23.01.2023).
2. Рогач І. М., Керецман А. О., Гаджега І. І. Огляд динаміки демографічної ситуації в Україні та її регіонах на фоні країн ЄС та світу: проблеми та перспективи. Проблеми клінічної педіатрії. 2019. № 2 (44). С. 49-56.
3. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. Публічне управління та митне адміністрування. 2022. № 1 (32). URL: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2022/1/11.pdf> (Дата звернення: 24.01.2023)

4. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою: рішення Ради РНБО України від 30.07.2021 р. № 369. Верховна Рада України. Законодавство України: вебсайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text> (Дата звернення 24.01.2023).
5. Про схвалення Стратегії розвитку вищої освіти України на 2022-2032 роки: розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.02.2022 р. № 286-р. Верховна Рада України. Законодавство України: вебсайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/286-2022-%D1%80#Text> (Дата звернення 24.01.2023).
6. A core questionnaire for the assessment of patient satisfaction in academic hospitals in The Netherlands: development and first results in a nationwide study / S. M. Kleefstra, R. B. Kool, C. M. A. Veldkamp [et. al.]. Qual Saf Health Care. 2010. № 19. 24 p. doi:10.1136/qshc.2008.030825
7. Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments / Isabelle Gasquet, Sylvie Villemainot, Carla Estaquio [et. al.]. Health and Quality of Life Outcomes. 2004, № 2. P. 43 doi:10.1186/1477-7525-2-43
8. Static Survey of Medical Institutions Medical Clinic Questionnaire. Fundamental Statistical Survey based on the Statistics. MHLW. 2017. October 1. 4 p.
9. A Survey of Hospital Quality Improvement Activities / Alan B. Cohen, Joseph D. Restuccia, Michael Schwartz [et. al.]. Medical Care Research and Review. 2008. Vol. 65. Number 5. P. 571-595.
10. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care / C. Jenkinson, A. Coulter, S. Bruster, [et. al.]. Qual Saf Health Care. 2002. № 11. P. 335-339.

REFERENCES

1. How long do citizens of different countries live and when do they retire. (28 aug. 2021). Word and deed: analytical portal. <https://www.slovoidilo.ua/2021/08/28/infografika/suspilstvo/skilky-zhyvut-koly-vykhodyat-pensiyu-hromadyany-riznyx-krayin>
2. Rohach, I., Keretsman, A., & Hadzheha, I. (2019). Overview of the demographic situation dynamics in Ukraine and its regions compared to EU and the world: aspects and problems. 1
3. Korobchynska, N. V. (2022). Automated quality monitoring system for medical care of the population at the local level. Public administration and customs administration, 1(32), 58-69. <https://doi.org/10.32836/2310-9653-2022-1.11>
4. About the state of the national health care system and inappropriate measures to provide citizens of Ukraine with medical care: (Decision of the Council of the National Security and Defense Council of Ukraine). № 369. (30.07.2021). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text>
5. On the approval of the Strategy for the Development of Higher Education of Ukraine for 2022-2032 (Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine). № 286-p. (23.02.2022). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/286-2022-%D1%80#Text>
6. Kleefstra, S. M., Kool, R. B., Veldkamp, C. M. A., Winters-van der Meer, A. C. M., Mens, M. A. P., Blijham, G. H., & de Haes, J. C. J. M. (2010). A core questionnaire for the assessment of patient satisfaction in academic hospitals in The Netherlands: development and first results in a nationwide study. Qual Saf Health Care, 19(5), e24. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.030825>
7. Gasquet, I., Villemainot, S., Estaquio, C., Durieux, P., Ravaut, P., & Falissard, B. (2004). Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. Health and Quality of Life Outcomes, 2(43). <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-43>
8. Static Survey of Medical Institutions Medical Clinic Questionnaire. (2017). Fundamental Statistical Survey based on the Statistics. Government Statistics MHLW. <https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hss/dl/Medical%20Clinic%20Questionnaire.pdf>
9. Cohen, A. B., Restuccia, J. D., Schwartz, M., Drake, J. E., Kang, R., Kralovec, P., Holmes, S. K., Margolin F., & Bohr D. (2008). A Survey of Hospital Quality Improvement Activities. Medical Care Research and Review, 65(5), 571-595. <https://doi.org/10.1177/1077558708318285>
10. Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N. & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. Qual Saf Health Care, 11(4), 335-339. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.335>

Summary

DETERMINING COMMITMENT TO THE UNIVERSITY CLINIC OF O. O. BOGOMOLETS NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY S.P. Krsiuk

University Clinic of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Introduction. The article reveals the role of university clinics (hereinafter – UC) in the system of healthcare institutions in Ukraine and their role in implementing the right of every citizen to receive free medical care in state and communal healthcare institutions at the expense of the state budget under the program of medical guarantees. The results of a medical and social study to determine patients' attitudes towards UCs and identify risk factors for non-acceptance are presented.

The aim. To determine the place of the University Clinic of the O. O. Bogomolets National Medical University in the medical-industrial cluster system of Kyiv city, conduct a medical and social study of patient attitudes towards the university clinic, and identify the main factors of non-acceptance.

Materials and methods. The study was conducted on the principle of systematicity, using medical-statistical methods, methods of anonymous questionnaire survey, and analytical generalization. The construction of the sample of respondents is based on the fact that, based on the study of their opinion, it is possible to draw conclusions about the public opinion of potential clients.

The results of the study show that university clinics, as a component of the healthcare system, meet the needs of citizens in terms of the effectiveness of services provided and accessibility to the population. With innovative equipment and the involvement of highly qualified specialists from the University's departments in the diagnostic and treatment process, university clinics are increasingly gaining the trust and support of patients.

The results of the survey confirm that the university clinic of the National Medical University named after O.O.Bogomolets has successfully integrated into the medical-industrial cluster of Kyiv, establishing cooperation with the university, the Ministry of Health, other ministries and agencies, as well as with patients. Analysis of the socio-demographic indicators of the respondents in 2022 showed a significant volume of services provided by the clinic to the population of Kyiv and other regions of Ukraine (with the highest number of visits from pensioners – 83, and civil servants – 57 out of 213 surveyed), thus ensuring the implementation of the state program of medical guarantees for citizens. The risk of low probability recommendations by the clinic is influenced by increasing age ($p=0.013$) and decreasing educational level ($p=0.040$) of patients. The risk of low satisfaction with the comfort of the clinic increases ($p=0.002$) when patients visit the medical facility on the recommendation of acquaintances (patients of the clinic).

Conclusions. The positive conclusion of the survey is the absence of a risk of probability of re-appealing to the UC based on the analyzed characteristics.

Key words: university clinic, questionnaire, patient commitment, medical services, respondent.

НАЯВНІСТЬ НЕЙРОПАТИЧНОГО КОМПОНЕНТУ БОЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ ПІСЛЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

В. Р. Горошко², Ю. Л. Кучин¹

¹ – член-кореспондент Національної академії медичних наук України, доктор медичних наук, професор, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

² – доктор філософії, Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме

Вступ. У пацієнтів з вогнепальними пораненнями хронічний біль спостерігається у 70 % випадків. Одним із факторів, який має вплив на таку високу частоту хронізації болю є кількість локалізацій поранених анатомічних ділянок тіла – у тих пацієнтів, що отримали поранення в 1 чи 2 анатомічні ділянки тіла частота хронізації складає 69.7 %, а у пацієнтів з пораненнями в 3-71.2 % випадків. Також, залишається не дослідженим наявність нейропатичного компонента болю у даній категорії пацієнтів та можливий його вплив на таку високу частоту хронізації.

Матеріали. Проаналізовано лікування 769 пацієнтів. Для виявлення нейропатичного болю застосовували Douleur Neuropathique 4 questions. Також використано критерій Шапіро-Уїлка, Манна-Уїтні, Фрідмана поправка Бонферроні, критерій хі-квадрат з урахуванням поправки на неперервність. При проведенні аналізу у всіх випадках критичний рівень значимості прийнятий рівним 0,05.

Результати. Дані Douleur Neuropathique 4 questions свідчать про те, що у всіх пацієнтів був наявний нейропатичний компонент болю (результати коливаються від 4 до 5 балів). Під час виписки на етапі лікування у військово-медичних клінічних центрах ми спостерігали відсутність у деяких пацієнтів нейропатичного компонента болю – це були ті пацієнти, у яких хронічний біль був відсутнім. Через 1 місяць – $p=0.918$, 3 місяці – 0.713 , 6 місяців – $p=0.824$ та 12 місяців – $p=0.911$ спостереження, дані не відрізнялись.

Висновки. Пацієнти, які отримали вогнепальні поранення мають високий ризик хронізації болю. Виявлено, що нейропатичний компонент болю присутній у всіх пацієнтів даної категорії, тому він є одним із ключових компонентів хронізації.

Ключові слова: нейропатичний компонент болю, вогнепальні поранення, хронічний біль

ВСТУП

Хронічний біль після вогнепальних поранень постійно «повертає» пацієнта, через спогади, до тих подій під час яких отримано таку травму [1, 4, 7, 11]. Він є одним із найсильніших факторів, який має психологічний вплив на людину у віддаленій перспективі лікування [2, 3, 8, 16]. Адже наслідки війни – поранення не завершуються «фізичним» лікуванням. Умови, в яких отримане поранення – умови, в яких з'явився біль є наслідком зв'язку пов'язаних факторів, що є причиною хронізації болю [5, 6, 18-20]. Саме спогади про, які постійно нагадує біль стають причиною формування станів психічної дизадаптації і, як наслідок

формування саморуйнівної поведінки [3, 9, 12, 15]. Вогнепальні поранення під час Операції Об'єднаних Сил становлять складають близько 54-70 % [5, 8, 14]. Хронічний біль також є значною проблемою для пацієнтів у цивільному житті, де його частота коливається в широких межах, в залежності від патології, від 11 % до 90 % випадків [10, 13].

Вивчення наявності нейропатичного компонента болю у пацієнтів із вогнепальними пораненнями потребує поглибленого дослідження, адже даних щодо його частоти у пацієнтів даної категорії практично відсутні чи представлені поодинокими випадками досвіду лікування. Тому дані нашого дослідження будуть відігравати важливу роль для лікування таких пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У нашому дослідженні усі пацієнти брали участь в Операції Об'єднаних Сил та отримали вогнепальні поранення під час бойових дій виконуючи бойові завдання. Виконувалось дослідження на базі Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь». Проаналізовано дані з історій хворіб за період з 2014 року по 2021 рік. Збір даних здійснювався на таких етапах лікування: з військових мобільних госпіталів, з військово-медичних клінічних центрів. Далі наше спостереження тривало 1 рік, а дані збирались через 1, 3, 6 і 12 місяців після виписки із стаціонарного лікування. Анестезіологічний ризик оцінювали за шкалою American Society of Anesthesiologists (ASA). Дослідження нейропатичного компоненту болю здійснювалось за допомогою діагностичного опитувальника для виявлення нейропатичного болю Douleur Neuropathique 4 questions (DN4).

Наше дослідження виконувалось в рамках протоколу біотичної експертизи № 158 від 23 травня 2022 року, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця.

Результати дослідження проаналізовані у пакеті EZR v.1.35 (R statistical software version 3.4.3, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Для перевірки розподілу кількісних показників на нормальність використано критерій Шапіро-Уїлка. Закон розподілу відрізнявся від нормального, для представлення кількісних показників наводилось медіанне значення (Me) та міжквартильний інтервал (Q_I - Q_{III}), порівняння показників у двох групах проводилося за критерієм Манна-

Уїтні. Для аналізу динаміки показників використано критерій Фрідмана для пов'язаних вибірок, постеріорне порівняння проводилося з використанням поправки Бонферроні. Для якісних показників представлено абсолютну частоту прояву ознаки та відносну частоту (%), а для порівняння двох груп використано критерій хі-квадрат з урахуванням поправки на неперервність. При проведенні аналізу у всіх випадках критичний рівень значимості прийнятий рівним 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Наше дослідження побудоване на результатах лікування 769 пацієнтів (комбатантів) із вогнепальними пораненнями, які вони отримали виконуючи бойові завдання під час бойових дій. Всі пацієнти були чоловіками, середній вік, яких коливався від 25-39 років (таблиця 1). Враховуючи той факт [10], що кількість локалізацій поранених анатомічних ділянок тіла має вплив на хронізацію болю наших пацієнтів ми розділили на 2 групи: до групи 1 віднесли пацієнтів із кількістю локалізацій поранених анатомічних ділянок тіла в 1 чи 2 анатомічні ділянки тіла (було 630 пацієнтів), а до групи 2 – пацієнти із кількістю локалізацій поранених анатомічних ділянок тіла більше 2 анатомічних ділянок тіла (було 139 пацієнтів).

Загальна характеристика груп (представлення даних).

Закон розподілу відрізняється від нормального, представлено медіану Me та міжквартильний інтервал (Q_I - Q_{III}), дані представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

**Загальна характеристика пацієнтів з вогнепальними пораненнями
(представлено медіану Me та міжквартильний інтервал (Q_I - Q_{III}))**

Показник	Група 1 (n=630)	Група 2 (n=139)	p
Вік (р.)	31 (25-39)	33 (25-39)	0.695
Зріст (см.)	178 (176-182)	178 (175.250-182)	0.799
Вага (кг.)	80 (74-85)	78 (75-85)	0.855
Кількість операцій	5 (4-7)	5 (5-7)	0.423
Середня тривалість анестезій (хв.)	125 (110-150)	125 (110-153.75)	0.731
Середня тривалість операцій (хв.)	115 (95-140)	115 (100-140)	0.637

Примітки: порівняння проводилося за критерієм Манна-Уїтні.

При проведенні аналізу не було виявлено статистично значимої відмінності віку пацієнтів в групах ($p=0.695$ за критерієм Манна-Уїтні). Тому наші групи співставимі за віком, а також за зростом – $p=0.799$, вагою пацієнтів – $p=0.855$, кількістю виконаних операцій – $p=0.423$, середньою тривалістю анестезій – $p=0.731$ та середньою тривалістю операцій – $p=0.637$.

У таблиці 2 представлено частоту випадків різних видів анестезій та ризиків за ASA у пацієнтів з вогнепальними пораненнями (абс. (%)).

Аналізуючи дані не було виявлено статистично значимої відмінності пацієнтів в групах за оцінкою стану пацієнтів відповідно до класифікації ASA – $p=0.411$. Тому наші групи співставимі за анестезіологічним ризиком за ASA, а також за статтю – $p=0.772$ та видами анестезій – $p=0.810$.

Діагностика нейропатичного компоненту болю у пацієнтів з вогнепальними пораненнями на етапах лікування та у віддаленому періоді спостереження.

Таблиця 2

Частота випадків різних видів анестезій та анестезіологічних ризиків за ASA (абс. (%)) у пацієнтів з вогнепальними пораненнями

Показник		Група 1 (n=630)	Група 2 (n=139)	p
Види анестезій	ЗА	205 (32.5)	43 (30.9)	0.810
	РА	212 (33.7)	45 (32.4)	
	РА+С	213 (33.8)	51 (36.7)	
ASA	2	29 (4.6)	3 (2.2)	0.411
	3	505 (80.2)	113 (81.3)	
	4	96 (15.2)	23 (16.5)	

Примітки: порівняння проводилося за критерієм хі-квадрат з урахуванням поправки на неперервність.

Таблиця 3

Результати діагностики нейропатичного компонента на етапах лікування та у віддаленому періоді спостереження

Показник (бали)	Група 1 (n=630)	Група 2 (n=139)	Рівень значимості відмінності, p
DN4 під час лікування у військових мобільних госпіталях	5 (4-5)	5 (4-5)	0.937
DN4 під час лікування у військово-медичних клінічних центрах	5 (5-5)	5 (5-5)	0.911
DN4 при виписці з стаціонарного лікування у військово-медичних клінічних центрів	5 (2-5)	5 (2-5)	0.933
DN4 через 1 місяць після виписки	5 (2-5)	5 (2-5)	0.918
DN4 через 3 місяці після виписки	5 (2-5)	5 (2-5)	0.713
DN4 через 6 місяців після виписки	5 (2-5)	5 (2-5)	0.824
DN4 через 12 місяців після виписки	5 (2-5)	5 (2-5)	0.911

Примітки: порівняння проводилося за критерієм Манна-Уїтні.

Закон розподілу відрізняється від нормального, представлено медіану Me та міжквартильний інтервал

(Q_I - Q_{III}): результати представлені у таблиці 3, а динаміка відображена на рисунку 1.

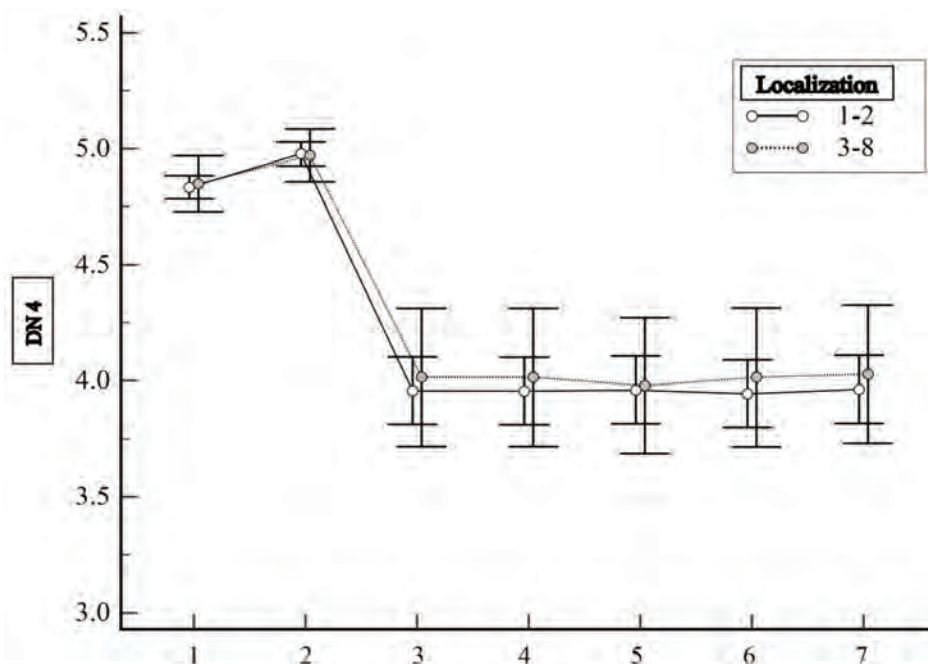


Рисунок 1. Динаміка показника DN4 для пацієнтів двох груп: 1 – під час лікування у військових мобільних госпіталях, 2 – під час лікування у військово-медичних клінічних центрах, 3 – під час виписки з військово-медичних клінічних центрів, 4 – через 1 місяць після поранення, 5 – через 3 місяці після поранення, 6 – через 6 місяців після поранення, 7 – через 12 місяців після поранення. Вказано середнє значення показника та його 95 % ВІ.

Для порівняння двох груп використовували критерій Манна-Уїтні. З результатів аналізу зрозумілим є те, що у всіх пацієнтів з вогнепальними пораненнями присутній нейропатичний компонент болю: на всіх етапах лікування не спостерігається статистично значимої різниці, зокрема при порівнянні на етапі військових мобільних госпіталів – $p=0.937$, військово-медичних клінічних центрів – $p=0.911$. Дані DN4 свідчать про те, що у всіх пацієнтів наявний нейропатичний компонент болю (результати коливаються від 4 до 5 балів). Проте під час виписки на етапі лікування у військово-медичних клінічних центрах спостерігається відсутність у деяких пацієнтів нейропатичного компоненту болю (дані діагностичного опитувальника DN4 <4 балів), як виявилось в при аналізі даних – це були, саме, ті пацієнти, у яких хронічний біль був відсутнім. Дані на цьому етапі свідчать про відсутність статистично значимої різниці між групами спостереження – $p=0.933$. Надалі через 1 місяць – $p=0.918$, 3 місяці – 0.713 , 6 місяців – $p=0.824$ та 12 місяців – $p=0.911$ спостереження цей показник не відрізнявся. На рисунку 1 відображена динаміка показника DN4 для пацієнтів двох груп тут видно, що при поступленні на лікування у військово-медичні клінічні центри цей показник мав найвище значення, далі – під час виписки знизився та в подальшому практично не змінювався протягом усього періо-

ду спостереження. Проте дані протягом всього періоду спостереження свідчать про наявність нейропатичного компоненту болю. Це свідченням того, що ймовірність отримати негативний результат лікування болю у пацієнтів з вогнепальними пораненнями пов'язана із нейропатичним компонентом болю.

ВИСНОВКИ

Аналіз результатів лікування болю у 769 пацієнтів з вогнепальними пораненнями в умовах бойових дій під час виконання бойових завдань показав, що високий ризик хронізації болю пов'язаний з наявністю нейропатичного компоненту болю – це є безумовним складовим компонентом в процесі хронізації болю.

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

ВНЕСОК АВТОРІВ У ПІДГОТОВКУ СТАТТІ

Кучин Ю. Л. – концепція і дизайн дослідження; Горошко В. Р. – збір, обробка матеріалів, аналіз отриманих даних, написання тексту, оформлення рисунків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Turner C., Stockinger Z., Gurney J. Combat surgical workload in Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017. Vol. 83. P. 77-83. URL: <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000001496>.
2. Operative Management of Thoracic Gunshot Wounds: More Aggressive Treatment Has Been Required over Time / Miller K., Bennis M., Bozeman M., et al. *Am Surg.* 2019. Vol. 85. P. 1205-1208. <https://doi.org/10.1177/000313481908501123>.
3. Miller K., Richardson J. More aggressive treatment has been required over time. Operative management of thoracic gunshot wounds. *Am Surg.* 2019. Vol. 85. P. 1205-1208. <https://doi.org/10.1177/000313481908501123>.
4. Turner C., Stockinger Z., Gurney J. Combat surgical workload in Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017. Vol. 83. P. 77-83. URL: <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000001496>.
5. Wilkerson R. G., Lemon C., Falcone R. E. Blast Injuries. Relias formerly AHC Media. 2016 May. URL: <https://www.ahcmmedia.com/articles/137658-blast-injuries>.
6. Negative affectivity predicts lower quality of life and metabolic control in type 2 diabetes patients: a structural equation modeling approach / Conti C., Di Francesco G., Fontanella L. et al. *Front Psychol.* 2017. 24. 8. P. 831. doi:10.3389/fpsyg.2017.00831.
7. Kuchyn Iu.L., Horoshko V. R. Predictors of treatment failure among patients with gunshot wounds and post-traumatic stress disorder. *BMC Anesthesiol.* 2021. 21. P. 263. <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01482-8>
8. Kuchyn Iu.L., Horoshko V. R. Pain syndrome in patients with gunshot wounds of the limbs and post-traumatic stress disorders. *Emergency medicine.* 2022. 17(7). P. 24-31. <https://doi.org/10.22141/2224-0586.17.7.2021.244591>.
9. Kuchyn IuioL, Horoshko V. R. Influence of the type of anesthesia during reconstructive surgical interventions on the final results of treatment of patients with gunshot wounds of the extremities and post-traumatic stress disorders. *Current aspects of military medicine.* 2021. 28(2). P. 92-104. <https://doi.org/10.32751/2310-4910-2021-28-2-8>.
10. Kuchyn I., Horoshko V. Chronic pain in patients with gunshot wounds. *BMC Anesthesiol.* 2023. 47. <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02005-3>.

11. Trends in the Management of Abdominal Gunshot Wounds Over the Last Decade: A South African Experience / Lee H., Kong V., Cheung C. et al. *World J Surg.* 2022. 46(5). P. 998-1005.
12. Gunshot Injuries in American Trauma Centers: Analysis of the Lethality of Multiple Gunshot Wounds / Zeineddin A., Williams M., Nonez H., et al. *Am Surg.* 2021. 87(1). P. 39-44.
13. Pathophysiology of musculoskeletal pain: a narrative review / Puntillo F., Giglio M., Paladini A., et al. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2021 Feb 26. doi: 10.1177/1759720X21995067.
14. Glare P., Aubrey K. R., Myles P. S. Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet.* 2019 Apr 13. 393(10180). P. 1537-1546. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30352-6. PMID: 30983589.
15. McCarberg B., Peppin J. Pain Pathways and Nervous System Plasticity: Learning and Memory in Pain. *Pain Med.* 2019 Dec 1. 20(12). P. 2421-2437. doi: 10.1093/pm/pnz017. PMID: 30865778.
16. Damo E., Simonetti M. Axon Guidance Molecules and Pain. *Cells.* 2022 Oct 6. 11(19). P. 3143. doi: 10.3390/cells11193143.
17. Baloh R. W. Why Does Pain Persist in so Many Cases?. *Sciatica and Chronic Pain*, 2019. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-319-93904-9_7.
18. Yang S., Chang M. C. Chronic Pain: Structural and Functional Changes in Brain Structures and Associated Negative Affective States. *Int J Mol Sci.* 2019 Jun 26. 20(13). P. 3130. doi: 10.3390/ijms20133130.
19. Yarns B. C., Cassidy J. T., Jimenez A. M. At the intersection of anger, chronic pain, and the brain: A mini-review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022 Apr. 135. 104558. doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104558.
20. Nociceptive Pain Criteria or Recognition of Central Sensitization? Pain Phenotyping in the Past, Present and Future / Nijs J., Lahousse A., Kapreli E., et al. *J Clin Med.* 2021 Jul 21. 10(15). P. 3203. doi: 10.3390/jcm10153203.

REFERENCES

1. Turner, C., Stockinger, Z., Gurney, J. (2017). Combat surgical workload in Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom. *J Trauma Acute Care Surg.*, 83, 77-83. <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000001496>.
2. Miller, K., Benms, M., Bozeman, M., Franklin, G., Harbrecht B, Nash N, Smith J, Smock W, Richardson J. (2019). Operative Management of Thoracic Gunshot Wounds: More Aggressive Treatment Has Been Required over Time. *Am Surg.*, 85, 1205-1208. <https://doi.org/10.1177/000313481908501123>.
3. Miller, K., Richardson, J. (2019). More aggressive treatment has been required over time. Operative management of thoracic gunshot wounds. *Am Surg.*, 85, 1205-1208. <https://doi.org/10.1177/000313481908501123.8>.
4. Turner, C., Gurney, J. Combatsurgical workload in operation Iraqi freedom and operation enduring freedom. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017. <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000001496>.
5. Wilkerson, R.G., Lemon, C., Falcone, R. E. Blast Injuries. *Relias formerly AHC Media.* 2016 May 1. Available from: <https://www.ahcmmedia.com/articles/137658-blast-injuries>.
6. Conti, C., Di Francesco, G., Fontanella, L., Carrozzino, D., Patierno, C., Vitacolonna, E., Fulcheri, M. (2017). Negative affectivity predicts lower quality of life and metabolic control in type 2 diabetes patients: a structural equation modeling approach. *Front Psychol.*, 24, 8, 831. doi:10.3389/fpsyg.2017.00831.
7. Kuchyn, Iu.L, Horoshko, V.R. (2021). Predictors of treatment failure among patients with gunshot wounds and post-traumatic stress disorder. *BMC Anesthesiol.*, 21, 263. <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01482-8>
8. Kuchyn, Iu.L, Horoshko, V.R. (2022). Pain syndrome in patients with gunshot wounds of the limbs and post-traumatic stress disorders. *Emergency medicine*, 17(7), 24-31. <https://doi.org/10.22141/2224-0586.17.7.2021.244591>.
9. Kuchyn, Iu.L, Horoshko, V.R. (2021). Influence of the type of anesthesia during reconstructive surgical interventions on the final results of treatment of patients with gunshot wounds of the extremities and post-traumatic stress disorders. *Current aspects of military medicine*, 28(2), 92-104. <https://doi.org/10.32751/2310-4910-2021-28-2-8>.
10. Kuchyn, Iu.L, Horoshko, V.R. (2023). Chronic pain in patients with gunshot wounds. *BMC Anesthesiol.*, 47. <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02005-3>.
11. Lee, H., Kong, V., Cheung, C., Thirayan, V, Rajaretnam, N., Elsabagh, A., et al. (2022). Trends in the Management of Abdominal Gunshot Wounds Over the Last Decade: A South African Experience. *World J Surg.*, 46(5), 998-1005.
12. Zeineddin, A., Williams, M., Nonez, H., Nizam, W., Olufajo, O.A., Ortega, G., et al. (2021). Gunshot Injuries in American Trauma Centers: Analysis of the Lethality of Multiple Gunshot Wounds. *Am Surg.*, 87(1), 39-44.
13. Puntillo, F., Giglio, M., Paladini, A., Perchiazzi, G., Viswanath, O., Urits, I., Sabbà, C., Varrassi, G., Brienza, N. (2021). Pathophysiology of musculoskeletal pain: a narrative review. *Ther Adv Musculoskelet Dis.*, 26, 13, 1759720X21995067. doi: 10.1177/1759720X21995067.

14. Glare, P., Aubrey, K.R., Myles, P.S. (2019). Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet*, 13, 393(10180), 1537-1546. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30352-6.
15. McCarberg, B., Peppin, J. (2019). Pain Pathways and Nervous System Plasticity: Learning and Memory in Pain. *Pain Med.*, 1, 20(12), 2421-2437. doi: 10.1093/pm/pnz017. PMID: 30865778.
16. Damo, E., Simonetti, M. (2022). Axon Guidance Molecules and Pain. *Cells*, 6, 11(19), 3143. doi: 10.3390/cells11193143.
17. Baloh, R.W. (2019). Why Does Pain Persist in so Many Cases? *Sciatica and Chronic Pain*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-93904-9_7.
18. Yang, S., Chang, M.C. (2019). Chronic Pain: Structural and Functional Changes in Brain Structures and Associated Negative Affective States. *Int J Mol Sci*, Jun 26, 20(13), 3130. doi: 10.3390/ijms20133130.
19. Yarns, B.C., Cassidy, J.T., Jimenez, A.M. (2022). At the intersection of anger, chronic pain, and the brain: A mini-review. *Neurosci Biobehav Rev*. Apr, 135, 104558. doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104558.
20. Nijs, J., Lahousse, A., Kapreli, E., Bilika, P., Saraçoğlu, İ., Malfliet, A., Coppieters, I., De Baets, L., Leysen, L., Roose, E., Clark, J., Voogt, L., Huysmans, E. (2021). Nociceptive Pain Criteria or Recognition of Central Sensitization? Pain Phenotyping in the Past, Present and Future. *J Clin Med.*, Jul 21, 10(15), 3203. doi: 10.3390/jcm10153203.

Summary

PRESENCE OF A NEUROPATHIC PAIN COMPONENT IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN AFTER GUNSHOT WOUNDS

V. R. Horoshko², Yu. L. Kuchyn¹

¹ – corresponding member of the National Academy of medical sciences of Ukraine, professor, Bogomolets National medical university, Kyiv, Ukraine

² – PhD, head of the department of resuscitation and intensive care for medical evacuation and pain treatment of the clinic of emergency care, intensive care, anesthesiology, resuscitation and detoxification of the National military medical clinical center «Main military clinical hospital», Bogomolets National medical university

The aim. In patients with gunshot wounds, chronic pain is observed in 70 % of cases. One of the factors that influence such a high frequency of pain chronicity is the number of localizations of injured anatomical parts of the body – in patients with injuries in 1 or 2 anatomical parts of the body, the frequency of chronicity is 69.7 %, and in patients with injuries in 3-71.2 % of cases. Also, the presence of a neuropathic component of pain in this category of patients and its possible impact on such a high frequency of chronicity remains unexplored.

Materials. The treatment of 769 patients was analyzed. The Douleur Neuropathique 4 questions were used to identify neuropathic pain. The Shapiro-Wilk, Mann-Whitney, Friedman's Bonferroni correction, and chi-square test with a continuity correction were also used. In all cases, the critical level of significance was set at 0.05.

Results. Douleur Neuropathique 4 questions data indicate that all patients had a neuropathic pain component (scores range from 4 to 5). At the time of discharge at the stage of treatment in military medical clinical centers, we observed the absence of a neuropathic component of pain in some patients – these were those patients who did not have chronic pain. After 1 month – $p=0.918$, 3 months – 0.713 , 6 months – $p=0.824$, and 12 months – $p=0.911$ observation, the data did not differentiate.

Conclusions. Patients who received gunshot wounds have a high risk of chronic pain. It was found that the neuropathic component of pain is present in all patients of this category, so it may be one of the key components of such a high frequency of chronicity.

Key words: neuropathic component of pain, gunshot wounds, chronic pain

СПЕЦИФІЧНІ ПОКАЗНИКИ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННІЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ЗА УМОВ СУПУТНЬОГО СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ

О. Й. Комариця, М. О. Кондратюк, О. М. Радченко

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

Резюме

Вступ. Одним з найбільш невизначених у патогенезі багатьох хвороб є синдром ендогенної інтоксикації (CEI) – підвищення вмісту найрізноманітніших сполук, більшість з яких відносяться до молекул середньої маси (middle mass molecules, MMM) масою 500-2000 D, вміст яких за умов метаболічно-асоційованого стеатозу печінки (МАСП) як початкової стадії її жирової хвороби дотепер не встановлений.

Мета. Визначити вміст молекул середньої маси загальних та їх фракцій у крові та сечі пацієнтів з МАСП обстежено 25 пацієнтів (14 чол., 11 жін.; середній вік 63,8 рр.) з ішемічною хворобою серця (ІХС), атеросклеротичним кардіосклерозом, серцевою недостатністю I-II ФК та сонографічно діагностовано жировою хворобою печінки (19 з МАСП та 6 з стеатогепатитом (СГ)), в яких додатково визначені MMM загальні та на хвилях довжин 238, 254, 266 та 282 нм у крові та у сечі на 238, 254, 266, 280, 288, 310 нм; розраховані коефіцієнти ароматичності, пептидно-нуклеотидний, розподільний; індекси де Рітіса та гепато-стеатозний, відношення АСТ/тромбоцити. Результати опрацьовані статистично, поріг істотності $p < 0,05$.

Результати. У пацієнтів з хронічними формами ІХС за умов супутнього МАСП був істотно вищим вміст MMM загальних ($0,63 \pm 0,06$ проти $0,34 \pm 0,02$; $p < 0,05$), який корелював з рівнем високочутливого С-реактивного білка ($r = 0,86$; $p < 0,05$). Це стосувалось зростання MMM на усіх довжинах хвиль у крові (238, 254, 266 та 280 нм) та гідрофільних ланцюгових MMM_{238} сечі і супроводжувалось істотно вищими значеннями коефіцієнтів ароматичності ($2,14 \pm 0,23$ проти $1,60 \pm 0,05$) та пептидно-нуклеотидного ($2,65 \pm 0,37$ проти $1,38 \pm 0,05$), усі $p < 0,05$. Від пацієнтів з коморбідним СГ група з супутнім МАСП істотно відрізнялась лише за нижчим вмістом гідрофільних MMM_{238} сечі ($1,92 \pm 0,18$ проти $2,30 \pm 0,03$; $p < 0,05$).

Висновок. Метаболічно-асоційований стеатоз печінки супроводжується активацією синдрому ендогенної інтоксикації із збільшенням вмісту MMM у крові та сечі, що відбувається паралельно синдрому системного запалення.

Ключові слова: синдром ендогенної інтоксикації, молекули середньої маси, стеатогепатоз, стеатогепатит, індекс де Рітіса, гепато-стеатозний індекс.

Одним з найбільш невизначених у патогенезі багатьох хвороб є синдром ендогенної інтоксикації (CEI) – підвищення вмісту найрізноманітніших сполук, які викликають пошкодження клітин, органів та систем організму чи ініціюють інші процеси (запалення, окиснення, імунний дисбаланс, ендотеліальна дисфункція) чи зміни метаболізму (ліпіди, вуглеводи, білки, макро- та мікроелементи, електроліти) [1,2]. На сьогодні описано 510 молекул (46 натуральних продуктів та 359 їх похідних, 76 ненатуральних та 27 похідних), які включають пептиди, депсипептиди, макроліди, ліганди, 476 з яких відносяться до молекул середньої маси

(middle mass molecules, MMM) масою 500-2000 D [2]. За іншими даними, є 58 молекул середньої маси, серед яких окремо виділяють великі молекули середньої маси (усього 27), масою > 15 kD, до яких відносяться цитокіни, адипокіни, гормони та інші протеїни, які відіграють роль у хронічному запаленні, атеросклерозі, структурних ураженнях серця та вторинному імунodefіциті [3]. Також до MMM відносяться ліпополісахариди бактерій [4], нуклеїнові кислоти, аденозинтрифосфат, мітохондріальні компоненти, пасивне чи стимульоване вивільнення яких викликає асептичне запалення печінки з апоптозом чи навіть некрозом гепатоцитів [5].

Параметри СЕІ використовуються і для визначення перебігу кардіоваскулярної патології, оскільки описана кардіоваскулярна токсичність індоксиу сульфату, р-крезил сульфату, гіпурової кислоти, ТМАО, ADMA, фактора некрозу пухлин-альфа та інтерлейкіну-6 [6]. MMM також зумовлюють кардіометаболічні ускладнення у хворих з хронічною хворобою нирок [7] та їх вміст підвищується за умов хронічної серцевої недостатності [1]. Однак вміст специфічних факторів СЕІ у пацієнтів за умов розвитку метаболічно-асоційованого стеатозу печінки (МАСП) як початкової стадії її жирової хвороби дотепер не встановлений, що зумовлює доцільність та актуальність нашого дослідження.

МЕТА

Визначити вміст молекул середньої маси загальних та їх фракцій у крові та сечі пацієнтів з МАСП.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

В амбулаторних умовах обстежено 25 пацієнтів (14 чол., 11 жін.; середній вік 63,8 рр.) з ішемічною хворобою серця (ІХС), атеросклеротичним кардіосклерозом, серцевою недостатністю І-ІІ ФК та сонографічно діагностовано жировою хворобою печінки: (19 з МАСП та 6 з стеатогепатитом (СГ)), які лікувались та обстежувались відповідно Наказу МОЗ № 152 від 2.6.2016 (УКПМД «Стабільна ішемічна хвороба серця») та Гельсінгській декларації прав людини. Групи були тотожні за гендерно-віковим складом та показниками геодинаміки, а за індексом маси тіла (ІМТ) пацієнти з МАСП перевищували осіб з СГ (табл. 1). Контролем для параметрів СЕІ обрані 14 здорових осіб (8 чол., 6 жін., стать $1,43 \pm 0,14$; обидва $p > 0,05$; віком $21,90 \pm 1,57$ рр., $p < 0,05$).

Таблиця 1

Клінічна характеристика амбулаторних 25 пацієнтів з ІХС, атеросклеротичним кардіосклерозом та стеатозом печінки чи стеатогепатитом, в яких визначено активність синдрому ендогенної інтоксикації

Ознака, одиниці	МАСП, n=19	СГ, n=6	p
Стать (чол.-1, жін.-2)	$1,47 \pm 0,12$	$1,33 \pm 0,21$	$> 0,05$
Індекс маси тіла, (кг/м ²)	$38,67 \pm 3,57$	$26,05 \pm 0,68$	$< 0,05$
Вік	$61,84 \pm 3,78$	$67,83 \pm 3,69$	$> 0,05$
Артеріальний тиск сист, мм рт.ст.	$151,58 \pm 7,27$	$135,00 \pm 11,47$	$> 0,05$
Артеріальний тиск діаст., мм рт.ст.	$90,00 \pm 3,95$	$88,33 \pm 4,77$	$> 0,05$
Частота серцевих ударів/хв.	$80,26 \pm 2,56$	$81,83 \pm 9,57$	$> 0,05$

Крім стандартних обстежень за наказом, проведено фотометричне визначення MMM загальних та на хвилях довжин 238 та 254 нм для ланцюгових амінокислот, 266 та 282 нм для ароматичних амінокислот у крові та у сечі на хвилях 238, 254, 266, 280, 288, 310 нм для визначення гідрофільних компонентів. Додатково розраховано: коефіцієнт ароматичності 238/282, пептидно-нуклеотидний коефіцієнт 238/266, розподільний коефіцієнт 282/254; індекс де Рітиса (ІДР=аспартатамінотрансфераза (АСТ)/аланінамінотрансфераза (АЛТ)), гепато-стеатозний індекс (ГСІ= $8 \times (\text{АЛТ}/\text{АСТ}) + \text{ІМТ} + 2$ (якщо є гіперглікемія) + 2 (якщо це жінка)), значення якого понад 36 свідчить про МАСП [8], відношення АСТ/тромбоцити [9]. Результати опрацьовані статистично з використанням програми Statistica 6.0; подані як $M \pm m$, кореляційний аналіз проведено за Пірсоном (r), за поріг істотності прийнято $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ

Хоча критеріями діагностики перших стадій жирової хвороби печінки була сонографічна характеристика і нормальний вміст трансаміназ для МАСП та дещо підвищений ($< 3,0$ разів) для СГ, виявилось, що за індексованими показниками стеатозу групи вагомо різнилися між собою. Так, МАСП на відміну від СГ характеризувався істотно меншим значенням ІДР

($0,94 \pm 0,07$ проти $1,54 \pm 0,22$; $p < 0,05$), нижчим без досягнення істотності відношенням АСТ/тромбоцити ($9,41 \pm 1,59$ проти $39,21 \pm 17,21$; $p > 0,05$) та достовірно більшим гепато-стеатозним індексом ($48,94 \pm 3,72$ проти $32,18 \pm 1,10$; $p < 0,01$). Тобто, використання комплексу цих трьох індексів дозволяє цілком достовірно віддиференціювати МАСП від СГ, що не завжди точно можна здійснити лише за використанням ультразвукового дослідження.

Встановлено, що у пацієнтів з хронічними формами ІХС за умов супутнього МАСП можна говорити про активацію синдрому ендогенної інтоксикації порівняно зі здоровими особами. Свідченням цього було істотне зростання MMM загальних ($0,63 \pm 0,06$ проти $0,34 \pm 0,02$; $p < 0,05$). Важливо, що у таких пацієнтів вміст MMM загальних істотно корелював з рівнем високочутливого С-реактивного білка ($r = 0,86$; $p < 0,05$), тобто, активність СЕІ була прямо пропорційна активності системного запалення вже на першій стадії жирової хвороби печінки – МАСП.

Зростання MMM крові загальних було зумовлено зростанням таких молекул на усіх довжинах хвиль (238, 254, 266 та 280 нм) та тільки гідрофільних ланцюгових $MMM_{238 \text{ сечі}}$ (табл. 1, рис. 1). Це також супроводжувалось істотно вищими значеннями коефіцієнтів ароматичності ($2,14 \pm 0,23$ проти $1,60 \pm 0,05$; $p < 0,05$) та пептидно-нуклеотидного ($2,65 \pm 0,37$ проти

1,38±0,05; $p<0,05$), тоді як розподільний коефіцієнт (280/254) був аналогічним значенню здорових осіб та пацієнтів з супутнім СГ, що цілком зрозуміло, адже він вважається критерієм відношення бактерійного і продукційного компонентів ендотоксикозу, які не є значимими ані у здорових, ані у пацієнтів з жировою

хворобою печінки обох стадій (МАСП, СГ). За кореляційним аналізом, пептидно-нуклеотидний коефіцієнт 238/266 обернено корелював з індексом де Рітиса ($r=-0,71$; $p<0,05$), тобто, за умов класичного стеатозу печінки спостерігається зсув у бік ланцюгових короткохвильових МММ.

Таблиця 1

Специфічні показники синдрому ендогенної інтоксикації у пацієнтів з супутнім стеатозом печінки, стеатогепатитом, та у здорових осіб

Молекули середньої маси	МАСП	СГ	Здорові особи
Загальні МММ	0,63±0,06 ¹	0,75±0,11 ²	0,34±0,02 ^{1,2}
МММ ₂₃₈ крові	1,30±0,32 ⁵	1,20±0,34 ⁶	0,27±0,02 ^{5,6}
МММ ₂₅₄ крові	0,60±0,12 ⁷	0,68±0,07 ⁸	0,20±0,02 ^{7,8}
МММ ₂₆₆ крові	0,53±0,10 ⁹	0,66±0,11 ¹⁰	0,19±0,02 ^{9,10}
МММ ₂₈₀ крові	0,57±0,11 ¹¹	0,67±0,17 ¹²	0,17±0,02 ^{11,12}
МММ ₂₃₈ сечі	1,92±0,18 ^{13,14}	2,30±0,03 ^{13,15}	1,12±0,35 ^{14,15}
МММ ₂₅₄ сечі	1,80±0,17	1,96±0,04	1,17±0,33
МММ ₂₆₆ сечі	1,13±0,14	1,25±0,39	1,03±0,37
МММ ₂₈₂ сечі	0,88±0,17	0,88±0,34	0,87±0,31
МММ ₂₈₈ сечі	0,76±0,16	0,73±0,31	0,76±0,28
МММ ₃₁₀ сечі	0,22±0,05	0,14±0,09	0,26±0,06
Коефіцієнт ароматичності	2,14±0,23 ³	1,86±0,55	1,60±0,05 ³
Пептидно-нуклеотидний коефіцієнт	2,65±0,37 ⁴	1,90±0,58	1,38±0,05 ⁴
Розподільний коефіцієнт	0,89±0,06	0,93±0,15	0,84±0,03

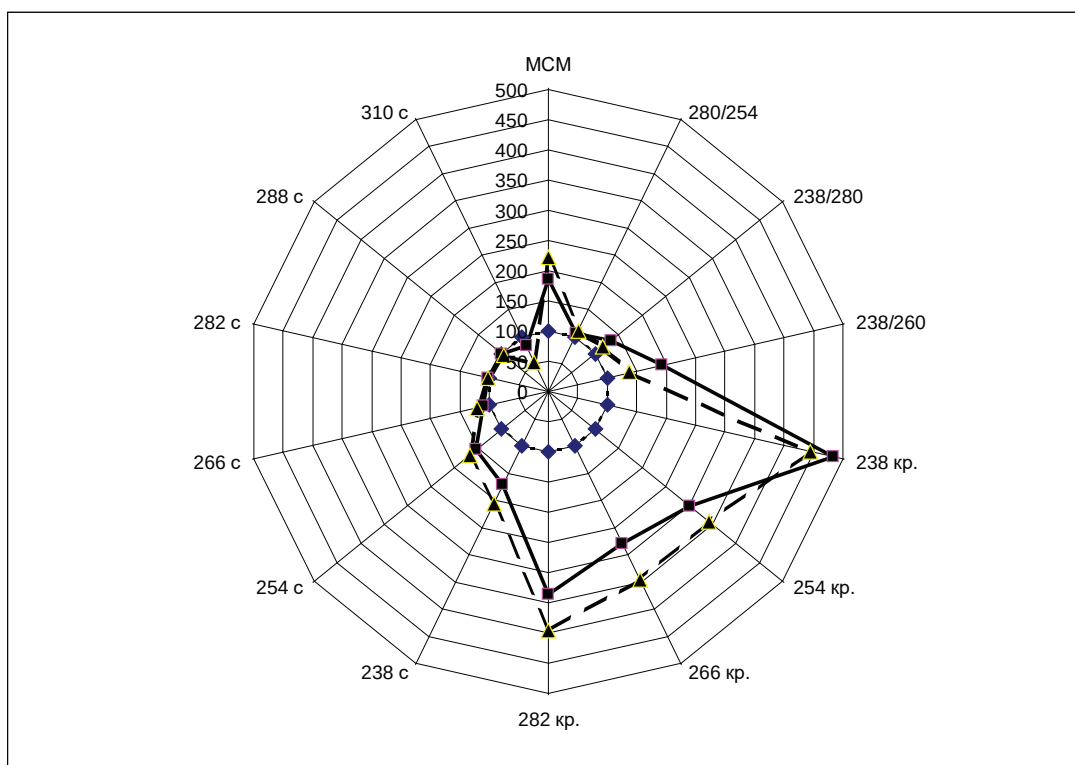


Рис. 1. Специфічні показники активності синдрому ендогенної інтоксикації у крові (МММ, кр) та її співвідношення (280/254; 238/280; 238/260) у пацієнтів з МАСП (пряма лінія) та стеатогепатитом (пунктир); за 100 % прийняті параметри здорових осіб

Від пацієнтів з коморбідним СГ група з супутнім МАСП істотно відрізнялась лише за вмістом гідрофільних МММ₂₃₈ сечі (1,92±0,18 проти 2,30±0,03; $p<0,05$), хоча графічна презентація на астроцитогра-

мі (рис. 1) показує, що стеатогепатит на відміну від стеатогепатозу характеризувався ще більшим збільшенням МММ загальних, що відбулось вже у більшшому ступені не за участю ланцюгових амінокислот

(238 нм), а за участю ароматичних амінокислот, які визначаються на довгих хвилях (254, 266, 282 нм).

ОБГОВОРЕННЯ

Отже, виявлено достовірне збільшення активності СЕІ за умов перших стадій жирової хвороби печінки порівняно із здоровими особами, що стосується передусім вмісту молекул інтоксикації у крові, який корелював з активністю системного запалення за високочутливим С-реактивним білком. Це підтверджує роль передусім запалення, а також окиснення, імунного дисбалансу, ендотеліальної дисфункції та змін метаболізму ліпідів, вуглеводів і білків [1,7] як патофізіологічних механізмів розвитку та прогресування МАСП та СГ, які супроводжуються системними змінами не лише печінки, а й інших органів та систем.

Відсутність порушень екскреції з сечею МММ більших довжин хвиль (МММ₂₆₆ та МММ₂₈₂ сечі) можна розцінювати як свідчення того, що за умов МАСП та СГ активується передусім екскреція короткохвильових ланцюгових МММ, зростання яких є ознакою катаболізму білків та пептидів [10], тоді як видалення з організму довгохвильових ароматичних МММ, вміст яких істотно зростає за умов обох початкових фаз жирової хвороби печінки, не відбувається з сечею. До таких МММ відносяться продукти розпаду пуринів, піримідинів, сечової кислоти та інші продукти органічного протеолізу [10,1]. Ймовірно, вони у фізіологічному стані більшою мірою екскретуються через печінку з жовчю, а цей шлях є сповільненим через наявність жирової інфільтрації тканини печінки, що призводить до зростання їх кількості у крові та зумовлює патофізіологічні ефекти в організмі. Таким чином замикається патогенетичне хибне коло: жирова хвороба печінки супроводжується збільшеною продукцією ендотоксичних речовин, виведення яких печінкою сповільнено через жирову

інфільтрацію, що запускає каскад патофізіологічних процесів із утворенням все більшої кількості біологічно активних речовин.

Оскільки зростання неароматичних МММ₂₅₄ крові свідчить про активацію перекисного окиснення ліпідів та імуногенез [1], можна також припустити, що прозапальні білкові фракції (фактор некрозу пухлин-альфа, інтерлейкін-6) та продукти окисного стресу (зокрема малоновий альдегід), знаходяться саме у цьому спектрі хвиль реєстрації МММ. Відповідно даним літератури [6], саме вони здійснюють кардіотоксичний вплив. Отже, СЕІ зумовлює кардіотоксичний вплив за умов МАСП та СГ, що слід враховувати у клініці.

ВИСНОВКИ

1) У пацієнтів з хронічними формами ІХС за умов супутнього МАСП є істотно вищий вміст МММ загальних ($0,63 \pm 0,06$ проти $0,34 \pm 0,02$; $p < 0,05$), який корелював з рівнем високочутливого С-реактивного білка ($r = 0,86$; $p < 0,05$). 2) Це стосувалось зростання МММ на усіх довжинах хвиль (238, 254, 266 та 280 нм) та гідрофільних ланцюгових МММ₂₃₈ сечі і супроводжувалось істотно вищими значеннями коефіцієнтів ароматичності ($2,14 \pm 0,23$ проти $1,60 \pm 0,05$) та пептидно-нуклеотидного ($2,65 \pm 0,37$ проти $1,38 \pm 0,05$), усі $p < 0,05$. 3) Від пацієнтів з коморбідним СГ група з супутнім МАСП істотно відрізнялась лише за нижчим вмістом гідрофільних МММ₂₃₈ сечі ($1,92 \pm 0,18$ проти $2,30 \pm 0,03$; $p < 0,05$).

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження вмісту МММ у пацієнтів з заавансованими стадіями жирової хвороби печінки.

Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів та будь-якого фінансування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Chronic heart failure course prognosis depending on body weight and endogenous intoxication syndrome / Kondratyuk M. O., Sorokopud O. O., Stril'chuk L.M. et al. Wiad Lek. 2019. 72(4). P. 527-531. PMID: 31055526.
2. Structure, solubility, and permeability relationships in a diverse middle molecule library / Miyachi H., Kanamitsu K., Ishii M., et al. Bioorg Med Chem Lett. 2021. 37. 127847. doi: 10.1016/j.bmcl.2021.127847.
3. Wolley M., Jardine M., Hutchison C. A. Exploring the Clinical Relevance of Providing Increased Removal of Large Middle Molecules. Clin J Am Soc Nephrol. 2018. 13(5). 805-814. doi: 10.2215/CJN.10110917
4. Hemodynamic significance of histamine synthesis and histamine H1- and H2-receptor gene expression during endotoxemia / Naunyn Schmiedebergs Matsuda N., Hattori Y., Sakuraya F. et al. Arch Pharmacol. 2002. 366. P. 513-521.
5. Mihm S. Danger-Associated Molecular Patterns (DAMPs): Molecular Triggers for Sterile Inflammation in the Liver Int. J Mol Sci. 2018. 19(10). P. 3104. doi: 10.3390/ijms19103104

6. Uremic Toxins in the Progression of Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Disease / Lim Y. J., Sidor N. A., Tonial N. C., et al. *Mechanisms and Therapeutic Targets Toxins* (Basel). 2021. 13(2). P. 142. doi: 10.3390/toxins13020142.
7. The peptidic middle molecules: is molecular weight doing the trick? / Chmielewski M., Cohen G., Wiecek A., Jesús Carrero J. *Semin Nephrol.* 2014. 34(2). P. 118-34. doi: 10.1016/j.semnephrol.2014.02.005
8. Hepatic steatosis index: a simple screening tool reflecting nonalcoholic fatty liver disease / Lee J., Kim D., Kim H., et al. *Dig Liver Dis.* 2010. 42. P. 503-8.
9. AST to Platelet Ratio Index (APRI) is an easy-to-use predictor score for cardiovascular risk in metabolic subjects / De Matteis C., Cariello M., Graziano G. et al. *Sci Rep.* 2021 Jul 21. 11(1). P. 14834. doi: 10.1038/s41598-021-94277-3
10. Філіппова О. Ю. Особливості показників ендогенної інтоксикації залежно від супутньої патології біліарного тракту у хворих з ожирінням і неалкогольною жировою хворобою печінки. *Патологія.* 2016. 2. P. 35-39.

REFERENCES

1. Kondratyuk, M. O., Sorokopud, O. O., Stril'chuk, L.M., Zhakun, I. B., Slaba, O.R., Besh, O.M., Radchenko, O.M., Leshchuk, Y.L. (2019). Chronic heart failure course prognosis depending on body weight and endogenous intoxication syndrome. *Wiad Lek.*, 72(4), 527-531. PMID: 31055526
2. Miyachi, H., Kanamitsu, K., Ishii, M., Watanabe, E., Katsuyama, A., Otsuguro, S, et al. (2021). Structure, solubility, and permeability relationships in a diverse middle molecule library. *Bioorg Med Chem Lett.*, 37, 127847. doi: 10.1016/j.bmcl.2021.127847
3. Wolley, M., Jardine, M., Hutchison, C. A. (2018). Exploring the Clinical Relevance of Providing Increased Removal of Large Middle Molecules. *Clin J Am Soc Nephrol.*, 13(5), 805-814. doi: 10.2215/CJN.10110917
4. Matsuda, N., Hattori, Y., Sakuraya, F., Kobayashi, M., Zhang, X.H., Kemmotsu, O., Gando, S. (2002). Hemodynamic significance of histamine synthesis and histamine H1- and H2-receptor gene expression during endotoxemia. *Naunyn Schmiedebergs. Arch Pharmacol.*, 366, 513-521.
5. Mihm, S. (2018). Danger-Associated Molecular Patterns (DAMPs): Molecular Triggers for Sterile Inflammation in the Liver. *Int J Mol Sci.*, 19(10), 3104. doi: 10.3390/ijms19103104
6. Lim, Y.J., Sidor, N.A., Tonial, N.C., Che, A., Urquhart, B.L. (2021). Uremic Toxins in the Progression of Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Disease. *Mechanisms and Therapeutic Targets Toxins* (Basel)., 13(2), 142. doi: 10.3390/toxins13020142
7. Chmielewski, M., Cohen, G., Wiecek, A., Jesús Carrero, J. (2014). The peptidic middle molecules: is molecular weight doing the trick? *Semin Nephrol.*, 34(2), 118-34. doi: 10.1016/j.semnephrol.2014.02.005
8. Lee, J., Kim, D., Kim, H., Lee, C., Yang, J., Kim, W. et al. (2010). Hepatic steatosis index: a simple screening tool reflecting nonalcoholic fatty liver disease. *Dig Liver Dis.*, 42, 503-8.
9. De Matteis, C., Cariello, M., Graziano, G., Battaglia, S., Suppressa, P., Piazzolla, G., Sabbà, C., Moschetta, A. (2021). AST to Platelet Ratio Index (APRI) is an easy-to-use predictor score for cardiovascular risk in metabolic subjects. *Sci Rep.*, 11(1), 14834. doi: 10.1038/s41598-021-94277-3
10. Filipova, O. Yu. (2016). Peculiarities of endogenous intoxication indicators in dependence of comorbid pathology of biliary tract in patients with obesity and non-alcohol fatty liver disease. *Pathology*, 2, 35-39.

Summary

SPECIFIC INDICATORS OF ENDOGENOUS INTOXICATION SYNDROME UNDER THE CONDITIONS OF CONCOMITANT STEATOSIS OF THE LIVER

O. Y. Komarytsia, M. O. Kondratyuk, O. M. Radchenko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Introduction. The basic aspects of the endogenous intoxication syndrome (EIS) in the pathogenesis of many diseases are still poorly understood – an increase in the content of a wide variety of compounds, most of which belong to middle mass molecules (MMM) with a mass of 500-2000 D, the content of which under the conditions of metabolically associated steatosis of the liver (MASL) as the initial stage of the fatty disease has not been yet established.

The aim. To determine the content of molecules of average mass of total and their fractions in the blood and urine in patients with MASL, 25 patients were examined (14 men, 11 women; average age 63,8 years) with coronary artery disease (CAD), atherosclerotic cardiosclerosis, heart failure of I-II FC and sonographically diagnosed fatty liver disease (19 with MASL and 6 with steatohepatitis (SH)), in which MMMs were additionally determined at 238, 254, 266 and 282 nm in blood and urine at 238, 254, 266, 280, 288, 310 nm; coefficients of aromaticity were calculated, peptide-nucleotide, distributive; de Ritis indices and hepato-steatosis, AST/platelet ratio. The results were calculated statistically. The level of significance is $p < 0,05$.

The results. In patients with chronic forms of coronary artery disease, under the conditions of concomitant MASL, the content of total MMM was significantly higher ($0,63 \pm 0,06$ vs $0,34 \pm 0,02$; $p < 0,05$), which correlated with the level of high-sensitivity C-reactive protein ($r = 0,86$; $p < 0,05$). It was accompanied by the elevation of MMM at all wavelengths in the blood (238, 254, 266, and 280 nm) and hydrophilic chain MMM_{238} in urine and was associated by significantly higher values of aromaticity coefficients ($2,14 \pm 0,23$ vs $1,60 \pm 0,05$) and peptide-nucleotide ($2,65 \pm 0,37$ vs $1,38 \pm 0,05$), all $p < 0,05$. The group with concomitant MASL differed from patients with comorbid SH significantly only in the lower content of hydrophilic MMM_{238} in urine ($1,92 \pm 0,18$ vs $2,30 \pm 0,03$; $p < 0,05$).

Conclusion. Metabolic-associated steatosis of the liver is accompanied by the activation of the endogenous intoxication syndrome with an increase of the content of MMM in the blood and urine, which occurs in parallel with the syndrome of systemic inflammation.

Key words: endogenous intoxication syndrome, medium mass molecules, steatohepatosis, steatohepatitis, de Ritis index, hepato-steatosis index.

ВІДНОВЛЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЕНДОМЕТРІЯ ПІСЛЯ ГІСТЕРОСКОПІЧНОЇ МІОМЕКТОМІЇ

О. О. Литвак, В. М. Кладієв

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
м.Київ, Україна.

Резюме

Мета дослідження. Зниження частоти порушень репродуктивної функції та збереження фертильності у жінок після консервативної міомектомії шляхом розробки і впровадження у клінічну практику комплексу реабілітаційних заходів.

Матеріали та методи. В науковому дослідженні прийняло участь – 301 жінка репродуктивного віку, (221 – зі встановленим діагнозом субмукозна міома матки (СММ)), яких було розподілено: група 1-121 особа з використанням курсу запропонованої післяопераційної реабілітаційної терапії; група 2-100 жінок, прооперованих з приводу субмукозної міоми матки, але без використання реабілітаційної терапії; група 3 К (контрольна) – 80 соматично і гінекологічно здорових жінок репродуктивного віку. Залежно від клінічної оцінки складності гістероскопічної резекції вузла проводили гістероскопічну або лапароскопічну міомектомію (згідно з рекомендаціями FIGO). Використовувались клінічні, інструментальні, лабораторні методи дослідження та методи статистичного аналізу.

Результати. Основними факторами ризику розвитку субмукозної міоми матки є поєднання взаємозалежних чинників – генітальні ендокринно-залежні патологічні процеси (64 %) та хронічне запалення ендометрія на тлі його травматизації – під час абортів чи безпосередньо субмукозним вузлом (36 %). Отримані результати дозволили патогенетично обґрунтувати необхідність удосконалення схеми лікувально-реабілітаційної терапії у жінок із субмукозною лейоміомою матки в післяопераційний період з метою збереження репродуктивної функції, яка включала препарати антипроліферативної, протизапальної, імуномодельючої, NO – донаторної та ангіопротекторної дії. Запропонована схема лікувально-реабілітаційних заходів ґрунтується на патогенетичній спрямованості, що дозволяє отримати довготривалий антипроліферативний вплив на ендометрій та дає можливість нормалізувати гормональні взаємовідносини та рецепторний статус ендометрія, і перш за все, без призначення довготривалої традиційної гестаген-естрогенової монотерапії, дає можливість відновити процеси синхронізації проліферації/трансформації ендометрія до фолікулінової і лютеїнової фаз менструального циклу з формуванням вікна імплантації, що сприяє настанню вагітності. Таким чином через 6 місяців у оперованих жінок групи 1, вагітність після гістероскопічної міомектомії настала у 15 %, через рік – у 22 %, через півтора – у 45 %, яка закінчилась пологами через природні пологові шляхи – у 48 %, шляхом кесаревого розтину – у 34,5 % осіб, в 18 % були передчасні пологи, у 10 % сталося самовільне переривання вагітності. Відповідно в групі 2 наукового дослідження, де не проводили в курс запропонованої відновлювальної терапії, спостерігались наступні дані: вагітність через 6 місяців – у 12 %, через рік – у 20 %, через півтора – у 40 %, яка закінчилась пологами через природні пологові шляхи – у 40 %, шляхом кесаревого розтину – у 30,5 % осіб, в 17,5 % були передчасні пологи, у 12 % сталося самовільне переривання вагітності.

Висновки. Клінічна ефективність застосування запропонованої розробленої та удосконаленої схеми лікувально-реабілітаційної терапії протягом 6 місяців становила в основній групі 35,1 % порівняно з 15,4 % у жінок групи порівняння (без відновлювальної терапії).

Ключові слова: ехографія, міома матки, ефективність медичної допомоги, діагностика, репродуктивне здоров'я, міомектомія.

ВСТУП

Актуальність вивчення репродуктивного здоров'я (РЗ) пацієнток після хірургічного лікування субмукозної міоми матки обумовлена тим фактом, що оперативне лікування застосовують в 50-55 % клінічних випадків. Одним із найактуальніших питань цього наукового напрямку є віддалені наслідки перенесеного хірургічного лікування, зокрема й консервативної міомектомії. Не викликає сумнівів той факт, що ефективність оперативного лікування багато в чому залежить від якості проведених реабілітаційних заходів в післяопераційному періоді. Разом із тим, в сучасній літературі відсутні практичні рекомендації щодо ведення хворих, які перенесли консервативну міомектомію, хоч їх необхідність очевидна [2-4,10].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Зниження частоти порушень репродуктивної функції та збереження фертильності у жінок після консервативної міомектомії шляхом розробки і впровадження у клінічну практику комплексу реабілітаційних заходів.

Для реалізації вказаної мети були поставлені такі задачі:

1. Проаналізувати клініко-анамнестичні дані перебігу післяопераційного періоду у жінок, що перенесли гістероскопічну міомектомію.
2. Розробити, впровадити та оцінити ефективність курсу реабілітаційної терапії, спрямованої на відновлення репродуктивної функції ендометрія після гістероскопічної міомектомії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводилися на протязі другої половини 2020-2021 років на клінічній базі хірургічного центру ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС (м. Київ). Застосовувалися загальні клініко-лабораторні – інструментальні обстеження та методи статистичного аналізу. У роботі з хворими дотримувалися етичні принципи, що пред'являються Декларацією Всесвітньої медичної асоціації (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000), основні положення «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених ІСН GCP (1996) та Директиви ЄЕС № 609 (1986) і наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Кожна пацієнтка підписувала інформовану згоду на участь у дослідженні, вжиті всі заходи для забезпечення анонімності пацієнток.

Верифікацію діагнозу лейоміоми матки проводили згідно клінічних протоколів, затверджених МОЗ

України, класифікації PALM-COEIN та STEP-W, рекомендованих Міжнародною федерацією гінекології та акушерства (FIGO) (Baranov V. S. et al., 2019; Wang Y. et al., 2018).

Критерії включення в клінічне дослідження: вік до 45 років, бажання зберегти і реалізувати РФ; інформована згода пацієнта на лікування, що проводиться, післяопераційну реабілітацію та використання методів ДРТ; наявність матки, функціонально здатної до виношування вагітності; наявність одного або обох яєчників, доступних для аспірації фолікулів, рівень АМГ 0.7-1,0 нг/мл; вміст ФСГ до 12 МО/л; показник естрадіолу до 50 пмоль/л на 2-3-й день менструального циклу; задовільний стан ендометрія, підтверджений гістологічно; каріотипи обох з подружжя – в нормі розмір ЛМ ≤ 10 см, наявність субмукозної міоми матки в діаметрі 3-4 см та маткових кровотеч (важкі менструальні кровотечі).

Критерії виключення з дослідження: вагітність та лактація; наявність на момент дослідження ургентної гінекологічної патології чи гострих запальних процесів будь-якої локалізації, інфекцій (ВІЛ-інфекція, сифіліс, гонорея, гепатит, лістеріоз), онкопатології будь-якої локалізації; тяжка соматична та органічна патологія центральної нервової системи, психічні розлади в даний час чи в анамнезі; дисфункціональні кровотечі неясної етіології та рецидивуючі гіперпластичні процеси слизової ендометрія; індекс маси тіла (ІМТ) ≤ 18 або ≥ 40 ; розмір матки ≥ 11 см, кисти яєчників ≥ 4 см, наявність вад розвитку матки, несумісних з вагітністю; хворі у віці > 45 років, з супутнім аденоміозом із імунологічним, чоловічим та ідіопатичними факторами безпліддя.

Гормональне дослідження рівнів гіпофізарних і статевих стероїдних гормонів в сироватці крові проводили з використанням радіоімунологічних та імуноферментних методів дослідження за стандартним планшетним набором та на імуноферментному аналізаторі лабораторії ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС. Вивчали концентрації наступних гормонів: на 2-3-й день – АМГ, ЛГ, ФСГ та естрадіолу (Е2), з 20-го по 25-й день природнього або індукованого менструального циклу (МЦ) – вміст прогестерону (П), дегідроепіандростерон-сульфату (ДЕА-С), дигідротестостерону (ДГТ) та 17-гідроксипрогестерону (17-ОП), а також індекс вільного тестостерону (ІТ); вміст кортизолу (К) визначали в добовій сечі у вищевказані часові параметри.

Хірургічні втручання у пацієнток виконували в межах протоколів МОЗ України на базі центру малоінвазивної хірургії ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС. Гістероскопію пацієнткам виконували на апараті фірми «Karl Storz» із застосуванням відеомонітору Sony,

резектоскопу із зовнішнім діаметром 26Ш та помпи із швидкістю подачі рідини 300 мл/хв під тиском 80–100 мм рт. ст. В якості контрастного середовища використовували стерильний розчин глюкози (5 %) в обсязі від 3,0 до 6,5 л на одну маніпуляцію. Вибір тактики проведення міомектомії із застосуванням гістеро-/лапароскопії залежав від клінічної оцінки складності гістероскопічної резекції вузла за рекомендаціями FIGO [1,7].

Дизайн нашого дослідження (Мал.№ 1) не був рандомізованим чи подвійно-сліпим. Вибір пацієнток в кожну групу залежав від інформованої згоди жінок на участь дослідження, в якій детально описували-

ся всі передбачувані ризики для здоров'я та методики, що застосовувалися.

Обсяг дослідження — 301 жінок репродуктивного віку, що страждають на субмукозну міому матки (СММ), яких, згідно поставлених мети та завдань наукового дослідження було розподілено: група 1-121 особа, проведена в післяопераційному періоді з використанням курсу запропонованої реабілітаційної терапії; група 2-100 жінок, прооперованих з приводу субмукозної міоми матки, але післяопераційного курсу запропонованої реабілітаційної терапії; група 3 К (контрольна) — 80 соматично і гінекологічно здорових жінок репродуктивного віку.



Мал.№ 1 Дизайн дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ми порівняли пацієнток досліджуваних груп за наступними параметрами: вік, тривалість захворювання, клінічні прояви ЛМ в передопераційному періоді, наявність супутньої екстрагенітальної і гінекологічної патології

Середній вік пацієнток всіх груп дослідження склав $34,7 \pm 2,6$ року. При аналізі скарг перше місце займало безпліддя (40,3 %), на другому — менометрорагія (25,0 %), а третє та четверте місце, відповідно звичайне невиношування (18,7 %), та міжменструальні кровотечі (16,0 %).

При дослідженні репродуктивного анамнезу було визначено, що первинне безпліддя спостерігалось у 61,6 %, а вторинне — у 38,4 % осіб, тривалість якого коливалася від 1,5 до 2 років. При подальшому ретельному вивченні репродуктивного анамнезу пацієнток було визначено наявність від 1 до 4 абортів, при цьому відсоток штучних абортів був вірогідно вищим — 77,0 %, ніж частка самовільного переривання вагітності до 10 тижнів, яка складала 23,0 %.

Ми провели аналіз соматичного статусу жінок з СММ в порівнянні з групою контролю та визначи-

ли, що в структурі екстрагенітальної патології друге та третє місце займали захворювання серцево-судинної (17,0 %) та сечовивідної (12,0 %) систем. Також, отримані результати свідчать про високу питому вагу ендокринної патології (46,0 %) та дисметаболических порушень — 25,0 % у пацієнток з СММ. Серед обстежених пацієнток обох груп анемія була в 15,3 %, алергія спостерігалася у 7,0 %, у тому числі полівалентна — у 3,0 % осіб.

Отже, при порівнянні отриманих даних по характеру та структурі соматичної патології відмічається достовірно більший відсоток ендокринної патології — 46,0 %, а саме доброякісної патології щитоподібної залози — 63,2 % ($p < 0,05$).

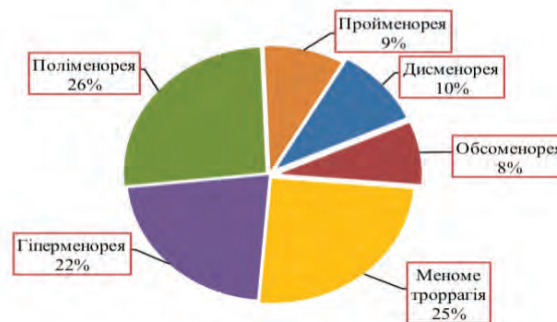
За результатами проведених досліджень гормонального балансу у обстежених жінок можна констатувати, що 63,0 % осіб груп дослідження, порівняно з групою контролю, мали місце дисгормональні порушення. Концентрація ЛГ у жінок з СММ спостерігалася майже вдвічі вищою від показників контролю, що пояснюється наявністю недостатності лютеїнової фази (НЛФ) серед жінок з СММ, особливо на тлі гі-

перпролактинемії, яка блокує овуляцію, відповідно не відбувається формування повноцінного жовтого тіла та лютеїнової фази менструального циклу. Недостатність лютеїнової фази характеризувалася істотно нижчою концентрацією прогестерону (П) в крові, у жінок безплідних пацієток з ЛМ – $13,2 \pm 1,2$ нмоль/л, в порівнянні з результатом особи з СММ та здорових жінок групи контролю, відповідно $23,4 \pm 1,9$ і $25,7 \pm 2,4$ нмоль/л, ($p < 0,05$). Дослідження естрогенної насиченості показало, що у більшості жінок з СММ вміст естрадіола (Е2) був нижче ($E2 = 40,0 \pm 3,9$ пг/мл; $p < 0,05$) і, відповідно рівень ФСГ вище, ніж у осіб контролю. Що стосується індексу вільного Т, то він був в майже в 1,5 рази більше у пацієток з ЛМ, в порівнянні з результатами групи контролю, що може вказувати на роль гіперандрогенії,

яка блокує овуляцію і сприяє розвитку безпліддя (Татарчук Т. Ф. і соавт., 2019; Lytvak O. O., 2016). Концентрації ДГЕА-С та К вірогідно не відрізнялась в групах дослідження. Виявлені гормональні зміни, зокрема зниження стероїдних гормонів, високі концентрації показників гонадотропних гормонів (Прл, ЛГ і ФСГ), поряд із гіперандрогенією у пацієток з СММ, вказують на їх ключову роль в розвитку безпліддя на тлі міоми.

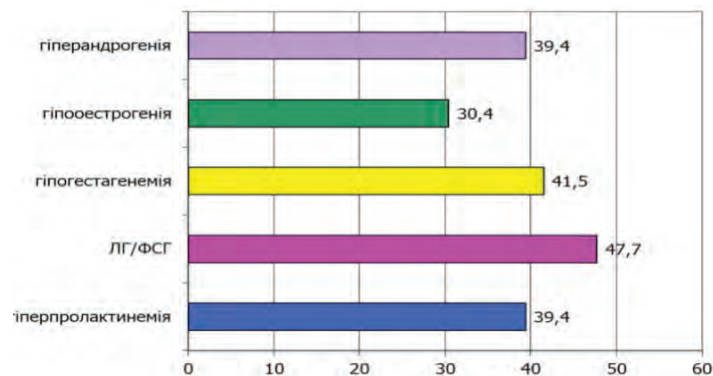
Аналіз характеру менструальної функції у жінок основних дослідницьких груп виявив, що в структурі порушень менструального циклу була типовою у жінок з субмукозною міомою матки та співпадав з симптоматикою, що демонструє, відповідно діаграми на таблиці № 2.

Таблиця №2
Характер менструального циклу



При порівнянні показників гормонального статусу зі структурою порушень МЦ були виявлені вірогідні зміни: на тлі поліменореї спостерігався високий рівень вмісту естрадіолу Е2, який в 1,7 рази перевищував вміст прогестерону, а рівень ФСГ в 1,2 рази нижче рівня ЛГ відповідно до показників фолікулярної фази МЦ групи контролю ($p < 0,05$);

базальний рівень Е2 у пацієток з регулярним МЦ на тлі СММ достовірно не відрізнявся від рівня Е2 пацієток контролю; у осіб з СММ та аменореєю показники вмісту ФСГ і ЛГ, фолікули нової фази, достовірно перевищує відповідні показники, як пацієток з СММ та регулярним МЦ, так і групи контролю (Мал. 3).



Мал. № 3 Структура дисгормональних порушень у на тлі субмукозної лейоміоми матки, %

Аналіз даних УЗД ендометрія на тлі СММ показав, що у 80 % осіб було виявлено ультразвукові ознаки залозистої гіперплазії ендометрія. У жінок контрольної групи товщина та структура ендометрія

змінювалась залежно від фази менструального циклу. Найменший відсоток в ехоструктурній архітектоніці ендометрія пацієток з СММ займали ознаки гіпоплазії ендометрія, відповідно – 34 %.

При дослідженні імунологічної ланки, у жінок з СММ [5], було виявлено у 45 % осіб запалення ендометрію, яке характеризувалося високим ступенем лімфоїдної інфільтрації тканини ендометрія, збільшенням в ньому концентрації імунних комплексів IgE, IgM, з їх фіксацією на базальних мембранах судинах, збільшенням вмісту фракції С-3 комплексу та суттєвим збільшенням концентрацій цитокінів макрофагального і лімфоцитарного походження в тканині ендометрію на тлі статистично достовірного зменшення в периферичній крові субпопуляцій Т-лімфоцитів і зростання абсолютної кількості В-лімфоцитів і Т-клітин — хелперів. Морфологічно імунопатологічний процес відображався у вигляді пошкодження мембранних структур ендометріальних клітин, посилення колагеноутворення, підвищенням вмістом інтерстиціального колагену III типу, явищами гіалінозу в базальних мембранах судин ендометрія, вазоконстрикцією мікроциркуляторного русла, ознаками тканинної гіпоксії проліферацією епітеліальної тканини базального прошарку [7, 12].

Таким чином підсумовуючи результати клініко-анамнестичних обстежень жінок з субмукозним розташуванням міоматозного вузла, можна визначити, що основними факторами ризику розвитку субмукозної міоми матки є поєднання взаємозалежних чинників — генітальні ендокринно-залежні патологічні процеси (64 %) та хронічне запалення ендометрію на тлі його травматизації — під час абортів чи безпосередньо субмукозним вузлом (36 %) [6, 9, 11].

На підставі вищевказаних виявлених факторів розвитку СММ ми запропонували патогенетично спрямований курс відновлювальної терапії в післяопераційному періоді, в яку включили препарати:

- антипроліферативної дії — який містить в своєму складі індинол-3-карбінол по 200 мг на добу у два прийоми з 4-го дня після оперативного втручання протягом 3 місяців;
- протизапальної та імуномодельючої дії — який містить в своєму складі глутоксим, внутрішньом'язово по 1 ампулі (30 мл) в день, протягом 10 днів з 1-го дня після оперативного втручання;
- НО — донаторної дії ангіопротектор — який містить в своєму складі 3 г L- аргініну, перорально по 1 саше 2 рази на добу, через 14 днів після оперативного втручання, протягом 1 місяця, потім по 1 саше 1 рази на добу протягом 2-х місяців.

За результатами дослідження ефективність лікування становила в основній групі 35,1 % порівняно з 15,4 % у жінок групи порівняння (без відновлювальної терапії). Становлення регулярного менструального циклу у 90,6 % прооперованих жінок, першої групи, сталося протягом перших 2-х місяців, а в другій групі відзначили нормалізацію менструального циклу лише 63,9 %. Перша чергова менструація після операції не-

рідко була ряснішою, що ймовірно було обумовлено перенесеною травмою матки, розвитком набряку тканин, асептичного запалення і пониженою скоротливою активністю міометрія. Одним з основних показників успішного проведення лікування у пацієнток субмукозної міоми матки, після гістероскопічної міомектомії, є реалізація дітородної функції. Таким чином у оперованих жінок першої дослідницької групи, вагітність після гістероскопічної міомектомії через 6 міс настала у 15 %, через рік у 22 %, через півтора — у 45 %, яка закінчилась пологами через природні пологові шляхи — у 48 %, шляхом кесаревого розтину у 34,5 % осіб, а в 18 % були передчасні пологи, у 10 % сталося самовільне переривання вагітності. Відповідно в другій групі наукового дослідження, де не проводили в післяпологовому періоді курс запропонованої відновлювальної терапії, спостерігались наступні дані: вагітність через 6 міс у 12 %, через рік у 20 %, через півтора — у 40 %, яка закінчилась пологами через природні пологові шляхи — у 40 %, шляхом кесаревого розтину у 30,5 % осіб, а в 17,5 % були передчасні пологи, у 12 % сталося самовільне переривання вагітності.

ВИСНОВКИ

Запропонована схема лікувально-реабілітаційних заходів ґрунтується на патогенетичній спрямованості, що дозволяє отримати довготривалий антипроліферативний вплив на ендометрій та дає можливість нормалізувати гормональні взаємовідносини та рецепторний статус ендометрія, перш за все, без призначення довготривалої традиційної гестаген-естрогенової монотерапії, що дає можливість відновити процеси синхронізації проліферації/трансформації до фолікулінової і лютеїнової фаз менструального циклу з формуванням вікна імплантації.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ФІНАНСУВАННЯ

Дана робота проведена за бюджетні кошти, в рамках комплексної НДР наукового відділу малоінвазивної хірургії «Впровадження розроблених алгоритмів надання медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю за принципами ERAS (поліпшене відновлення після хірургічного лікування)», № держ. реєстрації: 0122U000233.

ДОТРИМАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ

Дослідження виконано з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ICH GCP (1996 р.), Директиви ЄЕС № 609 (від 24.11.1986 р.), Наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Кожна із жінок підписувала інформовану згоду на участь у дослідженні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Литвак О.О., Хабрат Б. В., Лисенко Б. М., Хабрат А. Б. Диференційне застосування малоінвазивних методів хірургічного лікування субмукозної міоми матки у жінок репродуктивного віку. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2016. 16(4-1). С.154-8
2. Литвак О. О. Спосіб реабілітації репродуктивного репродуктивного здоров'я жінок з субмукозною міомою матки після консервативної міомектомії шляхом гістероскопічної резекції. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2016. 16(4-2). С.134-40.
3. Олійник Н.С., Луценко Н. С. Персоніфіковані підходи до лікування лейоміоми матки. Запорозький медичний журнал. 2018. 20 (6). С. 93-9.
4. Татарчук Т.Ф., Косей Н. В., Тутченко Т. Н. Миома матки и репродуктивная функция женщины: критическая оценка терапевтических подходов. Репродуктивная эндокринология. 2019. 1. С. 56-63.
5. Иммуногистохимическая характеристика рецептивности эндометрия в циклах ЭКО / Ниаури Д. А., Гзгзян А. М., Кветной И. М., и др. Акушерство и гинекология. 2014. (9). С. 44-50.
6. Шурпак С. О. Реабілітація репродуктивного здоров'я жінок з поєднаними доброякісними проліферативними захворюваннями репродуктивної системи і коморбідними станами – стратифікація ризиків і диференціація підходів. East European Science Journal. 2018. 3 (31). 46-50.
7. Хадарцева К.А., Панышина М. В. Гистероскопия в оценке состояния эндометрия. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. 10 (5). С. 830-3.
8. Modern myoma treatment in the last 20 years: a review of the literature / El-Balat A., DeWilde R.L., Schmeil I., et al.. Biomed Res Int. 2018. 2018. 4593875. DOI: 10.1155/2018/4593875Beckerresponding.
9. Taylor D. K., Leppter P. C. Treatment for uterine fibroids: searching for effective drug therapies. Drug discovery today: Therapeutic Strategies. 2012. 9 (1). 41-49.
10. Reis F.M., Bloise E., Ortiga-Carvalho T. M. Hormones and pathogenesis of uterine fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016. 34. С. 13-24. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.11.015.
11. Römer T., Doubek K., Foth D. Symptomatic uterine fibroids-targeted pharmacotherapy Consensus of an expert meeting. Reprod Endocrinol. 2017. 38. С. 35-41.
12. Emanuel M.H. Hysteroscopy and the treatment of uterine fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015. 29 (7). 920-9.

REFERENCES

1. Lytvak, O. O. Khabrat, B.V., Lysenko, B.M., Khabrat, A. B. Dyferentsiyne zastosuvannya maloinvazyvnykh metodiv khirurhichnoho likuvannya submukoznoyi miomy matky u zhinok reprodruktyvnoho viku [Differential use of minimally invasive methods of surgical treatment of submucous uterine fibroids in women of reproductive age].. Actual problems of modern medicine. 2016,16(4-1), 154-8.
2. Lytvak, O. O. Sposib reabilitatsiyi reprodruktyvnoho reprodruktyvnoho zdorov'ya zhinok z submukoznoyu miomoyu matky pislya konservativnoyi miomektomiyi shlyakhom histeroskopichnoyi rezektsi [The method of rehabilitation of reproductive health of women with submucosal myoma of the uterus after conservative myomectomy by hysteroscopic resection]. Actual problems of modern medicine. 2016, 16(4-2), 134-40.
3. Oliynyk, N.S., Lutsenko, N. S. Personifikovani pidkhody do likuvannya leyomiomy matky [Personalized approaches to the treatment of uterine leiomyoma]. Zaporizhzhya Medical Journal. 2018, 20 (6), 793-9.
4. Tatarchuk, T.F., Kosey, N. V. Tutchenko, T. N. Mioma matki i reprodruktyvnaya funktsiya zhenshchiny: kriticheskaya otsenka terapevticheskikh podkhodov [Uterine fibroids and female reproductive function: a critical evaluation of therapeutic approaches]. Reproductive endocrinology. 2019, 1, 56-63.
5. Immunogistokhimicheskaya kharakteristika retseptivnosti endometriya v tsiklakh EKO [Immunohistochemical characteristics of endometrial receptivity in IVF cycles] / Niauri, D. A., Gzgzyan, A. M., Kvetnoy, I. M., i dr. Obstetrics and gynecology. 2014, (9), 44-50.
6. Shurpyak, S. O. Reabilitatsiya reprodruktyvnoho zdorov'ya zhinok z poyednanyimi dobroyakisnymi proliferativnymi zakhvoryuvannyami reprodruktyvnoyi systemy i komorbidnymi stanamy – stratyfikatsiya ryzykiv i dyferentsiatsiya pidkhodiv [Reproductive health rehabilitation of women with combined benign proliferative diseases of the reproductive system and comorbid conditions – risk stratification and differentiation of approaches]. East European Science Journal. 2018, 3 (31), 46-50.
7. Khadartseva, K. A., Pan'shina, M. V. Gisteroskopiya v otsenke sostoyaniya endometriya [Hysteroscopy in assessing the state of the endometrium]. International Journal of Applied and Fundamental Research. 2015.10(5), 830-3.

8. Modern myoma treatment in the last 20 years: a review of the literature / El-Balat, A., DeWilde, R.L., Schmeil, I., et al.. Biomed Res Int. 2018, 4593875. DOI: 10.1155/2018/4593875Beckercorresponding.
9. Taylor, D.K., Leppter, P. C. Treatment for uterine fibroids: searching for effective drug therapies. Drug discovery today. Therapeutic Strategis. 2012, 9 (1), 41-49.
10. Reis, F. M., Bloise E., Ortiga-Carvalho T. M. Hormones and pathogenesis of uterine fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016, 4, 13-24. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.11.015.
11. Römer, T., Doubek, K., Foth, D. Symptomatic uterine fibroids-targeted pharmacotherapy Consensus of an expert meeting. Reprod Endocrinol. 2017, 38, 35-41.
12. Emanuel, M. H. Hysteroscopy and the treatment of uterine fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015, 29 (7), 920-9.

Summary

REPAIR OF THE REPRODUCTIVE FUNCTION OF THE ENDOMETRIUM AFTER HYSTEROSCOPIC MYOMECTOMY. O. O. Lytvak, V. M. Kladiev.

State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

The aim. To reduce the frequency of reproductive function disorders and preserve fertility in women after conservative myomectomy by developing and implementing a complex of rehabilitation measures into clinical practice.

Materials and Methods. The study involved 301 women of reproductive age (221 with a diagnosis of submucosal uterine fibroid (UF)), who were divided into groups: 1 Group – 121 people who used the proposed postoperative rehabilitation therapy; Group 2-100 women operated on for submucous uterine fibroids, but without the use of restorative therapy, Group 3 C (control) – 80 somatically and gynecologically healthy women of reproductive age. Depending on the clinical assessment of the complexity of hysteroscopic resection of the node, hysteroscopy or laparoscopy was performed (according to FIGO recommendations). Clinical, instrumental, and laboratory research methods and methods of statistical analysis were used.

Results. The main risk factors for the development of submucosal UF are a combination of interdependent factors – genital endocrine-dependent pathological processes (64 %) and chronic inflammation of the endometrium on the background of its traumatization – during abortions or directly by a submucosal node (36 %). The obtained results made it possible to substantiate pathogenetically the need to improve the scheme of treatment and rehabilitation therapy for women with submucosal leiomyoma of the uterus in the postoperative period in order to preserve reproductive function, which included drugs with antiproliferative, anti-inflammatory, immunomodulating, NO-donor and angioprotective effects. The proposed scheme of treatment and rehabilitation measures is based on a pathogenetic orientation, which allows obtaining a long-term antiproliferative effect on the endometrium and makes it possible to normalize the hormonal relationships and receptor status of the endometrium without the appointment of long-term traditional progestogen-estrogen monotherapy, makes it possible to restore the processes of synchronization of proliferation /transformation of the endometrium to the follicular and luteal phases of the menstrual cycle with the formation of the window of implantation, which contributes to the onset of pregnancy. Thus, in the operated women of the 1 Group, pregnancy after hysteroscopic myomectomy occurred in 15 % after 6 months, after a year – in 22 %, after one and a half – in 45 %, which ended in childbirth through the natural birth canal – in 48 %, by cesarean section in 34.5 % of people, and 18 % had premature births, 10 % had spontaneous termination of pregnancy. Accordingly, in the 2 Group (without the proposed therapy) the following data were observed: pregnancy after 6 months in 12 %, after a year in 20 %, after one and a half – in 40 %, which ended in childbirth through natural birth canals – in 40 %, by cesarean section in 30.5 % of people, and in 17.5 % there was a premature birth, in 12 % – spontaneous termination of pregnancy occurred.

Conclusions. The clinical effectiveness of using the proposed, developed, and improved scheme of treatment and rehabilitation therapy within 6 months was 35.1 % in the main group compared to 15.4 % in women of the comparison group (without therapy).

Key words: uterine fibroids, hysteroscopy, sonography, effectiveness of medical care, diagnosis, reproductive health, myomectomy.

УДК616.441-008.61+616.61-008.64
[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.05](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.05)

ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРПАРАТИРЕОЗОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Д. Д. Дячук, Р. П. Ткаченко, Н. Ю. Кондратюк

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Резюме

Вступ. До проблеми ВГПТ і ТГПТ прикута увага численних дослідників у багатьох країнах, в тому числі тих, де трансплантація нирки є рутинною процедурою. Найгострішими аспектами є визначення найбільш ефективних методів терапевтичного лікування, діагностичних та прогностичних критеріїв, показань до операції, її обсягу та методів уникнення рецидивів.

Мета. вивчення якості життя пацієнтів, прооперованих з приводу вторинного та третинного гіперпаратиреозу на тлі хронічної хвороби нирок.

Матеріали і методи. В ході дослідження нами проведено анкетування 60 пацієнтів з вторинного та третинного гіперпаратиреозу, прооперованих у період з 2020 по 2023 роки. Анкетуваннями проводили двічі: до оперативного втручання та після нього, у період до 9 місяців. Серед проанкетованих осіб було 35 (58 %) жінок та 25 (42 %) чоловіків. Середній вік респондентів становив $51,31 \pm 9,16$ років.

Результати та їх обговорення. Якість життя є однією з найважливіших показників ефективності проведеного лікування. Ми спостерігали поліпшення якості життя у всіх анкетованих пацієнтів із ТГПТ після оперативного лікування. З боку фізичного компонента даний ефект, безсумнівно, пов'язаний із зменшенням рівня ПТГ та іонізованого кальцію у крові. Це доводять виявлені нами виражені кореляційні зв'язки між даними показниками та отриманими значеннями шкал фізичного функціонування до та після операції.

Висновки. Відзначено виражений кореляційний взаємозв'язок між рівнями паратиреоїдного гормону, іонізованого кальцію та шкал фізичного функціонування до та після операції.

Ключові слова: вторинний та третинний гіперпаратиреоз, якість життя, SPF-36, субтотальна паратиреоїдектомія, інтегроване ведення пацієнтів

ВСТУП

У сучасних реаліях спостерігається значне збільшення кількості пацієнтів, які отримують замісну ниркову терапію (ЗНТ), що, безперечно, пов'язано і з удосконаленням діалізної допомоги та, відповідно, зі збільшенням тривалості їхнього життя.

Зараз в Україні лікується хронічним гемодіалізом близько 1500 осіб, потребують такої допомоги не менше 25000 пацієнтів (в США та Західній Європі – 900 на 1 млн. населення). Підвищення якості гемодіалізу забезпечує 70 % 5-річне виживання пацієнтів з тенденцією до його подовження. Це основний спосіб підтримання життя пацієнтів з ХНН

з погляду на те, що можливості трансплантації нирки в Україні задовольняють потребу в ній менш ніж на 5 % щорічно [1].

До проблеми вторинного і третинного гіперпаратиреозу прикута увага численних дослідників у багатьох країнах, в тому числі тих, де трансплантація нирки є рутинною процедурою. Найгострішими аспектами є визначення найбільш ефективних методів терапевтичного лікування, діагностичних та прогностичних критеріїв, показань до операції, її обсягу та методів уникнення рецидивів [2].

Варто зазначити, що щорічний приріст пацієнтів із даною патологією становить близько 10,5 %,

при цьому середній вік становить, як правило, від 47 до 50 років. Все це спричинило збільшення кількості пацієнтів з вторинним (ВГПТ) і третинним гіперпаратиреоз (ТГПТ). Зв'язок між хронічною нирковою недостатністю (ХНН) та гіперплазією прищитоподібних залоз (ПЩЗ) з розвитком ВГПТ і ТГПТ була встановлена ще в 1934 році F. Albright та співавторами, при цьому багатьма авторами було доведено, що зміни до ПЩЗ виникають ще ранніх стадіях розвитку хронічної хвороби нирок (ХХН) [3].

Виникає при ХХН гіперфосфатемія, дисфункція кальцій-чутливих рецепторів ПЩЗ, зменшення всмоктування кальцію в кишечнику, гіпокальціємія, збільшення синтезу ПТГ, гіпертрофія клітин ПЩЗ з розвитком ВГПТ, а потім формування автономно функціонуючих ПЩЗ з їх трансформацією в аденоми — ось короткий механізм формування ТГПТ у пацієнтів із ХХН [4,5].

Одним із адекватних методів лікування таких пацієнтів є тотальне (субтотальне) видалення всіх змінених ПЩЗ або видалення з аутотрансплантацією частини однією з них. Безумовно, важливим результатом оперативного втручання є збереження якості життя пацієнтів [6].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчення якості життя пацієнтів, прооперованих з приводу ВГПТ та ТГПТ на тлі ХХН.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для оцінки зміни якості життя пацієнтів, прооперованих з приводу ВГПТ та ТГПТ ми використали стандартизований опитувальник SF-36 з мінімальними модифікаціями.

В ході дослідження нами проведено анкетування 60 пацієнтів з ВГПТ та ТГПТ, прооперованих у період з 2020 по 2023 роки. Анкетуваннями проводили двічі: до оперативного втручання та після нього, у період до 9 місяців. Серед проанкетованих осіб було 35 (58 %) жінок та 25 (42 %) чоловіків. Середній вік респондентів становив $51,31 \pm 9,16$ років.

Усім пацієнтам, включених у дослідження виконували наступний обсяг хірургічних втручань: субтотальна паратиреоїдектомія — 41 пацієнту, видалення 3-х аденом ПЩЗ — 17, 2 пацієнтам — тотальна паратиреоїдектомія з аутотрансплантацією тканини ПЩЗ в м'язи передпліччя.

Статистична обробка результатів проводилася за допомогою Microsoft Office Excel за допомогою таких методів аналізу статистичних даних, як: угруповання, вибірка, кореляційний аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінка якості життя пацієнтів з вторинним та третинним ГПТ за допомогою опитувальника SF-36 складається із 36 питань, об'єднаних у 8 шкал. Ми аналізували усі шкали вищезазначеного опитувальника: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE), психічне здоров'я (MH).

Для кожної досліджуваної шкали було розраховане середнє арифметичне за результатами проведеного нами анкетування серед усіх 60 пацієнтів. Якщо порівнювати результати, отримані в ході анкетування до та після операції, можна відзначити, що значення після проведення оперативного втручання були значно більшими за відповідні значення до. Такі показники свідчать на користь покращення якості життя у всіх сферах.

Так, середні значення шкали PF збільшилося з 5,6 % до 35,8 % — на 30,2 %, RP, обумовлене фізичним станом з 0 % до 75 % — на 75 %. Зростання цих показників свідчить про те, що фізична активність пацієнтів, у тому числі і рутинна, значно зросла у післяопераційний період. Дійсно, до операції все пацієнти пред'являли скарги на хиткість, слабкість ходи, біль у кістках та суглобах, більшості із них було важко самотійно пересуватися, деякі використовували милиці, а після оперативного втручання — усі опитані відзначали покращення свого самопочуття та зменшення, а часом і зникнення перелічених вище скарг.

Щодо значення шкали BR, то варто відмітити, що до операції цей показник дорівнював 42 %, а після її проведення — 100 % (58 %) — це свідчить про те, що больові відчуття практично повністю були знівлені, вони більше не обмежували активність пацієнтів.

Зміни шкали оцінки здоров'я зазнали не таких великих змін, вищеописані шкали (на 35 %), що ми пов'язуємо з наявними супутні захворювання, які спостерігалися у наших пацієнтів. Показник життєвої активності пацієнтів зріс у 2 рази. Це вказує на те, що пацієнти після операції стали почуватися енергійніше.

Зміна шкали SF збільшилася з 62,5 % до 87,5 % — на 23 %, що також свідчить про те, що фізичне та емоційний стан пацієнтів покращився та перестав негативно впливати на соціальну активність.

Шкала RE, зазнала найбільших змін — збільшилася на 100 %, що, можливо, пов'язано не лише з початковим станом пацієнтів, а і з хвилюваннями перед початком проведення оперативного втручання.

Щодо шкали МН, то варто відмітити її підвищення, у середньому на 28 %, що ми також пов'язуємо з покращенням психологічного настрою після лікування та зменшенням депресивних переживань пацієнтів.

Нами були розраховані сумарні фізичні та психічні компоненти здоров'я. До операції фізичний компонент здоров'я становив 31,1 %, після 44,9 % – збільшився на 13,8 %.

Психічний компонент здоров'я до операції становив 27,3 %, а після операції 54,7 % – збільшився на 27,4 %.

Як описано вище, усім пацієнтам досліджуваної групи було проведено визначення рівню паратгормону та кальцію іонізованого як до так і після оперативного втручання. Медіана рівня ПТГ у пацієнтів до операції склала $1601 \pm 803,6$ пг/мл, а медіана іонізованого кальцію до лікування становила $2,35 \pm 0,43$ ммоль/л. Середні значення даних показників після операції склали $186,2 \pm 42,9$ пг/мл та $0,92 \pm 0,15$ ммоль/л відповідно.

При проведенні статистичного аналізу нами було доведено сильний кореляційний зв'язок ($r = 0,81$, при $p = 0,0002$) між показниками рівню паратгормону до операції та значенням шкали «фізичне функціонування» до операції. Це, ще раз, вказує на наявність прямої залежності вираженості клінічних проявів ВГПТ та ТГПТ від рівня ПТГ, тобто – чим вищим є рівень ПТГ, тим гіршим є й фізичний стан пацієнта.

Між показниками рівня ПТГ та значення шкали фізичного функціонування після операції також спостерігали сильну кореляцію ($r = 0,74$, при $p = 0,00001$). Подібна тенденція спостерігалася і між значенням іонізованого кальцію та значеннями шкали фізичного функціонування ($r = 0,62$, при $p = 0,0002$) після операції. Це також вказує на позитивний ефект оперативного втручання у цій сфері.

Якість життя пацієнтів із хронічною хворобою нирок є однією з найважливіших показників ефективності проведеного лікування. При проведенні дослідження ми встановили, що покращення якості життя відбувається в усіх анкетованих пацієнтів із вторинним та третинним гіперпаратиреозом після оперативного лікування що пов'язане із зменшенням рівня ПТГ та іонізованого кальцію у крові. Це доводять виявлені нами виражені кореляційні зв'язки між даними показниками та отриманими значеннями шкал фізичного функціонування до та після операції. Окрім фізичного компонента здоров'я зросли показники та психічного компонента здоров'я, що також вказує на покращення якості життя пацієнтів.

Безумовно, для деталізації вивчення чинників, які впливають на якість життя, необхідно продовжити дослідження змін цих показників у більш віддалений період та в залежності від обсягу виконаної операції.

ВИСНОВКИ

Отже, оперативне втручання є ефективним методом лікування у пацієнтів з хронічною хворобою нирок, оскільки швидко нормалізує лабораторні показники, усуває клінічні прояви, зменшує прояви метастатичної кальцифікації м'яких тканин та внутрішньосудинне відкладання солей кальцію.

Організація надання медичної допомоги пацієнтам із ВГПТ та ТГПТ на тлі хронічної ниркової недостатності вимагає тісної співпраці мультидисциплінарної команди у складі нефролога, хірурга та анестезіолога, забезпечення розробки та впровадження медико-технологічних документів. Для оцінки результатів (як короткочасних, так і довготривалих) хірургічного лікування цієї категорії пацієнтів необхідно проводити більш тривале спостереження у післяопераційний період.

Якість життя пацієнтів з ТГПТ після операції значно вища, ніж до оперативного втручання. Найбільше збільшення відзначалося при оцінці показників психічного компонента здоров'я – на 27,4 %, фізичний компонент здоров'я збільшився на 13,8 %.

Після хірургічного лікування середнє значення шкали фізичного функціонування збільшилось на 30,2 %, рольового функціонування, обумовленого фізичним станом – на 75 %, обумовленого емоційним станом – на 100 %. Показник інтенсивності болю збільшився на 58 %, а життєвої активності – у 2 рази.

Відзначено виражений кореляційний взаємозв'язок між рівнями паратиреоїдного гормону, іонізованого кальцію та шкал фізичного функціонування до та після операції.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Потребують наукового обґрунтування чіткого регламентування усі організаційні аспекти медичної допомоги хворим на вторинний та третинний гіперпаратиреоз, включаючи вдосконалення нормативно-правового і медико-технологічного забезпечення, інтегроване ведення пацієнтів, з дотриманням вимог наступності на усіх етапах медичного обслуговування.

Дослідження, що стали підґрунтям для написання наукової статті, виконані в рамках комплексних науково-дослідних робіт наукового відділу малоінвазивної хірургії – Оптимізація хірургічного лікування пацієнтів за мультимодальною програмою швидкого відновлення на основі удосконалення малоінвазивних оперативних втручань, зокрема із застосуванням нано-біосенсорних технологій та анестезіологічного забезпечення (Державний реєстраційний номер 0122U000233) та наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

Державного управління справами – Медико-соціальне обґрунтування, розробка та впровадження сучасної моделі системи безперервного поліпшення якості

інтегрованої медичної допомоги в роботу багатопрофільного закладу охорони здоров'я (Державний реєстраційний номер 0122U000232)

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Парій, В. Д., Гришук, С. М. Підходи до лікування пацієнтів з хронічною хворобою нирок V ступеню в Україні. In: Фармакоєкономіка в Україні: стан та перспективи розвитку: матеріали XIII наук.-практ. INTERNET-конф., м. Харків. 2021. р. 107-108.
2. Поширеність ХХН ВД стадії у світі та в Україні / Дудар І. О., Паламар Б. І., Красюк Е. К., Петрова А. С. Здоров'я України. 2015. (3-4). С. 10-12.
3. Кондратюк В.Є., Петрова А. С. Оцінка якості сну та життя у пацієнтів з хронічною хворобою нирок, що знаходяться на лікуванні методом гемодіалізу. Актуальні проблеми нефрології. 2018. (24). С. 37-40.
4. Колесник М. О. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок та хворих на гостру ниркову недостатність: 2016 р. Київ, 2017.
5. Кравець О.В., Мисловський І. А., Попадинець В. М. Хірургічні аспекти перитонеального діалізу: профілактика, діагностика, та лікування складено Український медичний часопис. 2018. 3(2)(125). С. 40-43.
6. Оценка результатов хирургического лечения больных со вторичным и третичным гиперпаратиреозом на фоне хронической почечной недостаточности, проживающих в Винницкой области /Майструк С. Б., Шапринський В. А., Питуляк Л. В. та ін. Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. 2019. (3). С. 55-60.

REFERENCES

1. Pariy, V. D., Hryshchuk, S. M. (2021). Pidkhody do likuvannya khvoroby vid khvoroby nyrok V stupeni v Ukraini. In: Farmakoeconomika v Ukraini: stan ta perspektivy rozvytku: materialy KHIII nauk.-prakt. INTERNET-konf. [Approaches to the treatment of kidney disease B stage in Ukraine. In: Pharmacoeconomics in Ukraine: state and prospects of development: materials of the 13th scientific-practical conference]. Kharkiv. [in Ukrainian].
2. Dudar I.O., Palamar B. I., Krasnyuk E. K., Petrova A. S. (2015). Poshyrenist' KHKHN VD stadiyi u sviti ta v Ukraini [Prevalence of CKD VD stage in the world and in Ukraine.]. Health of Ukraine, (3-4), 10-12. [in Ukrainian].
3. Kondratiuk V.YE., Petrova A. S. (2018). Otsinka yakosti snu ta zhyttya u patsiyentiv z khronichnoyu khvoroboyu nyrok, shcho znakhodyat'sya na likuvanni metodom hemodializu [Assessment of the quality of sleep and life in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis treatment]. Aktual'ni problemy nefrolohiyi, (24), 37-40. [in Ukrainian].
4. Kolesnyk, M.O. (2017). Natsionalnyi reiestr khvorykh na khronichnu khvorobu nyrok ta patsiyentiv z hostryim poshkodzhenniam nyrok: 2016 rik [National Register of Patients with Chronic Kidney Disease and Patients with Acute Kidney Injury: 2016]. Kyiv. [in Ukrainian].
5. Kravets, O.V., Myslovskiy, I.A., & Popadynets, V.M. (2018). Khirurhiichni aspekty perytonealnoho dializu: profilaktyka, diahnostyka, ta likuvannia uskladnen [Surgical aspects of peritoneal dialysis: prevention, diagnosis and treatment of complications]. Ukrainskyi medychmyi chasopys – Ukrainian Medical Herald, 3(2) (125) -V/VI, 40-43 [in Ukrainian].
6. Maystruk, S. B., Shaprins'kiy, V. A., Pritulyak, L. V., Pivovarova, N. I., & Palamarchuk, A. V. (2019). Otsenka rezul'tatov khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh so vtorichnym i tretichnym iperparatireozom na fone khronicheskoy pochechnoy nedostatochnosti, prozhivayushchikh v Vinnitskoy oblasti [Evaluation of the results of surgical treatment of patients with secondary and tertiary hyperparathyroidism against the background of chronic renal failure, living in the Vinnitsa region]. Clinical endocrinology and endocrine surgery, (3), 55-60.

Summary

STUDY OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HYPERPARATHYROIDISM ON THE BACKGROUND OF CHRONIC KIDNEY FAILURE

D. D. Diachuk, R. P. Tkachenko, N. Yu. Kondratiuk

State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Introduction. The problem of secondary hyperparathyroidism (SHPT) and tertiary hyperparathyroidism (THPT) has drawn the attention of numerous researchers in many countries, including those where kidney transplantation is a routine procedure. The most acute aspects include determining the most effective methods of therapeutic treatment, diagnostic and prognostic criteria, indications for surgery, its scope, and methods of avoiding relapses.

The aim. To study the quality of life of patients who underwent surgery for secondary and tertiary hyperparathyroidism on the background of chronic kidney disease.

Materials and Methods. During the study, we conducted a survey of 60 patients with secondary and tertiary hyperparathyroidism who underwent surgery between 2020 and 2023. The surveys were conducted twice: before the surgical intervention and within a period of up to 9 months after it. Among those surveyed, there were 35 (58 %) women and 25 (42 %) men. The average age of the respondents was 51.31 ± 9.16 years.

Results and Discussion. Quality of life is one of the most important indicators of the effectiveness of treatment. We observed an improvement in the quality of life in all surveyed patients with Tertiary Hyperparathyroidism (THPT) after surgical treatment. From the physical component point of view, this effect is undoubtedly associated with a decrease in the level of PTH and ionized calcium in the blood. This is evidenced by the significant correlation between these indicators and the obtained values of physical functioning scales before and after the operation.

Conclusions. A significant correlation was observed between the levels of parathyroid hormone, ionized calcium, and physical functioning scales before and after surgery.

Key words: secondary and tertiary hyperparathyroidism, SHPT and THPT, quality of life, SPF-36, subtotal parathyroidectomy, integrated patient management.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ В УКРАЇНІ ТА У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Т. Г. Гутор, Н. Ф. Тімченко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна
Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я

Резюме

Мета. Обґрунтування прогностичної складової в процесі опрацювання моделі попередження невиношування вагітності серед жіночого населення України.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз динаміки невиношування вагітності серед жіночого населення України та Львівської області за період з 2014 по 2021 роки та здійснено прогнозування показників даної патології до 2026 року. У роботі застосовано методи системного підходу та структурно-логічного аналізу, медико-статистичного аналізу та прогнозування за допомогою експоненціального згладжування за двоохпараметричним методом Холта.

Результати й обговорення. За аналізований період з 2014 по 2021 роки відмічено зростання індексу співвідношення загального показника кількості невиношування до загального числа вагітностей (випадків невиношування на 100 вагітностей) з 5,50 у 2014 році до 6,22 у 2021 році в Україні та відповідно з 3,57 до 4,72 у Львівській області. З метою прогнозування нами було обрано метод експоненціального згладжування за двоохпараметричним методом Холта (Holt). На нашу думку даний показник співвідношення найменше буде залежати від впливу війни та пандемії COVID-19. За інших незмінних умов, результати прогнозування передбачають, що у 2026 році в Україні показник співвідношення невиношування до загального числа вагітностей становитиме 6,37 випадків невиношування на 100 вагітностей, а у Львівській області 5,38 випадків невиношування на 100 вагітностей.

Висновки. Аналіз показників динаміки співвідношення невиношування до загального числа вагітностей за аналізований 8-річний період як в Україні так і у Львівській області показав тенденцію до щорічного зростання даного індексу.

Погіршення демографічної ситуації за результатами дослідження, а також ймовірний розвиток демографічної кризи у зв'язку з воєнним станом в Україні та спровокованою ним масовою міграцією жіночого населення, вимагає пошуку усіх можливих шляхів, щодо попередження невиношування та врахування цієї прогностично-негативної тенденції у розробці профілактичних програм.

Ключові слова: невиношування вагітності, прогнозування, репродуктивні порушення, профілактика невиношування, демографічна криза

ВСТУП

Невиношуванням вагітності називають її мимовільне переривання в терміні від зачаття до 37 тижнів. У структурі невиношування вагітності виділяють: ранній самовільний аборт до 11 тижнів + 6 днів, пізній самовільний аборт – від 12 до 21 тижня + 6 днів та передчасні пологи – від 22 повних до 36 тижнів + 6 днів.[1]

Феномен невиношування несе в собі не лише медичну, але і психологічну, соціальну та економічну складову та стає пусковим фактором для введення великої кількості епідеміологічних, клінічних, соціальних досліджень та пошуку шляхів до вирішення цієї проблеми в цілому світі. Проте, попри велику кількість наукових досліджень, спрямованих на пошук методів попередження

невиношування вагітності, частота даної патології залишається високою серед усіх світових поло-гів. [2,3,4,5,6]

Передчасні пологи є причиною перинатальної та неонатальної смертності немовлят, важкої захворюваності та смертності дітей віком до 2 років, порушення їх психомоторного та фізичного розвитку, когнітивних порушень, виникнення інвалідності. [7,8,9,10] Дані міжнародних наукових досліджень пов'язують проблему невиношування з вищим ризиком розвитку артеріальної гіпертензії, метаболічного синдрому, ішемічної хвороби серця, діабету 2 типу, та інших захворювань а також вищий рівень смертності у дорослих, народжених передчасно, в порівнянні з народженими доношеними. [11]

МЕТА РОБОТИ

Обґрунтування прогностичної складової в процесі опрацювання моделі попередження невиношування вагітності серед жіночого населення України.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз динаміки невиношування вагітності серед жіночого населення України та Львівської області за період з 2014 по 2021 роки [12] та здійснено прогнозування показників даної патології до 2026 року. Використано статистичні дані Центру медичної статистики МОЗ України [13], а саме Форма № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям». У роботі застосовано методи системного підходу та структурно-логічного аналізу, медико-статистичного аналізу, розрахунок ланцюгових показників динамічного ряду, методологію прогнозування за допомогою експоненціального згладжування за двоохпараметричним методом Холта.

РЕЗУЛЬТАТИ Й ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз первинних даних засвідчує, що з 2014 по 2021 роки показники співвідношення випадків невиношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області мали тенденцію до зростання, про що наведено в таблиці I.

Таблиця I

Динаміка співвідношення випадків невиношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області за період 2014-2021 роки (випадків невиношування на 100 вагітностей).

Роки	Україна			Львівська область		
	Невиношування на 100 вагітностей	абсолютний приріст	темп приросту, %	Невиношування на 100 вагітностей	абсолютний приріст	темп приросту, %
2014	5,50			3,57		
2015	5,67	0,17	3,09	3,79	0,22	6,16
2016	5,68	0,01	0,18	4,03	0,24	6,33
2017	5,72	0,04	0,70	3,95	-0,08	-1,99
2018	5,77	0,05	0,87	4,25	0,30	7,59
2019	5,84	0,07	1,21	4,35	0,10	2,35
2020	5,61	-0,23	-3,94	4,35	0	0,00
2021	6,22	0,61	10,87	4,72	0,37	8,51

З метою передбачення показників співвідношення невиношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області у найближчу перспективу нами було проведено прогнозування за допомогою експоненціального згладжування за двоохпараметричним методом Холта (Holt). На нашу думку даний показник співвідношення невиношування до загального числа вагітностей з-поміж інших аналізованих епідеміологічних показників здоров'я жіночого населення та роботи акушерсько-гінекологічної служби найменше буде залежати від впливу війни та пандемії COVID-19.

Суть даного методу полягає в тому, що здійснюється постійна адаптація результатів прогнозів до нової інформації, що в свою чергу достовірно збільшує точність прогнозів. Відтак результати прогнозу головним чином залежать від рівнів ряду, які ближче всього знаходяться до початку прогнозного періоду (у нашому випадку це дослідження 2021 року), а показники, які віддалені від кінця динамічного ряду (тобто дані

наближені до 2014 року) здійснюють менший вплив на результати прогнозу. Математичні розрахунки нами було проведено з приміненням програми «Statistica».

З метою побудови адекватної моделі прогнозування показників співвідношення невиношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області за двоохпараметричним методом Холта нами було обрано принцип отримання найменших середніх значень квадратів абсолютних залишків, про що буде більш детально оговорено в подальшому.

При опрацюванні моделі нами було визначено коефіцієнти « α » (надає змогу відстежувати рівні ряду) та « γ » (надає змогу відстежувати нахил рівнів ряду) таким чином, щоб показники рівнів ряду з 2014 по 2020 рік змогли якомога точніше спрогнозувати показники 2021 року, які нам були уже заздалегідь відомими. Для цього нами було застосовано квазі-ньютонівську процедуру, а значення отриманих коефіцієнтів наведено в таблиці II.

Таблиця II

**Значення отриманих коефіцієнтів
при експоненціальному згладжуванні
за двохпараметричним методом Холта**

Коефіцієнт	Значення	
	Україна	Львівська область
α	0,056	0,055
γ	1,00	1,00

Трактування отриманих результатів здійснюється за загальноприйнятою методикою: якщо значення коефіцієнту « α » було б «1», то останній рівень ряду (у нашому випадку це показники 2021 року) мав би максимальний вплив на прогнозування, а всі попередні спостереження б ігнорувалися; якщо би значення даного коефіцієнту становило «0», то всі рівні ряду здійснювали б однаковий вплив на результат. Отримане у нашому випадку значення коефіцієнту « α » на рівні «0,056» для показників в Україні та «0,055» для показників у Львівській області вказує на домінування на незначному рівні показників 2021 року для здійснення прогнозування. Даний результат є очевидним з математичної точки зору, оскільки динаміка аналізованих рядів не мала вираженого хвилеподібного характеру.

Отримане у нашому випадку значення коефіцієнту « γ » на рівні «1,00» для показників в Україні та у Львівській області вказує на те, що тренд не є однаковим для всіх значень динамічних рядів.

Відтак отримані рівняння за методом Холта для визначення показників експоненціально згладженого ряду (1,3) та для оцінки тренду (2,4) матимуть наступний вигляд:

Для показників в Україні:

$$L_t = 0,056 * Y_t + (1-0,056)(L_{t-1} - T_{t-1}) \quad (1)$$

$$T_t = 1 * T_{t-1} \quad (2)$$

де: L_t – нова згладжена величина;

Y_t – нове спостереження або реальне значення ряду в період t ;

T_t – власне оцінка тренду.

Для показників у Львівській області:

$$L_t = 0,055 * Y_t + (1-0,055)(L_{t-1} - T_{t-1}) \quad (3)$$

$$T_t = 1 * T_{t-1} \quad (4)$$

де: L_t – нова згладжена величина;

Y_t – нове спостереження або реальне значення ряду в період t ;

T_t – власне оцінка тренду.

Використовуючи отримані рівняння нами було розраховано згладжені дані для кожного з аналізованих років, що відображено в таблиці III. Залишки в кожному з років було обчислено як різницю між фактичними та згладженими показниками.

Таблиця III

Фактичні, згладжені дані та залишки при прогнозуванні показника співвідношення невіношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області згідно двохпараметричного методу Холта

Роки	Україна			Львівська область		
	Фактичні дані	Згладжені дані	Залишки	Фактичні дані	Згладжені дані	Залишки
2014	5,50	5,55	-0,05	3,57	3,65	-0,08
2015	5,67	5,65	0,02	3,79	3,81	-0,02
2016	5,68	5,75	-0,07	4,03	3,97	0,06
2017	5,72	5,84	-0,12	3,95	4,13	-0,18
2018	5,77	5,93	-0,16	4,25	4,27	-0,02
2019	5,84	6,00	-0,16	4,35	4,42	-0,07
2020	5,61	6,06	-0,45	4,35	4,57	-0,22
2021	6,22	6,09	0,13	4,72	4,69	0,03

Отримана нами модель характеризується певним переліком індикаторних показників, до яких відноситься середній залишок, середній абсолютний залишок, сума квадратів абсолютних залишків, середнє значення квадратів абсолютних залишків, середнє значення відносних залишків та середнє значення абсолютних відносних залишків. Отримані дані вище зазначених показників наведено в таблиці IV.

Середній залишок, який обчислюється простим усередненням залишків по кожному році для нашої моделі становить для показників в Україні – 0,11 та для показників у Львівській області – 0,06. Недоліком даного показника є те, що позитивні та негативні залишки анулюють один одного, що відтак не може бути істотним індикатором опрацьованої моделі.

Середній абсолютний залишок, який розраховується як середнє арифметичне абсолютних залишків у нашому випадку дорівнює для показників в Україні та Львівській області 0,15 та 0,09 відповідно. Проте даний показник в недостатній мірі аналізує вискакуючі значення в рядах динаміки.

Одним з найкращих та відповідно і найбільш часто витребуваним індикатором прогностичних моделей є сума середніх значень квадратів абсолютних залишків, яка у нашому випадку для показників в Україні складає 0,30, а для показників Львівської області 0,10 та є найменшим з-поміж усіх можливих інших моделей. Це власне і відповідає нашому принципу отримання найменшого середнього значення квадратів абсолютних залишків для прогностичної моделі, про що вже зазначалось раніше.

Таблиця IV

Індикатори отриманої моделі прогнозу показника співвідношення невиношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області згідно двохпараметричного методу Холта

№ з/п	Індикатори отриманої моделі прогнозу	Значення	
		Україна	Львівська область
1.	Середній залишок	-0,11	-0,06
2.	Середній абсолютний залишок	0,15	0,09
3.	Сума квадратів абсолютних залишків	0,30	0,10
4.	Середнє значення квадратів абсолютних залишків	0,04	0,01
5.	Середнє значення відносних залишків	-1,92	-1,54
6.	Середнє значення абсолютних відносних залишків	2,56	2,10

Середнє значення відносних залишків, яке для нашої моделі становить $-1,92\%$ та $-1,54\%$ для показників в Україні та у Львівській області відповідно, розраховується шляхом простого усереднення відсоткового співвідношення залишків до фактичних даних по кожному році. Недоліком даного показника також є те, що позитивні та негативні відсотки нівелюють один одного.

Середнє значення абсолютних відносних залишків використовується для того, щоб позитивні та негативні значення не нівелювали один одного. Отриманий для нашої моделі результат для показників по Україні $2,56\%$ та для показників Львівської області $2,10\%$ вказує на абсолютне відсоткове співвідношення залишків до фактичних даних за всі роки. Проте даний показник також в недостатній мірі аналізує вискакуючі значення в рядах динаміки.

Отже наша модель має найменше з-поміж усіх можливих середнє значення квадратів абсолютних залишків, а отже і найменше значення суми квадра-

тів абсолютних залишків, що в свою чергу дозволяє здійснювати прогнозування на найближчу перспективу показників співвідношення невиношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області за рівнянням (5) методу Холта:

$$\hat{Y}_{t+p} = L_t + pT_t \quad (5)$$

p – кількість років вперед, на який робиться прогноз;
 $\hat{Y}_{t+p}$ – прогноз на « p » років вперед.

Підставивши дані у рівняння (5) розраховано, що за інших незмінних умов у 2026 році в Україні показник співвідношення невиношування до загального числа вагітностей становитиме 6,37 випадків невиношування на 100 вагітностей, а у Львівській області 5,38 випадків невиношування на 100 вагітностей.

Первинні та згладжені дані, а також прогностичні показники щодо співвідношення невиношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області наведено на рисунку 1 та рисунку 2 відповідно.

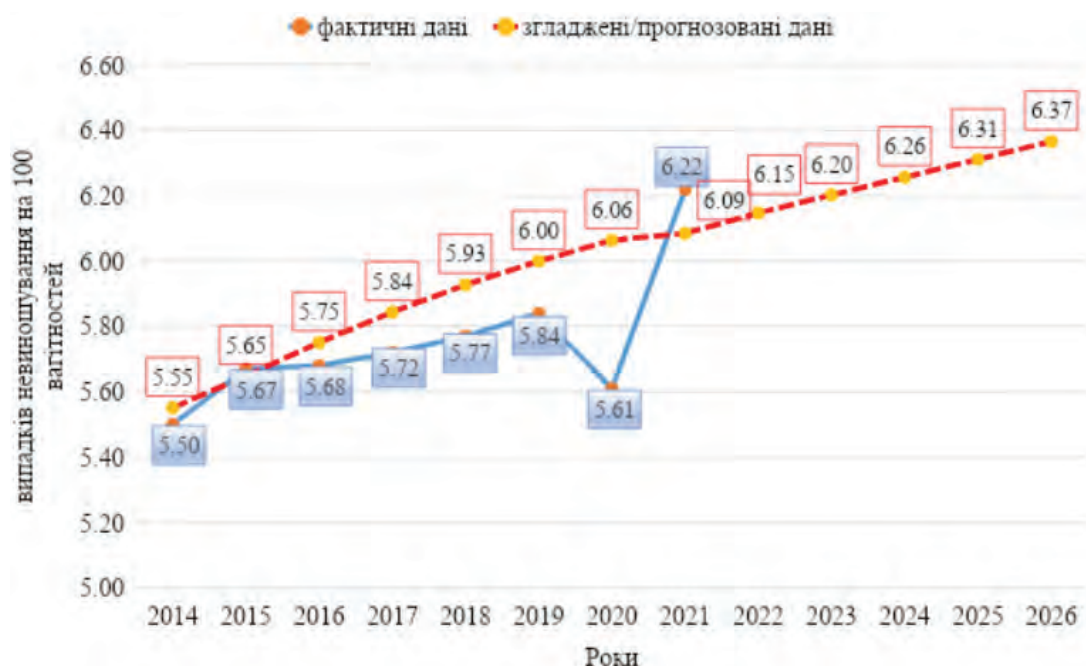


Рис. 1. Фактичні та прогнозовані показники співвідношення випадків невиношування до загального числа вагітностей в Україні за період 2014–2026 роки.



Рис. 2. Фактичні та прогнозовані показники співвідношення випадків невиношування до загального числа вагітностей у Львівській області за період 2014-2026 роки.

Наявна тенденція прогресування невиношування вагітності, про яку свідчать наведені показники, та результати прогнозування співвідношення невиношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області аргументують потребу в опрацюванні у найближчий час новітніх моделей профілактики невиношування вагітності з метою попередження демографічної кризи серед населення України та Львівської області зокрема.

ВИСНОВКИ

1. Епідеміологічний аналіз показників динаміки співвідношення загального показника кількості невиношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області за період 2014-2021 роки, показав чітку тенденцію до щорічного зростання даного індексу як в Україні, так і у Львівській області. В Україні цей показник зріс з 5,50 випадків на 100 вагітностей у 2014 році до 6,22 у 2021 році. У Львівській області показник збільшився з 3,57 у 2014 році до 4,72 випадки невиношування на 100 вагітностей у 2021 році.

2. З метою передбачення показників співвідношення кількості невиношування до загального числа вагітностей в Україні та у Львівській області у найближчу перспективу було обрано модель прогнозування за допомогою експоненціального згладжування за двохпараметричним методом Холта (Holt). Отримана в результаті статистичної обробки сума се-

редніх значень квадратів абсолютних залишків, яка у нашому випадку для показників в Україні складає 0,30, а для показників Львівської області 0,10 була найменшою з-поміж усіх можливих інших моделей і власне відповідала принципу вибору найточнішої моделі для отримання найбільш вірогідних прогнозованих значень.

3. Отримані прогностичні показники засвідчують, що за інших незмінних умов у 2026 році в Україні показник співвідношення кількості невиношування до загального числа вагітностей становитиме 6,37 випадків невиношування на 100 вагітностей, а у Львівській області 5,38 випадків невиношування на 100 вагітностей.

4. Опрацьована прогностична тенденція є необхідною складовою при опрацюванні ризик-орієнтованої моделі попередження невиношування вагітності серед жіночого населення України та елементом попередження розвитку демографічної кризи у найближчому майбутньому, в тому числі і у зв'язку з воєнним станом в Україні та спровокованою ним масовою еміграцією за межі держави та внутрішньою міграцією жіночого населення.

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року N 582 «Про затвердження клі-

нічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року

- N 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»: Наказ 03.11.2008 № 624. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/33936___485938
- Невиношування вагітності: сучасні погляди на проблему: огляд літератури / Воробйова І. І., Живецька-Денисова А. А., Ткаченко В. Б., Рудакова Н. В. Здоров'я жінки. 2017. 3(119). С. 113-117.
 - Bagkou Dimakou, Danai et al. Understanding human immunity in idiopathic recurrent pregnancy loss. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2022. 270. С. 17-29. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.12.024
 - Rossen L. M., Ahrens K. A., Branum A. M. Trends in Risk of Pregnancy Loss Among US Women, 1990-2011. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2018 Jan. 32(1). P. 19-29. doi: 10.1111/ppe.12417.
 - Huchon C. et al. Pregnancy loss: French clinical practice guidelines. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2016. 201. P. 18-26. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.02.015.
 - Torchin H., Ancel P. Y. Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité [Epidemiology and risk factors of preterm birth]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016 Dec. 45(10). P. 1213-1230. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.09.013.
 - Tietzmann M. R., Teichmann P. D.V., Vilanova C. S., Goldani M. Z., Silva C. H.D. Risk Factors for Neonatal Mortality in Preterm Newborns in The Extreme South of Brazil. *Sci Rep*. 2020. 29. 10(1). P. 7252. doi: 10.1038/s41598-020-64357-x.
 - Torchin H., Ancel P. Y., Jarreau P. H., Goffinet F. Épidémiologie de la prématurité: prévalence, évolution, devenir des enfants [Epidemiology of preterm birth: Prevalence, recent trends, short- and long-term outcomes]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015 Oct. 44(8). P. 723-31. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.06.010.
 - Preterm premature rupture of membranes at 22-25 weeks' gestation: perinatal and 2-year outcomes within a national population-based study (EPIPAGE-2) / Lorthe E., Torchin H., Delorme P. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Sep. 219(3). 298.e1-298.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2018.05.029.
 - Родич О. Ю., Гутор Т. Г. Методичні основи процесу прогнозування кількості народжених дітей з малою масою тіла. Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. 2014. 2. № 2-3. С. 18-22.
 - Kumar Vasantha H. S. Cardiovascular Morbidities in Adults Born Preterm: Getting to the Heart of the Matter!. *Children*. 2022. Vol. 9. 12 1843. 28. doi:10.3390/children9121843
 - Timchenko N. F., Gutor T. G. Dynamics of miscarriage among the female population of fertile age in Ukraine and in Lviv region in 2014-2021. *Acta Medica Leopoliensia*, 2022. 28(3-4). P. 72-86.
 - Статистичні дані Центру медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>

REFERENCES

- Pro vnesennya zmin do nakazu MOZ Ukrayiny vid 15 hrudnya 2003 roku N 582 «Pro zatverdzhennya klinichnykh protokoliv z akushers'koyi ta hinekolohichnoyi dopomohy», nakazu MOZ vid 31.12.2004 roku N 676 «Pro zatverdzhennya klinichnykh protokoliv z akushers'koyi ta hinekolohichnoyi dopomohy»: N a k a z 03.11.2008 № 624 [On amendments to the order of the Ministry of Health of Ukraine dated December 15, 2003 No. 582 «On the approval of clinical protocols for obstetric and gynecological care», the order of the Ministry of Health of Ukraine dated December 31, 2004 No. 676 «On the approval of clinical protocols for obstetric and gynecological care»: and from 03.11.2008 No. 624]. Available from: https://zakononline.com.ua/documents/show/33936___485938
- Vorobyova, I.I., Zhyvets'ka-Denysova, A.A., Tkachenko, V.B., Rudakova, N.V. (2017). Nevynoshuvannya vahitnosti: suchasni pohlyady na problemu: ohlyad literatury [Miscarriage: modern views on the problem: literature review]. *Women's health*, 3(119), 113-117.
- Bagkou Dimakou, Danai et al. (2022). Understanding human immunity in idiopathic recurrent pregnancy loss. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 270, 17-29. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.12.024
- Rossen, L.M., Ahrens, K.A., Branum, A.M. (2018). Trends in Risk of Pregnancy Loss Among US Women, 1990-2011. *Paediatr Perinat Epidemiol.*, Jan. 32(1), 19-29. doi: 10.1111/ppe.12417.
- Huchon, C. et al. (2016). Pregnancy loss: French clinical practice guidelines. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 201, 18-26. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.02.015.
- Torchin, H., Ancel, P.Y. (2016). Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité [Epidemiology and risk factors of preterm birth]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 45(10), 1213-1230. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.09.013.
- Tietzmann, M.R., Teichmann, P.D.V., Vilanova, C.S., Goldani, M.Z., Silva, C.H.D. (2020). Risk Factors for Neonatal Mortality in Preterm Newborns in The Extreme South of Brazil. *Sci Rep.*, 29. 10(1), 7252. doi: 10.1038/s41598-020-64357-x.
- Torchin, H., Ancel, P.Y., Jarreau, P.H., Goffinet, F. (2015). Épidémiologie de la prématurité: prévalence,

- évolution, devenir des enfants [Epidemiology of preterm birth: Prevalence, recent trends, short- and long-term outcomes]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, Oct. 44(8), 723–31. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.06.010.
9. Lortie E., Torchin H., Delorme P. (2018). Preterm premature rupture of membranes at 22–25 weeks' gestation: perinatal and 2-year outcomes within a national population-based study (EPIPAGE-2). *Am J Obstet Gynecol.*, 219(3), 298.e1–298.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2018.05.029.
 10. Rodych, O. Y. U., Hutor, T. H. (2014). Metodichni osnovy protsesu prohnouzuvannya kil'kosti narodzhennykh ditey z maloyu masoyu tila [Methodological foundations of the process of forecasting the number of children born with low body weight]. *Actual problems of clinical and preventive medicine*, 2, 2–3, 18–22.
 11. Kumar Vasantha, H. S. (2022). Cardiovascular Morbidities in Adults Born Preterm: Getting to the Heart of the Matter!. *Children*, 9, 12, 1843. 28. doi:10.3390/children9121843.
 12. Timchenko, N. F., Gutor, T.G. (2022). Dynamics of miscarriage among the female population of fertile age in Ukraine and in Lviv region in 2014–2021. *Acta Medica Leopoliensia*, 28(3–4), 72–86.
 13. Statystichni dani Tsentru medychnoyi statystyky MOZ Ukrainy [Statistical data of the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine]. Available from: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>

Summary

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS AND PROGNOSIS OF MISCARRIAGE IN UKRAINE AND LVIV REGION

T. G. Gutor, N. F. Timchenko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine
Department of Social Medicine, Economics and Health Care Organization.

The aim. Substantiation of the prognostic component in the process of developing the model of prevention of miscarriage among the female population of Ukraine.

Materials and methods. A retrospective epidemiological analysis of the miscarriage dynamics among the female population of Ukraine and Lviv region for the period of 2014–2021 was performed, and prognosis of the indicators of this pathology until 2026 was established. The work uses the methods of a systemic approach and structural-logical analysis, medical-statistical analysis, prognostic methodology using exponential smoothing according to the two-parameter Holt method.

Results and discussion. Over the analyzed period from 2014 to 2021, an increase in the index of the ratio of the total rate of miscarriage to the total number of pregnancies (cases of miscarriage per 100 pregnancies) from 5.50 in 2014 to 6.22 in 2021 in Ukraine and from 3.57 to 4.72 in Lviv region, respectively, was noted. In order to predict the ratio of miscarriages to the total number of pregnancies we have chosen the exponential smoothing method according to the two-parameter Holt method. In our opinion, this indicator will be the least dependent on the impact of war and COVID-19 pandemic.

All other conditions remaining unchanged, the prognosis results predict that in 2026, the ratio of miscarriage to the total number of pregnancies in Ukraine will amount to 6.37 cases of miscarriage per 100 pregnancies, and 5.38 cases of miscarriage per 100 pregnancies in Lviv region.

Conclusions. Analysis of the dynamic indicators of the ratio of stillbirths to the total number of pregnancies over the analyzed 8-year period both in Ukraine and in Lviv region showed a trend towards annual growth of this index.

A worsening of the demographic situation according to the results of the study, as well as the likely development of a demographic crisis in connection with the state of war in Ukraine and the mass migration of the female population provoked by the war, requires searching for all possible ways to prevent miscarriage and take into account this prognostic-negative trend in the development of preventive programs.

Keywords: miscarriage, prognosis, reproductive disorders, prevention of miscarriage, demographic crisis

УДК 616-006.6 [616.24+616.65+618.19+616.33]-036.868
[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.07](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.07)

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ЛЕГЕНЬ, ПРОСТАТИ, МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ШЛУНКУ В УКРАЇНІ ЗГІДНО ОПИТУВАЛЬНИКА EORTC QLQ-C30

В. О. Зуб

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Резюме

Вступ. Злоякісні новоутворення є другою найчастішою причиною смерті населення України. Рак молочної залози є найпоширенішим онкологічним захворюванням серед жінок, а рак легень – серед чоловіків. Разом з тим, спостерігається негативна тенденція до збільшення нових випадків захворюваності на рак простати серед чоловічого населення. В свою чергу, рак шлунку є у групі найпоширеніших форм новоутворень як чоловічого, так і жіночого населення України. **Мета.** Порівняння показників якості життя пацієнтів з раком молочної залози, раком простати, раком легень, раком шлунку та визначення основних проблем в якості їх життя для оптимізації системи медичної допомоги для них.

Матеріали і методи. Проведено анкетування пацієнтів з раком легень (n=411), раком простати (n=408), раком молочної залози (n=400) та раком шлунку (n=404) на етапі їхнього стаціонарного лікування в онкологічних установах дев'яти областей України, з використанням опитувальника EORTC QLQ-C30.

Результати та їх обговорення. Найкращий показник Global Health Status/QoL встановлено у пацієнток з раком молочної залози (53,22 бали за 100-бальною шкалою), найнижчий – у пацієнтів з раком легень (49,12 балів). Для пацієнток з раком молочної залози характерні також найкращі результати у всіх пунктах функціональної шкали та шкали симптомів QLQ-C30. У свою чергу, в пацієнтів з раком шлунку зафіксовано найгірші показники як за функціональною шкалою, так і за шкалою симптомів QLQ-C30.

Висновки. На основі невисоких показників якості життя онкологічних пацієнтів, важливим є створення соціально-психологічного супроводу онкохворих та членів їх родин, що включатиме розроблення та запровадження стандартизованої психологічної допомоги та забезпечення охорони психічного здоров'я на всіх етапах діагностики, лікування та реабілітації.

Ключові слова: онкологія, якість життя, соціально-психологічний супровід

ВСТУП

В Україні новоутворення входять до основних 5 причин смерті українців і є другими найбільшими вбивцями українців [8]. Рак трахеї, бронхів і легенів забирає найбільше життів чоловіків – 14 174 випадки, тоді як рак молочної залози – найпоширеніше онкологічне захворювання серед жінок і забрало 8 472 життя. Загалом найпоширеніші форми новоутворень серед чоловіків в Україні це рак трахеї, бронхів і легенів, рак товстої і прямої кишки, рак шлунку та рак простати. У жінок усіх вікових категорій найпоширеніші фор-

ми раку, які мають найбільший тягар в Україні, ранжуються у наступному порядку: рак молочної залози (РМЗ), рак товстої і прямої кишки, рак шлунку, рак трахеї, бронхів і легень. Загалом в Україні щороку діагностують 140 тис. нових випадків онкологічних захворювань, а показник смертності – 62 тис. Протягом 2020 року кожен п'ятий українець не відвідав лікаря-онколога. Це приблизно 20 тисяч людей, які вже цього року звертаються до фахівців із занедбаними стадіями. Найчастіше виявляють занедбану форму онкопатології серед пацієнтів з раком трахеї, бронхів і легень, раком простати та раком шлунка.

Рак є провідною причиною смерті в усьому світі, що складає майже 10 мільйонів смертей у 2020 році [3]. Це друга найпоширеніша причина смерті після серцево-судинних захворювань у світі. З точки зору нових випадків найпоширенішими є рак молочної залози (2,26 млн. випадків), рак легень (РЛ) (2,21 млн. випадків), рак товстої і прямої кишки (1,93 млн. випадків), рак простати (РП) (1,41 млн. випадків), рак шкіри (1,20 млн. випадків), рак шлунку (РШ) (1,09 млн. випадків). У 2020 році найпоширенішими причинами смерті від раку у були рак легень (РЛ) (1,80 млн. смертей), рак товстої і прямої кишки (916 000 смертей), рак печінки (830 000 смертей), рак шлунку (769 000 смертей), рак молочної залози (685 000 смертей).

Беззаперечними сьогодні є успіхи у наданні онкологічної допомоги пацієнтам. У національному масштабі з 1990 року смертність від новоутворень знизилася з 115 971 (18,6 %) від загальної кількості смертей до 99 217 (14,1 %) у 2019 році [8], проте важливі не лише удосконалення техніки хірургічного, променевого лікування та нові досягнення в хіміотерапії, але й пошук підходів, що забезпечують належну якість життя пацієнтів. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) якість життя — це широкомасштабне поняття сприйняття людьми свого становища в житті в культурному контексті та системі цінностей, у якій вони живуть, а також у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами та занепокоєннями, вона охоплює фізичне та психологічне здоров'я людини, рівень її незалежності, соціальні аспекти та її стосунки з навколишнім середовищем [6,7].

МЕТА

Порівняння показників якості життя пацієнтів з РМЗ (С50), РП (С61), РЛ (С33-С34), РШ (С16) та визначення основних проблем в їх якості життя для оптимізації системи медичної допомоги для них.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Соціологічне дослідження проведено шляхом анкетування 1 623 пацієнтів, серед них 404 пацієнти з раком шлунку, 400 пацієнтки з раком молочної залози, 408 пацієнти з раком простати та 411 пацієнти з раком легень на етапі їхнього стаціонарного лікування згідно уніфікованого протоколу дослідження, який передбачав використання анкети, яка була розроблена Європейською організацією дослідження та лікування раку — European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Опитувальник складався з загальної анкети визначення якості життя в онкології EORTC QLQ-C30. Дозвіл на використання даних опитувальників від «EORTC Quality of Life Group» отримано в листопаді 2021 року.

Анкета EORTC QLQ-C30 [9-11], яка є однією з найбільш застосовуваних інструментів визначення якості життя в онкології, складається з 30 питань і включає 5 функціональних шкал (фізичне функціонування, рольове функціонування, емоційне функціонування, когнітивне функціонування і соціальне функціонування); 3 шкали симптомів — втоми, нудоти і болю; а також 6 додаткових критеріїв: порушення сну, втрата апетиту, констипація, діарея, задишка, фінансові труднощі.

Дослідження відбувалося у онкологічних установах дев'яти областей України: Чернігівської, Запорізької, Дніпропетровської, Київської, Полтавської, Хмельницької, Івано-Франківської, Закарпатської та Львівської. Збір первинних даних проводився з листопада 2021 року по лютий 2022 року. Всі учасники дали письмову згоду на участь в дослідженні.

Розрахунки проведено згідно методики EORTC QLQ-C30 Scoring Manual [10]. Здійснено аналіз трьох основних показників: функціональної шкали (FS), шкали симптомів (SS) та якості життя (QoL). Першочергово для кожного показника проведено оцінку середнього балу (Raw Score — RS), який представлено у вигляді $M \pm SD$.

Оскільки згідно структури опитувальника питання могли мати 4 або 7-ми бальну шкалу, то розробниками було запропоновано уніфікований підхід шляхом використання 100-бальної шкали для кожного з параметрів. Таким чином, значення функціональної шкали за 100 балами розраховувалось за формулою:

$$FS = \left(1 - \frac{RS-1}{range}\right) * 100$$

Де RS — середній бал шкали, range — діапазон шкали, який визначається за різницею між можливим максимальним та мінімальним значеннями шкали.

Водночас шкала симптомів (SS) та якість життя (QoL) за 100 балами розраховувались за формулою:

$$SS = ((RS-1)/range)*100$$

Де RS — середній бал шкали, range — діапазон шкали, який визначається за різницею між можливим максимальним та мінімальним значеннями шкали.

Інтерпретація отриманих результатів здійснювалась згідно традиційного підходу: високий рівень функціональної шкали (FS) свідчив про високий (здоровий) рівень функціонування по даному показнику. Аналогічно високий рівень шкали якості життя (QoL) свідчив про високу якість життя, однак високий рівень шкали симптомів (SS) свідчив про високий рівень існування даної проблеми чи симптому. Для шкал, які складаються із 2-х та більше запитань, розраховувалось альфа Кронбаха, як показник узгодженості шкали.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У рамках дослідження якості життя пацієнтів з найпоширенішими видами раку: РЛ, РШ, РП та РМЗ згідно отриманих результатів, найгірший показник Global Health Status/QoL (GHS) встановлено для пацієнтів з РЛ – 49.12 балів за 100-бальною шкалою

(Табл. 1). Дещо кращі результати GHS одержані для пацієнтів з РШ, де аналогічний бал дорівнює 51.80. Вищі показники GHS описані для пацієнтів з РП, бал складає 52.31. Найкращі дані продемонстровані для пацієнток з РМЗ, бал за 100-бальною шкалою становить 53.22.

Таблиця 1

Результати показник Global Health Status /QoL для пацієнтів з найпоширенішими видами раку

Види раку	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Рак легень (РЛ)	49.12	0.93
Рак шлунку (РШ)	51.80	0.78
Рак простати (РП)	52.31	0.93
Рак молочної залози (РМЗ)	53.22	0.87

Варто зазначити що відповіді респондентів були одно типовими, про що вказує достатня та дуже висока узгодженість, яка визначена за методом & Кронбаха та перебуває в діапазоні 0.78-0.93.

Відповідно до одержаних даних опитувальника у рамках функціональної шкали QLQ-C30, у субшкалі «Рольове функціонування» серед результатів пацієнтів з найпоширенішими видами раку найгірші показники припадають на пацієнтів з РЛ та складають 63.82 балів за 100-бальною шкалою (Табл. 2). В певній

мірі кращі результати отримано у пацієнтів з РП, бал дорівнює 65.44 за 100-бальною шкалою. У пацієнтів з РШ результат у субшкалі «Рольове функціонування» вищий за результат пацієнтів з РП та складає 68.86 балів. Серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку найкращі показники припадають на пацієнток РМЗ. Загалом, в даному пункті функціональної шкали QLQ-C30 є запитання про обмеження пацієнта при виконанні своєї роботи, повсякденних справ, а також обмеження у заняттях хобі чи інших видах дозвілля.

Таблиця 2

Результати у субшкалі «Рольове функціонування» (RF2) функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку

Види раку	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Рак легень (РЛ)	63.82	0.85
Рак простати (РП)	65.44	0.71
Рак шлунку (РШ)	68.86	0.81
Рак молочної залози (РМЗ)	70.48	0.84

Показник альфа Кронбаха для пункту «Рольове функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 перебуває у діапазоні від 0.71 до 0.85, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів.

Як зображено на рисунку 1 у пункті «Фізичне функціонування», функціональної шкали QLQ-C30 серед результатів пацієнтів з найпоширенішими ви-

дами раку найгірші показники припадають на пацієнтів з РЛ – 66.67 балів за 100-бальною шкалою. Дещо кращі дані одержано у пацієнтів з РП та РШ, вони були практично співмірними і склали 70.31 та 70.42 відповідно (Рис. 1). Найкращі результати припадають на пацієнток з РМЗ, бал за 100-бальною шкалою складає 75.60.

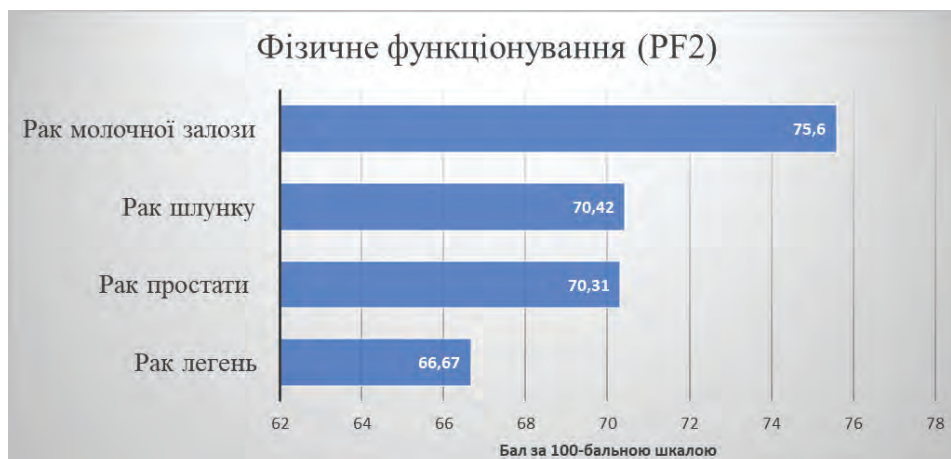


Рисунок 1. Результати у субшкалі «Фізичне функціонування» (PF2) функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку

Показник альфа Кронбаха у субшкалі «Фізичне функціонування» функціональній шкали QLQ-C30 у пацієнтів з РЛ перебуває у діапазоні від 0.81 до 0.83, що свідчить про високу узгодженість відповідей пацієнтів.

Пункт «Емоційне функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку об'єднує запитання про напруження, тривогу, роздратування, пригнічення пацієнта. Найгірші показники за даною субшкалою припадають на пацієнтів з РШ бал за 100-бальною шкалою дорівнює 59.62. Кращі показники продемонстровані у результатах пацієнтів з РЛ з балом рівним 67.47. На два бали вищі показники у даних одержаних у пацієнтів з РП, показник складає 69.70 балів. Найкращий результат у субшкалі «Емоційне функціонування» серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку припадає на пацієнток з РМЗ – 71.26.

Альфа Кронбаха по функціональній шкалі QLQ-C30 у пункті «Емоційне функціонування» се-

ред пацієнтів з найпоширенішими видами раку знаходиться в межах від 0.76 до 0.89, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів.

Як представлено на рисунку 2 найнижчі показники у субшкалі «Когнітивне функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку припадають на РШ. Бал за 100-бальною шкалою складає 76.65. Це свідчить про те, що більшість пацієнтів з РШ мали труднощі зі запам'ятовуванням, зосередженням, до прикладу, при читанні газети або перегляді телепередачі. Практично співмірні результати одержано у пацієнтів з РП, бал 100-бальною шкалою становить 77.11 (Рис. 2). Кращі результати у даній субшкалі відповідають показникам пацієнтів з РЛ – 78.80. У субшкалі «Когнітивне функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку найкращі результати припадають на пацієнток з РМЗ. Бал за 100-бальною шкалою рівний 84.28.



Рисунок 2. Результати у субшкалі «Когнітивне функціонування» (CF) функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку

Слід зазначити, що для пункту «Когнітивне функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з РП та РМЗ показник альфа Кронбаха перебуває у діапазоні від 0.71 до 0.77, що свідчить про достатню узгодженість відповідей пацієнтів; для пацієнтів з РЛ альфа Кронбаха дорівнює 0,68 (сумнівна узгодженість), для пацієнтів з РШ він становить 0.31, що відповідає низькій узгодженості відповідей пацієнтів.

Субшкала «Соціальне функціонування» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку об'єднує запитання щодо обмеження та дискомфорту у родинному житті та у спілкуванні з людьми, що пов'язано з фізичним станом пацієнта чи його лікуванням. Найнижчі показники припадають

на пацієнтів з РШ, бал становить 66.42 зі 100 можливих (Табл. 3). Вищі показники в даній субшкалі у пацієнтів з РП, вони рівні 74.12 балів за 100-бальною шкалою. Майже на 2 бали кращі результати у пацієнтів з РЛ і становлять 76.83 балів за 100-бальною шкалою. Найкращі дані у субшкалі «Соціальне функціонування» та загалом у функціональній шкалі QLQ-C30 належать пацієнтам з РМЗ, показник становить 78.54 зі 100 можливих.

Варто зазначити, що відповіді респондентів були однотиповими, про що вказує достатня та висока узгодженість, яка визначена за методом & Кронбаха та перебуває в діапазоні 0.74-0.84. Лише для пацієнтів з РМЗ альфа Кронбаха становить 0.63, що свідчить про сумнівну узгодженість.

Таблиця 3

Результати у субшкалі «Соціальне функціонування» (SF) функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку

Види раку	Бал за 100-бальною шкалою	& Кронбаха
Рак шлунку (РШ)	66.42	0.74
Рак простати (РП)	74.12	0.75
Рак легень (РЛ)	76.83	0.84
Рак молочної залози (РМЗ)	78.54	0.63

Відповідно до результатів опитування субшкали «Фінансові труднощі» шкали симптомів QLQ-C30 серед українських пацієнтів з найпоширенішими видами раку найбільше балів припадає на пацієнтів з РШ, бал за 100-бальною шкалою складає 57.18 (Табл. 4). Пацієнтів з РЛ фінансові труднощі турбують в меншій мірі, що виразилося у 50.16 балів за 100-бальною шка-

лою. Кращі результати в даній субшкалі демонструють пацієнти з РП, бал за 100-бальною шкалою дорівнює 47.30 зі 100 можливих. Найменший бал і найкращий результат відповідно в 44.19 бали за 100-бальною шкалою в субшкалі «Фінансові труднощі» шкали симптомів QLQ-C30 серед українських пацієнтів з найпоширенішими видами раку припадає на пацієнток з РМЗ.

Таблиця 4

Результати шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку

	Рак легень (РЛ)	Рак шлунку (РШ)	Рак простати (РП)	Рак молочної залози (РМЗ)
Фінансові труднощі (FI)	50.16	57.18	47.30	44.19
Втома (FA)	50.15	50.12	48.58	35.16
Задишка (DY)	47.97	31.76	32.60	18.46
Порушення сну (SL)	47.51	40.69	37.91	33.00
Біль (PA)	43.41	44.10	42.48	26.64
Констипація (CO)	24.33	34.99	27.44	18.17
Втрата апетиту (AP)	37.72	37.62	32.27	15.12
Діарея (DI)	14.26	35.64	25.53	9.15
Нудота та блювання (NV)	23.83	27.97	17.46	8.70

Найгірші результати пункту «Втома» (FA) шкали симптомів QLQ-C30 припали на пацієнтів з РЛ з показником 50.15 балів за 100-бальною шкалою. Результати одержані для пацієнтів з РШ дуже подібні за балами до результатів пацієнтів з РЛ та складають 50.12 зі 100 можливих. До пункту «Втома» відносяться запитання про потребу пацієнта у відпочинку та про відчуття пацієнтом слабкості. Нижчим одержаний показник для пацієнтів з РП, він становить 48.58 балів за 100-бальною шкалою. Найкращий показник у субшкалі «Втома» функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку припадає на пацієнтів з РМЗ з результатом 35.16 балів зі 100 можливих.

Всі відповіді респондентів пункту «Втома» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку були однотиповими, про що вказує достатня та висока узгодженість, яка визначена за методом & Кронбаха та перебуває в діапазоні 0.77-0.89.

Згідно з одержаними даними опитування субшкали «Задишка» шкали симптомів QLQ-C30 серед українських пацієнтів з найпоширенішими видами раку найбільше балів припадає на пацієнтів з РЛ, бал за 100-бальною шкалою складає 47.97. Прогнозовано, що цей показник буде найвищий серед інших пацієнтів з РШ, РМЗ, РП саме для пацієнтів з РЛ, адже цей симптом характерний для цього виду раку.

Зі значно нижчим показником у 32.6 балів кращий результат продемонстровано даними пацієнтів з РП. Практично співмірним до цих даних є результат у пацієнтів з РШ з показником 31.76 балів за 100-бальною шкалою. Найменше даний симптом турбує пацієнток з РМЗ, бал за 100-бальною шкалою складає 18.46.

Одним із важливих проявів втоми, що негативно впливає на настрій пацієнта, його роботу, соціальні відносини та загалом знижує якість життя пацієнта є порушення сну. Відповідно до одержаних даних найбільше страждають від пункту «Порушення сну» шкали симптомів пацієнти з РЛ. Показник становить 47.51 балів за 100-бальною шкалою. Дещо кращі результати встановлено для пацієнтів з РШ. Бал за 100-бальною шкалою складає 40.69. Показник пацієнтів з РП нижчий та дорівнює 37.91 зі 100 можливих. Найкращі результати у субшкалі «Порушення сну» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку припадають на пацієнток з РМЗ та становлять 33.00 бали за 100-бальною шкалою.

Ще один симптом, що потребує постійного моніторингу у пацієнтів з раком та ускладнює повсякденну діяльність є біль. Він в значній мірі впливає на якість життя пацієнта, часто пов'язаний зі страхами пацієнтів про втрату незалежності, свободи пересування, обмеження руху, поєднаний зі втомою. Згідно отриманих даних найбільше страждають від болю пацієнти

з РШ. На цей пункт припадає 44.1 бали за 100-бальною шкалою. Не значно нижчими є показники по субшкалі «Біль» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з РЛ, які становлять 43.41 бали зі 100 можливих. Кращі результати одержані для пацієнтів з РП (42,48 бали). Найменше скарг за субшкалою «Біль» шкали симптомів QLQ-C30 порівняно з пацієнтами з РШ, РЛ та РП було у пацієнок з РМЗ, бали за 100-бальною шкалою складають 26.64.

Відповіді респондентів у пункті «Біль» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку були однотиповими. Альфа Кронбаха пункту «Біль» знаходиться в межах від 0.76 до 0.89, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів.

Відповідно до одержаних результатів найвищі показники і відповідно найбільше труднощів з констипацією мали пацієнти з РШ, бал за 100-бальною шкалою для субшкалі «Констипація» шкали симптомів QLQ-C30 склав 34.99. В меншій мірі цей симптом турбував пацієнтів з РП, бал складає 27.44 зі 100 можливих. Крайній результат припав на пацієнтів з РЛ. Він становить 24.33 за 100-бальною шкалою. Найкращі показники у субшкалі «Констипація» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку знову припадають на пацієнок з РМЗ. Бал за 100-бальною шкалою складає 18.17.

У онкологічних пацієнтів часто розвивається відраза до їжі, викривлення смаку. В організмі пацієнта відбувається перебудова для максимального харчування пухлини, відбувається розпад жирової і м'язової тканини, неналежне використання енергії. Належне харчування для пацієнта хворого на рак є важливим компонентом видужання та значно впливає на якість життя пацієнта. При порушенні харчування пацієнтів підвищується ризик розвитку ускладнень хіміо- та променевої терапії, а також післяопераційних ускладнень.

Серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку у субшкалі «Втрата апетиту» шкали симптомів QLQ-C30 найгірший показник припадає на пацієнтів з РЛ та складає 37.72 бали за 100-бальною шкалою. Практично співмірним з ним є показник пацієнтів з РШ з результатом 37.62 зі 100 можливих. Дещо кращими даними характеризуються пацієнти з РП, бал за 100-бальною шкалою склав 32.27. Найкращий результат у субшкалі «Втрата апетиту» шкали симптомів QLQ-C30 серед пацієнтів з найпоширенішими видами раку продемонстровано пацієнтками з РМЗ, 15.12 балів за 100-бальною шкалою.

Серед усіх субшкал шкали симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з найпоширенішими видами раку нижчі бали припадають на субшкалу «Діарея» та субшкалу «Нудота та блювання».

Найбільше турбує діарея пацієнтів з РШ (35.64 балів). Операція на шлунку, хіміотерапія мають величезний вплив на анатомію та фізіологію пацієнта, оскільки змінюють функції травлення та, як наслідок, діарею. 25.53 Балів за 100-бальною шкалою припадає на пункт «Діарея» у пацієнтів з РП. Кращі результати продемонстровані пацієнтами з РЛ – 14.26 зі 100 можливих. Найкращі результати у субшкалі «Діарея» шкали симптомів QLQ-C30 у пацієнтів з найпоширенішими видами раку отримані в пацієнок з РМЗ та складають 9.15 балів за 100-бальною шкалою.

У субшкалі «Нудота та блювання» шкали симптомів QLQ-C30 найгірші показники одержано у пацієнтів з РШ, бал за 100-бальною шкалою складає 27.97. Кращі показники притаманні для пацієнтів з РЛ з балом 23.83 зі 100 можливих. Менше турбот з приводу нудоти та блювання мають пацієнти з РП, бал у даній суюшкці складає 17.46 за 100-бальною шкалою. Найкращі показники у субшкалі «Нудота та блювання» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку одержані у пацієнок з РМЗ та складають 8.70 балів за 100-бальною шкалою.

Відповіді респондентів у пункті «Нудота та блювання» шкали симптомів QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку були однотиповими, альфа Кронбаха знаходиться в межах від 0.77 до 0.86, що свідчить про достатню та високу узгодженість відповідей пацієнтів.

На сьогодні покращення виживання пацієнтів тісно пов'язане із вдосконаленням методів до- та післяопераційної хіміотерапії та хіміопроменевої терапії. Для належної оцінки нових методів лікування у онкології необхідно включати показники результатів, про які повідомляють пацієнти, тобто якість життя. Загалом, якість життя – це поняття, яке охоплює фізичне та психологічне здоров'я людини, рівень її незалежності, соціальні аспекти та її стосунки з навколишнім середовищем [6]. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) якість життя – це сприйняття людьми свого становища в житті в культурному контексті та системі цінностей, у якій вони живуть, а також у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами та занепокоєннями [6].

Онкологічні хворі були першими пацієнтами, якість життя яких стала предметом вивчення у медицині. У 1990 році на конференції Американського Товариства Клінічної Онкології (ASCO) якість життя визначена другим за важливістю критерієм ефективності лікування хворого після загальної виживаності та є більш значущою, ніж об'єктивна відповідь пацієнта на лікування. Взаємодія лікаря та пацієнта у концепції якості життя є ключовим фактором.

Відповідно до отриманих даних, найкращий показник Global Health Status /QoL в Україні вста-

новлено для пацієток з РМЗ. Він складає 53.22 бали за 100-бальною шкалою та є нижчим, ніж у європейських країнах, де він перебував на значенні 77.5 балів [1]. Найнижчий показник GHS в Україні встановлено для пацієнтів з РЛ – 49.12 балів. Він співставимий для пацієнтів з РЛ, описаних європейськими колегами у межах 47.69–51.84 [2–3]. У функціональній шкалі QLQ-C30 найгірші результати серед пацієнтів з раком легень, шлунку, простати та раком молочної залози одержані для пацієнтів з РШ та РЛ, а найкращі показники у всіх субшкалах даної шкали для пацієток з РМЗ. Зокрема пацієнтів з РШ демонструють найгірші результати в таких субшкалах функціональної шкали QLQ-C30:

- «Емоційне функціонування» – 59.62 балів
- «Когнітивне функціонування» – 76.65 балів
- «Соціальне функціонування» – 66.42 балів

Загалом стадія онкологічного захворювання, вік, супутні захворювання та поточні (на момент аналізу), лікування значно впливають на емоційне та соціальне функціонування пацієнта. Згубний вплив на психоемоційну сферу прийняття пацієнтом злосудного характеру хвороби не є несподіванкою. Абсолютно необхідною для пацієнта для того, щоб впоратися з хворобою в умовах сьогодення є психосоціальна допомога, спрямована на адаптацію до життєвої ситуації, що змінилася, вона стає все актуальнішою у комплексній боротьбі з небезпечними для життя онкологічними захворюваннями. Результати українських пацієнтів з РШ у порівнянні з показниками пацієнтів описаними китайськими авторами Чжоу Яньян, Сі Шухуа, нижчі за субшкалами «Емоційне функціонування» (79.4 балів) та «Соціальне функціонування» (78.8 балів). Натомість показники китайських пацієнтів за субшкалою «Когнітивне функціонування» нижчі, ніж в українських та становлять 71.0 бал [4]. У пацієнтів з РЛ найгірші результати в таких субшкалах функціональної шкали QLQ-C30 серед пацієнтів з іншими видами раку, що досліджувалися:

- «Рольове функціонування» – 63.82 балів
- «Фізичне функціонування» – 66.67 балів

Результати українських пацієнтів з РЛ у порівнянні з показниками німецьких авторів Myriam Koch, Laura Gräfenstein, Julia Karnosky, Christian Schulz, Michael Koller вищі за обома субшкалами «Рольове функціонування» (44.2 бали) та «Фізичне функціонування» (58.6 балів) [2]. У шкалі симптомів QLQ-C30 серед українських пацієнтів з найпоширенішими видами раку найгірші результати серед пацієнтів з раком легень, раком шлунку, раком простати та раком молочної залози, як і у випадку функціональної шкали QLQ-C30, припадають на пацієнтів з раком шлунку та раком легень, а найкращі показники у всіх субшкалах шкали симптомів QLQ-C30 також припадають на пацієток з раком молочної залози. У пацієнтів

з РШ найгірші результати в наступних субшкалах шкали симптомів QLQ-C30:

- «Фінансові труднощі» – 57.18 балів
- «Біль» – 44.1 бали
- «Констіпація» – 34.99 бали
- «Діарея» – 35.64 балів
- «Нудота та блювання» – 27.97 балів

Онко-пацієнти часто відзначають хронічний біль та фінансові труднощі як найважливіші критерії оцінки якості життя, що найбільше турбують їх. Загалом це пов'язано з труднощами у повсякденному житті, занепокоєнням про втрату незалежності та свободу пересування. Результати українських пацієнтів з РШ у порівнянні з показниками китайських авторів гірші за субшкалами шкали симптомів QLQ-C30 «Фінансові труднощі» (32.8 бали), «Біль» (16.3 бали), «Констіпація» (21.7), «Діарея» (29.5), «Нудота та блювання» (17.6) [4]. У пацієнтів з РЛ найгірші результати в таких субшкалах шкали симптомів QLQ-C30:

- «Втома» – 50.15 балів
- «Втрата апетиту» – 37.72
- «Задишка» – 47.97
- «Порушення сну» – 47.51 балів

Доволі часто рівень якості життя корелює з показниками виживання пацієнта. Поточний фізичний і психологічний стан нерідко поєднані із втомою, проблемами зі сном, депресією, болем. Загалом, втома це один із найчастіших симптомів, що трапляються в пацієнтів із злосудними новоутвореннями. Результати українських пацієнтів з РЛ у порівнянні з показниками німецьких авторів кращі за субшкалами шкали симптомів QLQ-C30 «Втома» (55.4 балів) та «Втрата апетиту» (38.3 балів), але гірші значення в порівнянні з дослідженнями німецьких пацієнтів за субшкалами «Задишка» (46.3 балів) та «Порушення сну» (36.2 балів).

ВИСНОВКИ

Серед українських пацієнтів з найпоширенішими видами раку найкращі результати у всіх пунктах функціональної шкали QLQ-C30 та шкали симптомів QLQ-C30 одержані для пацієток з РМЗ. Також згідно отриманих даних, найкращий показник Global Health Status/QoL встановлено саме для пацієток з РМЗ, який складає 53.22 бали за 100-бальною шкалою. Найнижчий показник GHS встановлено для пацієнтів з РЛ – 49.12 балів.

Найгірші показники за функціональною шкалою QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку у субшкалах «Емоційне функціонування» (59.62 балів), «Когнітивне функціонування» (76.65 балів) та «Соціальне функціонування» (66.42 балів) встановлені для пацієнтів з РШ. Результати українських

пацієнтів з РШ у порівнянні з показниками пацієнтів описаними китайськими авторами Чжоу Яньян, Сі Шухуа, нижчі за субшкалами «Емоційне функціонування» та «Соціальне функціонування». Натомість показники китайських пацієнтів за субшкалою «Когнітивне функціонування» нижчі, ніж в українських. Щодо субшкал функціональної шкали QLQ-C30 для пацієнтів з найпоширенішими видами раку «Рольове функціонування» (63.82 балів) та «Фізичне функціонування» (66.67 балів) найнижчі бали одержані для пацієнтів з РЛ. Результати українських пацієнтів з РЛ у порівнянні з показниками німецьких авторів Myriam Koch та інших вище за обома субшкалами.

Відповідно до результатів опитування по шкалі симптомів QLQ-C30 серед українських пацієнтів з найпоширенішими видами раку найгірші показники за субшкалами «Фінансові труднощі» (57.18 балів), «Біль» (44.1 бали), «Констіпація» (34.99 бали), «Діарея» (35.64 балів), «Нудота та блювання» (27.97 балів) одержані у пацієнтів з РШ. Результати українських пацієнтів з РШ у порівнянні з показниками китайських авторів гірші за субшкалами шкали симптомів QLQ-C30 «Фінансові труднощі», «Біль», «Констіпація», «Діарея», «Нудота та блювання». У пацієнтів з РЛ встановлені найгірші результати за субшкалами «Втома» (50.15 балів), «Втрата апетиту» (37.72 балів), «Задишка» (47.97 балів), «Порушення сну»

(47.51 балів). Результати українських пацієнтів з РЛ у порівнянні з показниками німецьких авторів кращі за субшкалами шкали симптомів QLQ-C30 «Втома» та «Втрата апетиту», але гірші значення в порівнянні з дослідженнями німецьких пацієнтів за субшкалами «Задишка» та «Порушення сну».

Таким чином, на основі невисоких показників якості життя в онкологічних пацієнтів, важливим є створення соціально-психологічного супроводу онкохворих та членів їх родин, що включатиме розроблення та запровадження стандартизованої психологічної допомоги на всіх етапах діагностики, лікування та реабілітації; а також забезпечення охорони психічного здоров'я в усіх медичних установах, які надають лікування онкохворим пацієнтам.

Проаналізована інформація може бути використано для оптимізації медичної допомоги та розуміння проблем під час лікування багатьох українських онкологічних хворих у європейських країнах, куди вони часто були транспортовані для спеціалізованого лікування після початку російського вторгнення в Україну.

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology / Aaronson N. K. et al. Journal of the National Cancer Institute. 1993. Vol. 85, No 5. P. 365-376. DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
2. У 2019 році новоутворення стали другою найчастішою причиною смерті українців. Висновки з дослідження глобального тягаря хвороб. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/news/u-2019-roci-novoutvorenniya-stali-drugoyu-naychastishoyu-prichinoyu-smerti-ukrainciv-visnovki-z> (дата звернення 01.03.2023)
3. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition) / Fayers P. M. et al. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001. 78 p.
4. Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support / Finck C., Barradas S., Zenger M., Hinz A. International journal of clinical and health psychology: IJCHP. 2018. Vol. 18, No 1. P. 27-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>
5. Comparative analysis of the main social health determinants of life expectancy and infant mortality in Ukraine and Poland / Gutor T. G. et al. Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland: 1960). 2021. Vol. 74(3 cz 2). P. 750-755. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202103235>
6. Psychosocial Burden and Quality of Life of Lung Cancer Patients: Results of the EORTC QLQ-C30/QLQ-LC29 Questionnaire and Hornheide Screening Instrument / Koch M. et al. Cancer management and research. 2021. Vol. 13. P. 6191-6197. DOI: <https://doi.org/10.2147/CMAR.S314310>
7. Gender effects on quality of life and symptom burden in patients with lung cancer: results from a prospective, cross-cultural, multi-center study / Koch M. et al. Journal of thoracic disease. 2020. Vol. 12, No 8. P. 4253-4261. DOI: <https://doi.org/10.21037/jtd-20-1054>
8. A modern view on the effect of radiation exposure of patients during diagnostic evaluation of renal cell carcinoma and ways to avoid it / Mytsyk Y. O. et al. Problems of radiation medicine and radiobiology. 2017. Vol. 22. P. 69-78. DOI: <https://doi.org/10.33145/2304-8336-2017-22-69-78>
9. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World

- Health Organization. Soc Sci Med. 1995. Vol. 41, No 10. P. 1403-1409. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
10. Cancer. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (дата звернення 01.03.2023)
11. Zhou Y. Y., Xi S. H. Combined use of EORTC QLQ-C30 and QLQ-STO22 for assessment of quality of life in patients with gastric cancer after surgery for 3 years. World Chinese J Digestol. 2012. Vol. 20, No 19. P. 1782-1786. DOI: <https://doi.org/10.11569/wcjd.v20.i19.1782>
12. The Added Value of Analyzing Pooled Health-Related Quality of Life Data: A Review of the EORTC PROBE Initiative / Zikos E. et al. Journal of the National Cancer Institute. 2015. Vol. 108, No 5. P. djv391. DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/djv391>

REFERENCES

1. Aaronson, N. K. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. Journal of the National Cancer Institute, 85(5), 365-376. doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
2. Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. (2021). U 2019 rotsi novoutvorenniya staly druhoyu naychastishoyu prychynoyu smerti ukrayintiv. Vysnovky z doslidzhennya hlobal'noho tyaharya khvorob [In 2019, tumors became the second most common cause of death of Ukrainians. Conclusions from the study of the global burden of disease]. Retrieved from: <https://phc.org.ua/news/u-2019-roci-novoutvorenniya-stali-drugoyu-naychastishoyu-prichynoyu-smerti-ukrainciv-visnovki-z>
3. Fayers, P.M. et al. (2001). The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
4. Finck, C. et al. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. International journal of clinical and health psychology: IJCHP, 18(1), 27-34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>.
5. Gutor, T. G. et al. (2021). Comparative analysis of the main social health determinants of life expectancy and infant mortality in Ukraine and Poland. Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland: 1960), 74(3 cz 2), 750-755. doi: <https://doi.org/10.36740/WLek202103235>
6. Koch, M. et al. (2021). Psychosocial Burden and Quality of Life of Lung Cancer Patients: Results of the EORTC QLQ-C30/QLQ-LC29 Questionnaire and Hornheide Screening Instrument. Cancer management and research, 13, 6191-6197. doi: <https://doi.org/10.2147/CMAR.S314310>
7. Koch, M. et al. (2020). Gender effects on quality of life and symptom burden in patients with lung cancer: results from a prospective, cross-cultural, multi-center study. Journal of thoracic disease, 12(8), 4253-4261. doi: <https://doi.org/10.21037/jtd-20-1054>
8. Mytsyk, Y. O. et al. (2017). A modern view on the effect of radiation exposure of patients during diagnostic evaluation of renal cell carcinoma and ways to avoid it. Problems of radiation medicine and radiobiology, 22, 69-78. doi: <https://doi.org/10.33145/2304-8336-2017-22-69-78>
9. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization (1995). Soc Sci Med, 41(10), 1403-1409. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
10. World Health Organization. (2022). Cancer. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
11. Zhou, Y.Y. & Xi, S.H. (2012). Combined use of EORTC QLQ-C30 and QLQ-STO22 for assessment of quality of life in patients with gastric cancer after surgery for 3 years. World Chinese J Digestol, 20(19), 1782-1786. doi: <https://doi.org/10.11569/wcjd.v20.i19.1782>
12. Zikos, E. et al. (2015). The Added Value of Analyzing Pooled Health-Related Quality of Life Data: A Review of the EORTC PROBE Initiative. Journal of the National Cancer Institute, 108(5), djv391. doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/djv391>

Summary

COMPARATIVE ANALYSIS FOR QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LUNG, PROSTATE, BREAST AND GASTRIC CANCER IN UKRAINE ACCORDING TO THE EORTC QLQ-C30 QUESTIONNAIRE

V. O. Zub

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Introduction. Malignant tumors are the second most common cause of death in the population of Ukraine. Breast cancer is the most common cancer among women, and lung cancer among men. At the same time, there is a negative trend towards an increase in new cases of prostate cancer among the male population. In turn, gastric cancer is among the most common types of tumors in both male and female population of Ukraine.

The aim. Comparison of indicators of the quality of life of patients with breast cancer, prostate cancer, lung cancer, gastric cancer and identification of the main problems in their quality of life in order to optimize the medical care system for them.

Materials and methods. A questionnaire was conducted among patients with lung cancer (n=411), prostate cancer (n=408), breast cancer (n=400) and gastric cancer (n=404) on stage of their inpatient treatment in oncological institutions in nine regions of Ukraine, using the EORTC QLQ-C30 questionnaire.

Results and discussion. The best indicator of Global Health Status/QoL was found in patients with breast cancer (53,22 points on a 100-point scale), while the lowest was found in patients with lung cancer (49,12 points). Breast cancer patients are also characterized by the best results in all items of the functional scale and the QLQ-C30 symptom scale. In turn, patients with gastric cancer recorded the worst indicators both on the functional scale and on the QLQ-C30 symptom scale.

Conclusions. Based on the low quality of life indicators of cancer patients, it is important to create socio-psychological support for cancer patients and their family members, which will include the development and implementation of standardized psychological assistance and mental health care at all stages of diagnosis, treatment and rehabilitation.

Keywords: cancer, quality of life, socio-psychological support

УДК 616-006.81+616-055
[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.08)

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ РЕГІОНАЛЬНИХ ТА ВІКО-СТАТЕВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА МЕЛАНOMУ В УКРАЇНІ ПРОТЯГОМ 2010-2020 РР.

Н. М. Калашникова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме

Мета дослідження. Визначити віко-статеві та регіональні особливості динаміки захворюваності на меланому в Україні протягом 2010-2020 рр.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали офіційні статистичні дані звітів Центру медичної статистики Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України «Показники захворюваності на злоякісні новоутворення та діяльність онкологічної служби в Україні», Національного канцер-реєстру за 2010-2020 рр.

Результати. Проаналізовано динаміку захворюваності на меланому населення України протягом 2010-2020 років. Вивчено віко-статеві особливості поширеності та первинної захворюваності на меланому, а також серед різних областей України.

Висновки. Поширеність меланоми у 2020 р. становила 69,2 випадків на 100 тис.нас. і зросла протягом 10 років на 52,4 %. Негативна динаміка поширеності меланоми торкнулася населення усіх без виключення областей України. Захворюваність на меланому складала 5,1 випадків на 100 тис.нас. (знизилась на 4,8 %). Захворюваність чоловіків нижча, ніж у жінок на 15,7 % (у 2010 – на 27,2 %), у чоловіків вона зросла на 6,3 %, у жінок – знизилась на 13,7 %. Випадки меланоми втричі частіше зустрічаються у осіб пенсійного віку, ніж працездатного (14,1 проти 3,6 випадків на 100 тис.нас.). Актуальність вивчення захворюваності населення України тільки зростає, оскільки воєнні події збільшують ризики виникнення раку шкіри.

Ключові слова: злоякісні новоутворення, поширеність раку шкіри, захворюваність на меланому

ВСТУП

За останнє десятиліття кількість випадків раку шкіри, у т.ч. меланоми, подвоїлася. Середньорічний темп приросту захворюваності на меланому у світі становить приблизно 5 % і поступається лише раку легенів серед усіх злоякісних пухлин [1]. Рак шкіри входить в десятку найбільш поширених онкологічних захворювань [2,3].

За даними ВООЗ [4] у 2020 році у світі було виявлено 324635 нових випадків меланоми, які за абсолютною кількістю випадків серед усіх виявлених випадків злоякісних новоутворень посідають 17 місце; 46,4 % випадків зареєстровано в Європі.

Меланома — одна з найбільш агресивних злоякісних пухлин шкіри. За різними даними, захво-

рюваність на меланому шкіри становить від 1 до 30 випадків на 100 тис. населення за рік, а питома вага в структурі усіх злоякісних новоутворень шкіри 1-10 %, але вони призводять до вищої смертності (до 80 %). В останні роки відзначається значне зростання захворюваності на меланому шкіри в різних регіонах світу: показник щорічної захворюваності збільшується в різних країнах на 2,6-11,7 %. [5,6], і ця тенденція, імовірно, збережеться і в майбутньому [7].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначити віко-статеві та регіональні особливості динаміки захворюваності на меланому в Україні протягом 2010-2020 рр.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали офіційні статистичні дані звітів Центру медичної статистики Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України «Показники захворюваності на злоякісні новоутворення та діяльність онкологічної служби в Україні», Національного канцер-реєстру (Бюлетень «Рак в Україні», № 22) за 2010-2020 рр.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Меланома в загальній структурі поширеності новоутворень в Україні складає лише 2,6 %. У 2020 році було зареєстровано 28867 випадків меланоми, що складає 69,2 випадки на 100 тис.нас. проти 45,4 у 2010 році, тобто поширеність меланоми зросла на 52,4 %. Більше 5 років перебувають під диспансерним наглядом 63,4 % із загального числа зареєстрованих хворих (10 років тому – 59,9 %).

За останнє десятиріччя в Україні на 45 % знизилась летальність хворих з меланою (із 5,5 до 3 померлих на 100 хворих). Але за даними Національного канцер реєстру у 2020 році на меланому захворіло 2422 та померло 844 (у т.ч. і тих, що захворіли у попередні роки), тобто 34,8 % (у 2019 році 29,2 %) що значно перевищує такий показник у світі [8]. З числа вперше виявлених не прожили року 10,1 %.

Негативна динаміка поширеності меланоми торкнулася населення усіх без виключення облас-

тей України, але середньо-український рівень значно перевищили Полтавська, Миколаївська, Херсонська і Запорізька області (з показниками 90,3; 88,8; 88,7, 87,7 на 100 тис.нас. відповідно), тобто переважно південні області. Західні ж області вирізняються низькими рівнями поширеності меланоми і вочевидь низькими рівнями інсоляції (Чернівецька – 42,4; Закарпатська – 45,7; Волинська – 52,8; Рівненська – 55,8 на 100 тис.нас.). Найвищий же рівень поширеності меланоми зафіксовано в Києві (110,4 проти 66,4 випадків на 100 тис.нас.), що скоріш за все пов'язано із тяжінням хворих до якісної медичної допомоги. Найбільших негативних мін зазнала Полтавська обл., де поширеність стрибнула вдвічі, хоча 10 років тому була нижчою за загальний рівень по країні.

Меланома в загальній структурі вперше виявлених новоутворень складає лише 2,1 %. У 2020 році в Україні було виявлено 2304 випадки меланоми, що складає 5,1 випадків на 100 тис.нас. (на 4,8 % менше, ніж у 2010 році).

Первинна захворюваність частково відображає проблему з активним виявленням захворювань. Здавалося б, новоутворення на шкірі помітні, але пацієнти не звертаються своєчасно по допомогу. Тому при збільшенні відсотка виявлених випадків меланоми на профілактичних оглядах (за 20 років 3 23,4 % до 37,7 %), майже вдвічі зменшилась частка виявлених у I-II стадії захворювань за рахунок збільшення частки виявлення хворих у III стадії (рис. 2).

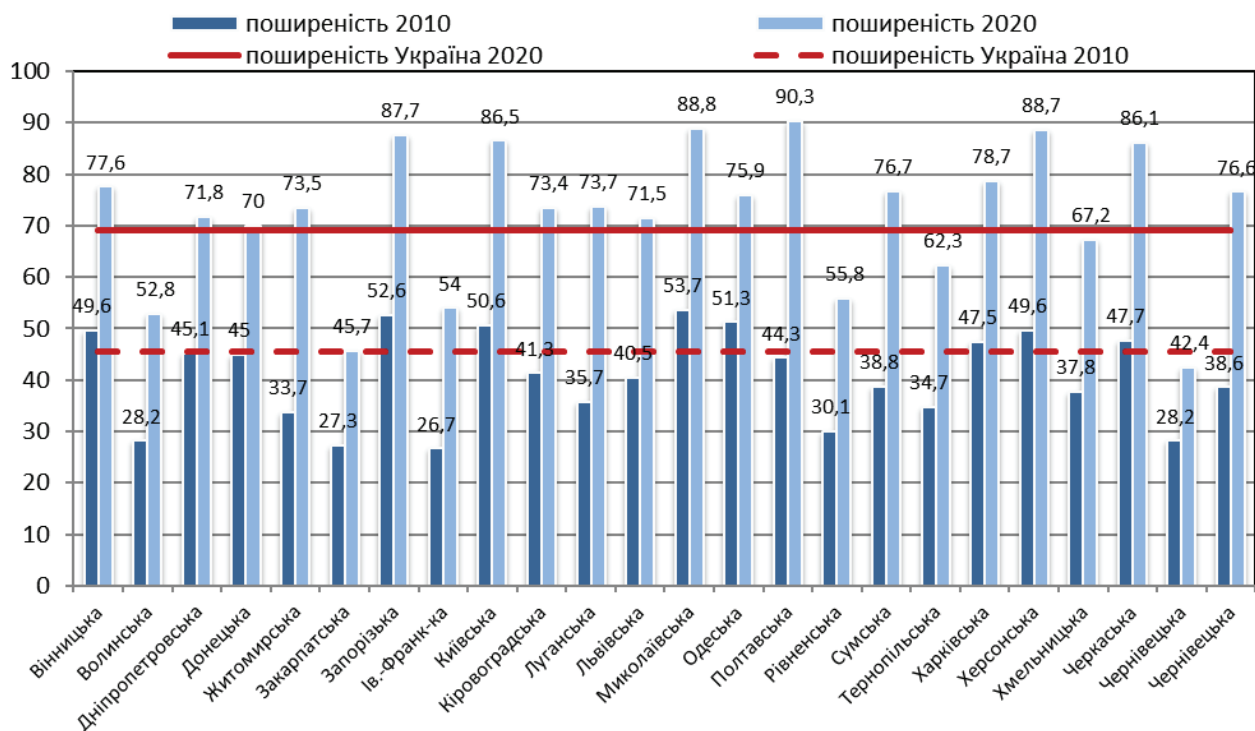


Рис. 1. Динаміка поширеності меланоми серед населення України в розрізі областей (2010-2020 рр., на 100 тис.нас.)

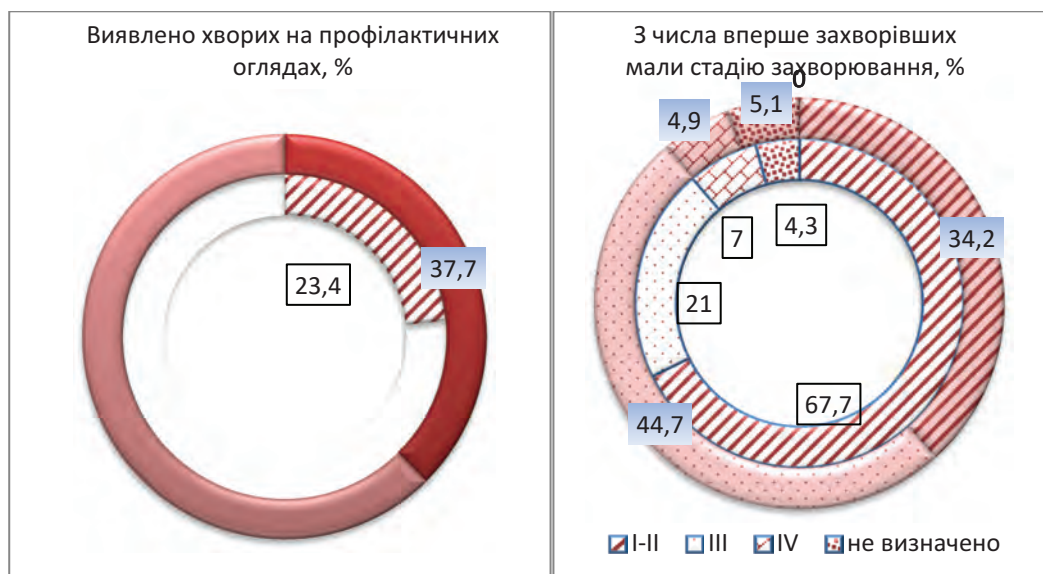


Рис. 2. Динаміка виявлення меланоми під час профілактичних оглядів (внутрішнє коло – 2000 р., зовнішнє – 2020 р.,%)

Динаміка первинної захворюваності на меланому протягом 2010-2020 рр. в розрізі областей представлена на рис. 3. Вона мала доволі різноспрямований характер: від зменшення захворюваності

в Одеській області на 24 % до зростання в Житомирській області на 63 %. В цілому при незначній позитивній динаміці у 10 областях захворюваність знизилась, в решті – зросла.

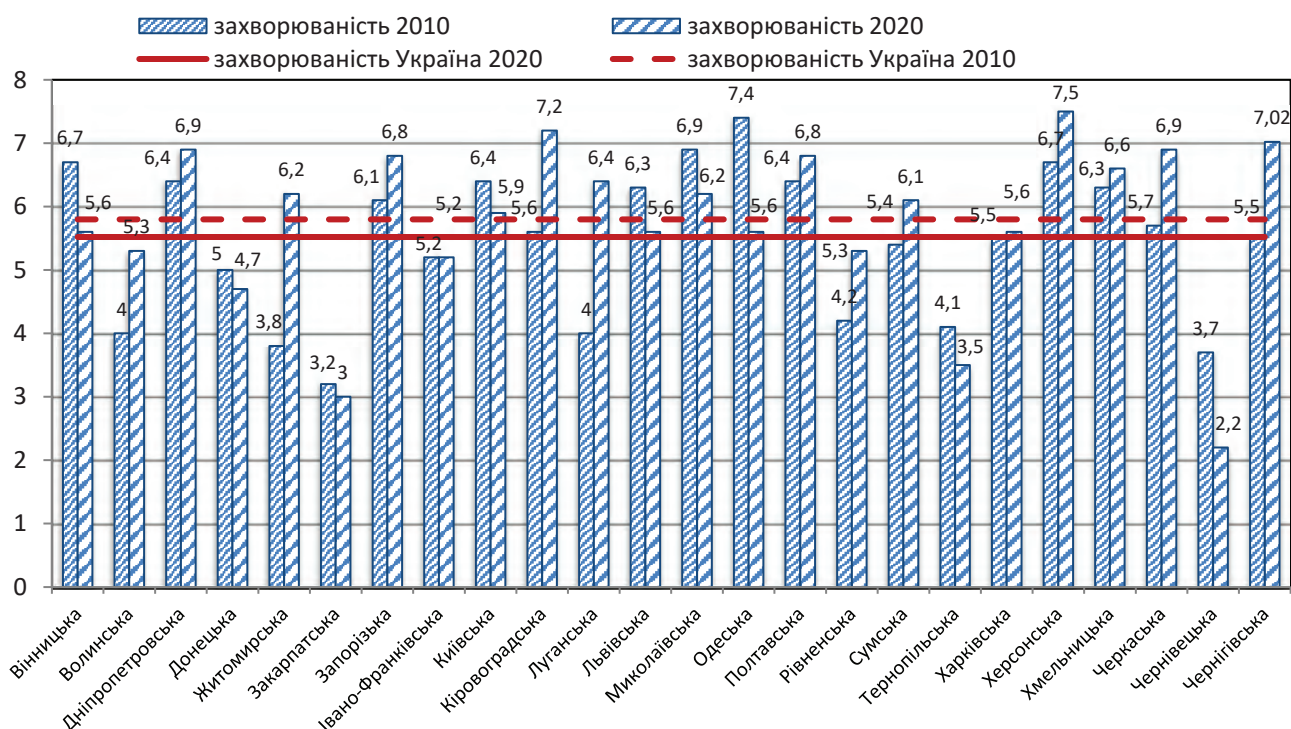


Рис. 3. Динаміка захворюваності на меланому серед населення України в розрізі областей (2010-2020 рр., на 100 тис.нас.)

Окремо були проаналізовані статеві особливості захворюваності на меланому (рис. 4): якщо в цілому захворюваність чоловіків нижча, ніж у жінок на 15,7 % (у 2010 – на 27,2 %), вона зросла на 6,3 %, в той час як у жінок – знизилась на 13,7 %, тобто чоловіки поступово наздоганяють жінок в за-

хворюваності на меланому. Такі розбіжності можна пояснити, з одного боку, захопленням жінок засмагою, з іншого боку – більш ретельним ставленням жінок до свого здоров'я (використання захисних кремів, частіші відвідування косметологів, які можуть звернути увагу клієнток до негараздів

зі шкірою). Однак є виключення по окремих областях України: так попри загальну позитивну тенденцію щодо жіночого населення, їх захворюваність на меланому помітно зросла в Кіровоградській, Чернігівській, Полтавській областях. У чоловічого ж населення захворюваність навпаки зменши-

лась у Чернівецькій, Одеській, Полтавській, Миколаївській, Вінницькій.

Ретельний аналіз динаміки захворюваності по окремих областях України дає можливість диференційовано підійти до організації дерматологічної та онкологічної допомоги.

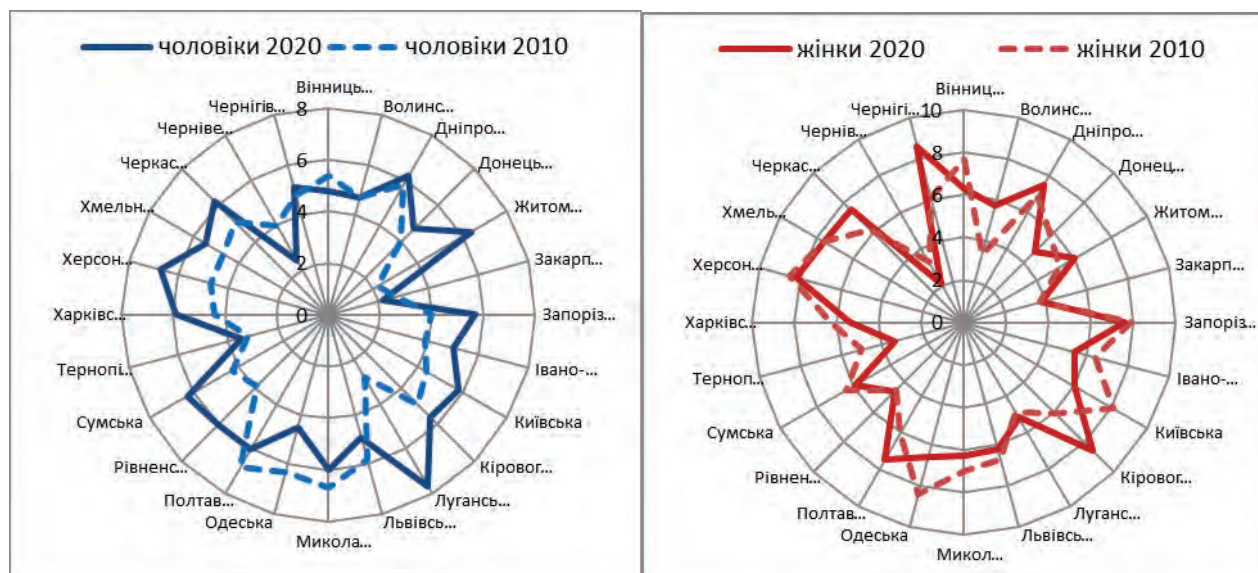
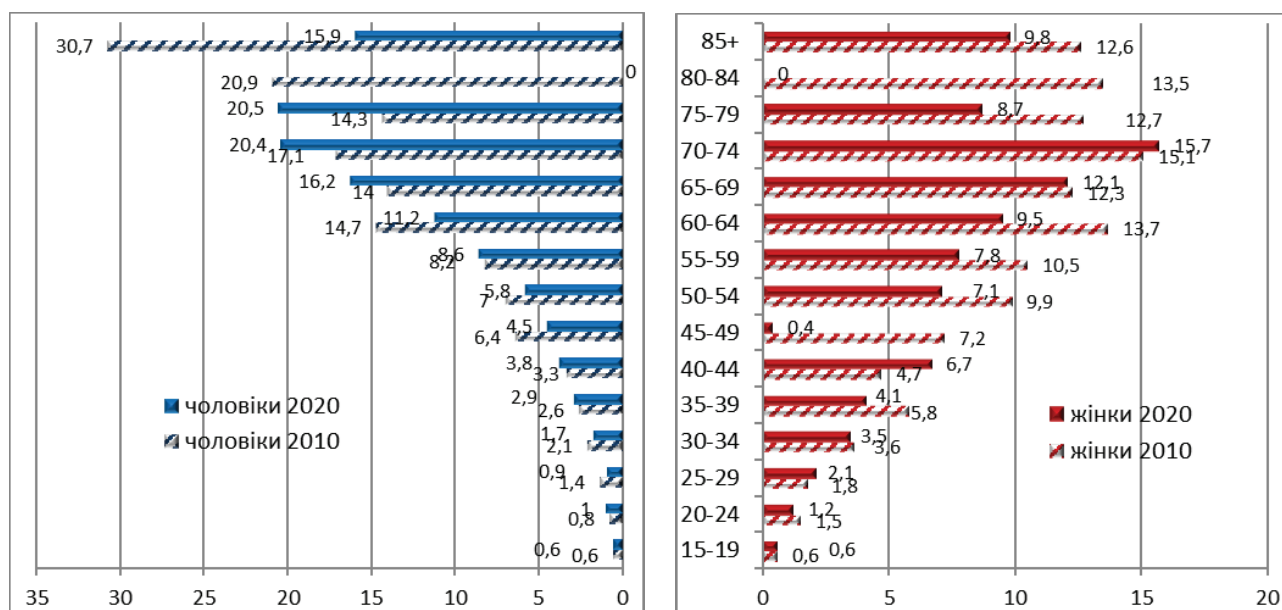


Рис. Динаміка первинної захворюваності на меланому серед чоловіків та жінок України в розрізі областей (2010-2020 рр., на 100 тис.нас.)

Аналіз вікових особливостей захворюваності на меланому показав, що випадки меланоми втричі частіше зустрічаються у осіб пенсійного віку, ніж працездатного (14,1 проти 3,6 випадків на 100 тис. нас.). Вивчення динаміки захворюваності на меланому в окремих віко-статевих групах виявило поступове зростання рівнів захворюваності з віком. Якщо серед

дитячого населення виявляється мінімальне число випадків (0,1-0,2 випадки на 100 тис.нас.), то у віці понад 70 років меланома зустрічається значно частіше – понад 20 випадків на 100 тис.нас. у чоловіків (у жінок понад 15 випадків). Особливу занепокоєність викликає група чоловіків від 65 до 80 років, де захворюваність за 10 років зросла в середньому на 17 %.



Динаміка віко-статевих показників захворюваності на меланому шкіри (2010-2020 рр., на 100 тис.нас.)

На меланому страждають переважно особи старше 65 років. Однак, за іншими даними [1] меланома – найбільш поширений вид раку у жінок віком 25-29 років та друга за частотою злоякісна пухлина (після раку грудної залози) у жінок вікової категорії 30-34 років. Пік розвитку меланоми припадає на вік 50 років.

Таким чином, актуальність вивчення захворюваності населення України тільки зростає, оскільки воєнні події збільшують ризики виникнення раку шкіри, відбувається значна міграція населення, порушуються звичні ланцюжки між лікарями та пацієнтами, зменшуються обсяги та доступність, а відповідно і якість медичної допомоги в цілому, і зокрема дерматологічної і онкологічної.

Переважає більшість наукових робіт навколо раку шкіри присвячена клінічним питанням діагностики і лікування меланоми, питанням профілактики, у т.ч. існує безліч науково-популярних видань, присвячених просвіті населення в питаннях самодіагностики новоутворень шкіри. Проте дієвість профілактики поки що можна оцінити як недостатню, що потребує вдосконалення з урахуванням сучасних потужних можливостей системи громадського здоров'я. Вивчення захворюваності населення є підґрунтям для визначення потреб у різних видах медичної допомоги для розробки моделей профілактики виникнення захворювань та їх ускладнень.

ВИСНОВКИ

Поширеність меланоми у 2020 р. серед населення України становила 69,2 випадків на 100 тис.нас. і зросла протягом 10 років на 52,4 %. Негативна динаміка поширеності меланоми торкнулася населення усіх без виключення областей України.

Захворюваність на меланому складала 5,1 випадків на 100 тис.нас. (на 4,8 % менше, ніж у 2010 році).

В цілому захворюваність чоловіків нижча, ніж у жінок на 15,7 % (у 2010 – на 27,2 %), у чоловіків вона зросла на 6,3 %, у жінок – знизилась на 13,7 %.

Випадки меланоми втричі частіше зустрічаються у осіб пенсійного віку, ніж працездатного (14,1 проти 3,6 випадків на 100 тис. нас.).

Актуальність вивчення захворюваності населення України тільки зростає, оскільки воєнні події збільшують ризики виникнення раку шкіри.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Подальшого аналізу потребує не тільки захворюваність на меланому, а й на немієломні злоякісні новоутворення шкіри, які серед населення поширені значно більше.

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ошивалова О. О. Профілактика раку шкіри. Клінічна онкологія. 2015. № 2(18). URL: <https://www.clinicaloncology.com.ua/article/13944/profilaktika-raku-shkiri>
2. Ashraf R., Afzal S., Rehman et al. Region-of-Interest Based Transfer Learning Assisted Framework for Skin Cancer Detection. IEEE Access. 2020. 8. P. 147858-147871.
3. Byrd A. L., Belkaid Y., Segre J. A. The Human Skin Microbiome. Nat. Rev. Microbiol. 2018. 16. P. 143-155.
4. Global Cancer Observatory: Cancer Today / Ferlay J., Ervik M., Lam F., et al. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2020. URL: <https://gco.iarc.fr/today>,
5. Key Statistics for Melanoma Skin Cancer. Am. Cancer Soc. URL: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8823.00.pdf>.
6. Методичні рекомендації з діагностики та лікування деяких захворювань при наданні телемедичних послуг (для лікарів загальної практики – сімейної медицини) / Ю. В. Вороненко, Т. М. Орабіна, Р. І. Моїсєєнко та ін. 2019. С. 30-69. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/14076-a5_2019_moz_shupik_forweb.pdf
7. Whiteman D. C., Green A. C., Olsen C. M. The Growing Burden of Invasive Melanoma: Projections of Incidence Rates and Numbers of New Cases in Six Susceptible Populations through 2031. J. Invest. Dermatol. 2016. 136(6). 1161-1171. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jid.2016.01.035>.
8. Імунотерапія при неоперабельній меланомі III-IV стадії. Здоров'я України, тематичний номер «Онкодерматологія». 2021. № 6(73). С. 5-6. URL: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2021/Onko_6_2021/Onko_6_2021_str_5_6.pdf

REFERENCES

1. Oshyvalova, O.O. (2015). Profilaktyka raku shkiry. Klinichna onkologiya, 2(18). Available from: <https://www.clinicaloncology.com.ua/article/13944/profilaktika-raku-shkiry>
2. Ashraf, R., Afzal, S., Rehman, et al. (2020). Region-of-Interest Based Transfer Learning Assisted Framework for Skin Cancer Detection. IEEE Access, 8, 147858-147871.
3. Byrd, A.L., Belkaid, Y., Segre, J.A. (2018). The Human Skin Microbiome. Nat. Rev. Microbiol., 16, 143-155.
4. Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., et al. (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Kod dostupu: Available from: <https://gco.iarc.fr/today>,
5. Key Statistics for Melanoma Skin Cancer. Am. Cancer Soc. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8823.00.pdf>.
6. Voronenko, YU.V., Orabina, T.M., Moiseyenko, R.I. et al. (2019). Metodichni rekomendatsiyi z diahnozyky ta likuvannya deyakikh zakhvoryuvan' pry nadanni telemedychnykh posluh (dlya likariv zahal'noyi praktyky – simeynoyi medytsyny) [Methodological recommendations for the diagnosis and treatment of certain diseases in the provision of telemedicine services (for general practitioners – family medicine)]. 30-69. Available from: https://moz.gov.ua/uploads/2/14076-a5_2019_moz_shupik_forweb.pdf
7. Whiteman, D.C., Green, A.C., Olsen, C.M. (2016). The Growing Burden of Invasive Melanoma: Projections of Incidence Rates and Numbers of New Cases in Six Susceptible Populations through 2031. J. Invest. Dermatol., 136(6), 1161-1171. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jid.2016.01.035>.
8. Immunoterapiya pry neoperabel'niy melanomi III-IV stadiyi [Immunotherapy in neoperabel'niy melanoma III-IV stage] (2021). Health of Ukraine, thematic number «Oncodermatology», 6(73), 5-6. Available from: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2021/Onko_6_2021/Onko_6_2021_str_5_6.pdf

*Summary***ANALYSIS OF DYNAMICS OF REGIONAL AND AGE-GENDER CHARACTERISTICS OF MELANOMA INCIDENCE IN UKRAINE DURING 2010-2020****N. M. Kalashnykova**

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The aim. To determine the age-sex and regional characteristics of the dynamics of melanoma incidence in Ukraine during 2010-2020.

Material and methods. The research materials were the official statistical data of the reports of the Center for Medical Statistics of the Central Hospital of the Ministry of Health of Ukraine «Incidence rates of malignant neoplasms and activities of the oncology service in Ukraine», the National Cancer Registry for 2010-2020.

Results. The dynamics of the incidence of melanoma in the population of Ukraine during 2010-2020 were analyzed. The age-sex characteristics of the prevalence and primary incidence of melanoma, as well as among different regions of Ukraine, were studied.

Conclusions. The prevalence of melanoma in 2020 was 69.2 cases per 100,000 people. and increased during 10 years by 52.4 %. The negative dynamics of the prevalence of melanoma affected the population of all regions of Ukraine without exception. The incidence of melanoma was 5.1 cases per 100,000 population. (decreased by 4.8 %). The incidence of men is lower than that of women by 15.7 % (in 2010 – by 27.2 %), in men, it increased by 6.3 %, and in women, it decreased by 13.7 %. Melanoma cases are three times more common in people of retirement age than in working age (14.1 versus 3.6 cases per 100,000 population). The relevance of studying the morbidity of the population of Ukraine is only increasing, as war events increase the risk of skin cancer.

Key words: malignant neoplasms, the prevalence of skin cancer, incidence of melanoma

УДК 616.8-009.17:616.995.42-071
[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.09](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.09)

ВПЛИВ ВТОМИ НА КОГНІТИВНИЙ СТАТУС ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗОМ

Т. Ю. Малиш, М. А. Тріщинська

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Резюме

Актуальність вивчення проблеми астеничних порушень визначається їхньою значною поширеністю серед пацієнтів із різноманітними хронічними патологіями та ймовірним впливом на перебіг захворювання, ефективність лікування та якість життя.

Метою дослідження – проаналізувати залежність когнітивних розладів та якості життя пацієнтів із Лайм-бореліозом від рівня втоми.

Матеріали і методи. В дослідження було включено 48 пацієнтів із Лайм-бореліозом, яким було проведено дослідження якості життя за короткою версією опитувальника здоров'я – 36 (SF-36), когнітивного статусу – за Короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) та Монреальською шкалою оцінки когнітивних функцій (MoCA), втоми – за шкалою оцінки вираженості втоми (FSS).

Результати. Згідно з результатами оцінки ступеня тяжкості астенії / вираженості втоми (FSS) поширеність астеничних порушень у пацієнтів із Лайм-бореліозом складає 45,8 %. Когнітивні порушення з оцінкою за MMSE <28 балів були виявлені у 64,6 % пацієнтів, а за MoCA <26 балів – у 56,2 %. Серед пацієнтів із проявами втоми помірного або важкого ступеню вираженості відмічалася більша частота осіб жіночої статі (СШ 5,43; 95 % ДІ [1,29-22,94]), нейробореліозу (СШ 13,64; 95 % ДІ [2,62-70,9]), пізньої стадії захворювання (СШ 9,23; 95 % ДІ [2,46-34,58]), більш низька оцінка когнітивної функції за MMSE ($26,14 \pm 2,53$ проти $27,54 \pm 2,25$ балів, $p=0,048$) та MoCA ($23,59 \pm 2,77$ проти $25,46 \pm 2,42$ балів, $p=0,016$). Втома достовірно знижує якість життя пацієнтів із Лайм-бореліозом, зокрема: фізичні функції ($p=0,002$), рольове фізичне та емоційне функціонування ($p<0,001$), оцінку болю ($p=0,037$), життєздатність ($p<0,001$), соціальне функціонування ($p=0,048$).

Висновки. Встановлено, що наявність астенії залежить від статі (жіноча), наявності клінічних проявів ураження нервової системи (нейробореліозу) та когнітивних розладів, а також пізньої стадії захворювання. Наявність втоми достовірно знижує якість життя пацієнтів із Лайм-бореліозом.

Ключові слова: Лайм-бореліозом; якість життя; когнітивні порушення; втома.

ВСТУП

Лайм-бореліоз (кліщовий бореліоз, хвороба Лайма) – інфекційне трансмісивне природно-вогнищеве захворювання, збудниками якого є патогенні для людини борелії (*B. burgdorferi*, *B. garinii*, *B. afzelii*, *B. japonica*, *B. andersonii*, *B. lusitaniae*, *B. bissettii*, *B. spielmanii*, *B. californiensis*, *B. mayonii*, *B. miyamotoi*, *B. valaisiana* та ін.). Зараження людини найчастіше відбувається під час укусу іксодового кліща (*Ixodes scapularis* або *I. pacificus*), інфікованого бореліями.

Лайм-бореліоз характеризується широким спектром клінічних проявів через ураження різних органів і систем: шкіри, кістково-м'язової, нервової системи, рідше – міокарду та очей [1, 2].

Середній рівень захворюваності на хворобу Лайма у Західній Європі був оцінений як 56,3 на 100 000 населення (від 0,001 в Італії до 464 у Швеції) [3]. Офіційна реєстрація бореліозу в Україні ведеться з 2000 року [4]. Так, згідно з даними Центру громадського здоров'я України протягом 2019 року було зареєстро-

вано 4482 випадки Лайм-бореліозу серед українців. Існує думка, що офіційна фактичні цифри захворюваності можуть бути набагато більшими, оскільки не всі заражені знають про укуси кліща, вчасно не звертаються до лікарів, хворобу не діагностують на ранніх стадіях, що призводить до накопичення в популяції пізніх хронічних форм захворювання [5].

На сьогодні одним із важливих симптомів більшості хронічних захворювань є астеничний синдром, котрий характеризується виразною фізичною та психічною стомлюваністю, дратівливістю, лабільністю настрою, головним та м'язовим болем, сповільненістю мислення, порушенням сну. Астеничні порушення часто недооцінюються лікарями, хоча втома істотно знижує якість життя пацієнтів із будь-якою патологією. Існують дані, що Лайм-бореліоз пов'язаний із наявністю втоми вже на ранніх стадіях хвороби, особливо у нелікованих пацієнтів [6]. Однак повідомлення суперечливі щодо тривалої втоми [6, 7], її зв'язку з іншими проявами та симптомами Лайм-бореліозу та впливу на якість життя пацієнтів цієї категорії [8, 9].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізувати залежність когнітивних розладів та якості життя пацієнтів із Лайм-бореліозом від рівня втоми.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

На базі Центру інфекційних уражень нервової системи ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України» протягом 2014–2022 рр. було проведено проспективне когортне дослідження, в якому взяли участь 48 (33 жінки, 15 чоловіків) пацієнтів із верифікованим діагнозом Лайм-бореліозу. Всі учасники дослідження підписали добровільну інформовану згоду на участь у цьому дослідженні. Критеріями невключення в дослідження були: вік до 18 років; декомпенсована супутня соматична, онкологічна, психічна, неврологічна патологія; деменція різного генезу; неповне заповнення анкети; відмова від участі в дослідженні.

Клінічне обстеження включених у дослідження пацієнтів та здорових респондентів включало стандартний неврологічний огляд із оцінкою когнітивного статусу за допомогою Короткої шкали оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination – MMSE) [10] та Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (Monreal Cognitive Assessment – MoCA) [11], а також втоми – за шкалою оцінки вираженості втоми (Fatigue Severity Scale – FSS) [12]. Крім цього, учасники дослідження самостійно заповнювали коротку версію опитувальника здоров'я – 36 (The 36-Item Short Form Health Survey – SF-36) [13].

Всім хворим на Лайм-бореліозу також була здійснена магнітно-резонансна томографія головного та спинного мозку. Лайм-бореліоз був верифікований двоетапним методом з дослідженням сироватки крові на антитіла IgM та IgG до борелій методами ІФА та імуноблотингу, а також ліквору на специфічні антитіла до борелій. Випадки ложно-позитивних результатів та мікст-інфекції були виключені. Всім пацієнтам із Лайм-бореліозом проводилася специфічна антибіотикотерапія згідно з рекомендаціями сучасних клінічних настанов [14].

Статистична обробка отриманих даних виконувалася у статистичному пакеті «SPSS 23» (SPSS Inc.) версії 21.0.0 для Windows. Кількісні параметри представлені у вигляді $M \pm \sigma$ (середнє значення $\pm$ середнє квадратичне відхилення) або Me [Q25–Q75] (медіана, інтерквартильний розмах (25-й та 75-й процентиля) в залежності від виду розподілу, якісні дані – у вигляді частоти – n (%). Параметричні дані порівнювали за допомогою двобічного t-критерію Стюдента для 2-х незалежних вибірок, непараметричні – критерію Манна-Уїтні для 2-х груп незалежних сукупностей. Для знаходження відмінностей частот розраховано співвідношення шансів (СШ) та 95 % довірчий інтервал (95 % ДІ). Наявність кореляційних зв'язків між величинами досліджуваних показників оцінювали параметричним методом за величиною коефіцієнта лінійної кореляції (r).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В дослідження були включені 48 (33 жінки, 15 чоловіків) хворих на Лайм-бореліоз віком від 23 до 77 років (в середньому – $49,4 \pm 16,02$ років; медіана – 48,0 років, міжквартильний інтервал – 36,5–65,0 років). Тривалість захворювання становила від 1,5 місяця до 20 років (в середньому – $3,02 \pm 3,72$ роки; медіана – 1,75 роки, міжквартильний інтервал – 1,0–4,75 років). Згідно з клініко-патогенетичною класифікацією Ю. В. Лобзіна (1996) 50 % включених у дослідження пацієнтів мали ранню стадію Лайм-бореліозу, 50 % – пізню. У досліджуваних пацієнтів із Лайм-бореліозом когнітивні порушення згідно з оцінкою за MMSE <28 балів спостерігалися у 64,6 % пацієнтів, за MoCA <26 балів – у 56,2 %.

Основні клініко-демографічні ознаки обстежених хворих на Лайм-бореліоз представлені в таблиці 1.

З метою вивчення впливу втоми на когнітивний статус та якість життя хворих на Лайм-бореліоз ми провели порівняння двох груп пацієнтів, розділених по принципу наявності та відсутності помірного та тяжкого ступеня вираженості проявів втоми. Як видно з таблиці 1, втому помірного або тяжкого ступеня вираженості з оцінкою за FSS 4,1 та більше балів мали 22 учасників дослідження, що становило 45,8 %. У цих пацієнтів середній оцінка за шкалою FSS склала $5,71 \pm 0,85$ проти $2,91 \pm 0,63$ балів ($p < 0,001$).

Таблиця 1

Деякі клініко-демографічні характеристики пацієнтів із Лайм-бореліозом

Показник	Хворі на Лайм-бореліоз (n=48)	
	n (%)	Me [Q25-Q75]
Вік – роки	-	48,0 [36,5-65,0]
Жіноча стать	33 (68,8 %)	-
Тривалість захворювання – роки	-	1,75 [1,0-4,75]
Клінічні прояви захворювання:		
нейробореліоз	20 (41,7 %)	-
ураження серцево-судинної системи	7 (14,6 %)	-
ураження очей	1 (2,1 %)	-
Лайм-артрит	9 (18,7 %)	-
нейробореліоз та ураження декількох систем	11 (22,9 %)	-
Стадія захворювання:		
рання дисемінована (органна)	24 (50 %)	-
пізня	24 (50 %)	-
MMSE – бали:	-	26,89±2,46
29-30	17 (35,4 %)	-
<28	31 (64,6 %)	-
MoCA – бали:	-	24,6±2,73
26 і більше	21 (43,8 %)	-
<26	27 (56,2 %)	-
FSS – бали:	-	4,57±1,54
0-4	26 (54,2 %)	-
4,1-4,9	3 (6,2 %)	-
5 та більше	19 (39,6 %)	-

Примітка. Дані представлені як медіана (Me) та міжквартильний діапазон (Q25-Q75).

У групі пацієнтів із проявами втоми помірного або важкого ступеню вираженості відмічалася більша частота осіб жіночої статі (86,4 % проти 53,8 %; СШ 5,43; 95 % ДІ [1,29-22,94], $p=0,015$), нейробореліозу (90,9 % проти 42,3 %; СШ 13,64; 95 % ДІ [2,62-70,9],

$p<0,001$), пізньої стадії захворювання (77,3 % проти 26,9 %; СШ 9,23; 95 % ДІ [2,46-34,58], $p=0,001$), більш низька оцінка когнітивної функції за MMSE (26,14±2,53 проти 27,54±2,25 балів, $p=0,048$) та MoCA (23,59±2,77 проти 25,46±2,42 балів, $p=0,016$) (табл. 2).

Таблиця 2

Клініко-демографічні характеристики пацієнтів із Лайм-бореліозом в залежності від вираженості проявів втоми

Показник	Пацієнти без або з легкими проявами втоми (n=26)		Пацієнти проявами втоми помірного або важкого ступеня (n=22)	
	M±σ	n (%)	M±σ	n (%)
Вік – роки	48,12±16,21	-	50,91±16,05	-
Стать				
чоловіча	-	12 (46,2 %)	-	3 (13,6 %)
жіноча	-	14 (53,8 %)	-	19 (86,4 %)*
Тривалість захворювання – роки	2,27±2,69	-	3,91±4,56	-
Клінічні прояви захворювання:				
нейробореліоз	-	11 (42,3 %)	-	20 (90,9 %)
інші прояви	-	15 (57,7 %)	-	2 (9,1 %)*
Стадія захворювання:				
рання	-	19 (73,1 %)	-	5 (22,7 %)
пізня	-	7 (26,9 %)	-	17 (77,3 %)*
MMSE – бали:	27,54±2,25	-	26,14±2,53*	-
MoCA – бали	25,46±2,42	-	23,59±2,77*	-
FSS – бали	2,91±0,63	-	5,71±0,85	-

Примітки: дані представлені як середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ);

* – рівень значущості відмінностей показників порівняно з групою пацієнтів без або з легкими проявами втоми $p<0,05$.

Відносно показників якості життя, то нами були виявлені статистично значущі відмінності між аналізованими групами майже за всіма субшкалами опитувальника SF-36, а саме: PF ($40,45 \pm 22,67$ % у пацієнтів із проявами втоми помірного або тяжкого ступеня проти $60,38 \pm 20,1$ % у осіб без або з легкими

проявами втоми, $p=0,002$), RP ($32,95 \pm 24,86$ % проти $67,31 \pm 26,24$ %, $p<0,001$), BP ($43,32 \pm 12,67$ % проти $52,08 \pm 15,21$ %, $p=0,037$), VT ($25,45 \pm 13,08$ % проти $39,04 \pm 9,7$ %, $p<0,001$), SF ($21,02 \pm 15,62$ % проти $28,85 \pm 13,12$ %, $p=0,048$), RE ($12,12 \pm 19,37$ % проти $41,8 \pm 27,88$ % відповідно, $p<0,001$) (табл. 3).

Таблиця 3

Показники якості життя пацієнтів із Лайм-бореліозом в залежності від вираженості проявів втоми

Показники якості життя	Пацієнти без або з легкими проявами втоми (n=26)	Пацієнти проявами втоми помірного або тяжкого ступеня (n=22)
	M $\pm$ σ	M $\pm$ σ
Фізичні функції (PF)	$60,38 \pm 20,1$	$40,45 \pm 22,67^*$
Рольове фізичне функціонування (RP)	$67,31 \pm 26,24$	$32,95 \pm 24,86^*$
Оцінка болю (BP)	$52,08 \pm 15,21$	$43,32 \pm 12,67^*$
Загальне благополуччя (GH)	$25,58 \pm 9,42$	$21,14 \pm 6,89$
Життєздатність (VT)	$39,04 \pm 9,7$	$25,45 \pm 13,08^*$
Соціальне функціонування (SF)	$28,85 \pm 13,12$	$21,02 \pm 15,62^*$
Рольове емоційне функціонування (RE)	$41,8 \pm 27,88$	$12,12 \pm 19,37^*$
Психічне здоров'я (MH)	$32,92 \pm 10,33$	$27,09 \pm 14,18$

Примітки: дані представлені як середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ); * – рівень значущості відмінностей показників порівняно з групою пацієнтів без або з легкими проявами втоми $p<0,05$.

ОБГОВОРЕННЯ

За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, астеничні розлади за частотою посідають друге місце, поступаючись лише серцево-судинним захворюванням. Поширеність астенії в загальній популяції коливається від 7 до 45 % залежно від методів оцінювання [15] та є одним із симптомів більшості хронічних захворювань. Існують дані, що Лайм-бореліоз пов'язаний із наявністю втоми вже на ранніх стадіях хвороби, особливо у нелікованих пацієнтів [6].

Згідно з результатами нашого дослідження поширеність астеничних порушень у пацієнтів із Лайм-бореліозом складає 45,8 %. Це співвідноситься з даними інших дослідників, згідно яких від 10 до 50 % пацієнтів із Лайм-бореліозом повідомляють про тривалу наявність втоми [16, 17, 18]. Кілька досліджень показали наявність постійних скарг та симптомів у таких пацієнтів, особливо за наявності нейробореліозу, навіть через роки після завершення лікування, при цьому пацієнти також демонструють наявність когнітивних розладів [17]. Нами також встановлено, що наявність втоми помірного та тяжкого ступеня вираженості асоціюється з наявністю клінічних проявів нейробореліозу (СШ 13,64; 95 % ДІ [2,62–70,9]) та більш низькими оцінками когнітивної функції ($p<0,05$), хоча згідно з даними літератури, достеменно невідомо, чому астеничні та й інші розлади зберігаються після завершення лікування [19]. Воночас існують дані, що затримка початку лікування пов'язана із залишковими клінічними проявами та скаргами, що зберігаються після лікування у пацієнтів із нейробореліозом [19]. За даними А. Н. Sigurdardottir та співавт. (2021), більш тривала затримка лікування була пов'язана з більш високим рівнем втоми [16]. Отже, можна думати, що існує певний відсоток пацієнтів, у яких

лікування було розпочато через місяці після зараження. Зокрема, існують дані про те, що в 16,7 % випадків збудник Лайм-бореліозу є причиною виникнення етіологічно не діагностованих неврологічних та 20,7 % – псевдоревматологічних захворювань [1]. Все це певною мірою пояснює виявлену нами асоціацію втоми з пізніми стадіями захворювання (СШ 9,23; 95 % ДІ [2,46–34,58]).

Хронічна втома може обмежувати виконання як соціальних, так і професійних обов'язків. Ось чому виявлений нами вплив втоми на якість життя пацієнтів із Лайм-бореліозом, а саме: зниження показника фізичного функціонування ($p=0,002$), рольового фізичного та емоційного функціонування ($p<0,001$), оцінки болю ($p=0,037$), життєздатності ($p<0,001$), соціального функціонування ($p=0,048$), має акцентувати увагу лікарів на необхідності включати в огляд пацієнта оцінку астеничних порушень.

ВИСНОВКИ

1. Згідно з результатами оцінки ступеня тяжкості астенії / вираженості втоми (FSS) поширеність астеничних порушень у пацієнтів із Лайм-бореліозом складає 45,8 %. При цьому наявність астенії асоціюється зі статтю (жіноча), наявністю клінічних проявів ураження нервової системи (нейробореліозу) та когнітивних розладів, а також пізньої стадії захворювання.

2. Наявність втоми достовірно знижує більшість складових якості життя пацієнтів із Лайм-бореліозом. Огляд цих хворих повинен включати оцінку астеничних порушень з метою їх ранньої діагностики та адекватної корекції для покращення якості життя даної категорії пацієнтів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ключ В. Ю. Поліорганні ураження при хворобі Лайма. *Актуальна інфектологія*. 2017. 5(5). 256-259.
2. Шостакович-Корецька Л. Р., Будаева І. В., Чергінець А. В., Маврутенков В. В., Марченко Н. Е. Лайм-бореліоз: питання діагностики і терапії. *Актуальна інфектологія*. 2014. 2(3). 34-38.
3. Sykes R. A., Makiello P. An estimate of Lyme borreliosis incidence in Western Europe. *J Public Health Oxf Engl*. 2017. 39(1). 74-81. doi: 10.1093/pubmed/fdw017.
4. Фурик О. О., Рябоконь О. В., Задирака Д. А. та ін. Клінічні особливості Лайм-бореліозу у Запорізькій області за період 2015-2019 рр. *Актуальна інфектологія*. 2021. 9 (1). 89.
5. Ілляш Т. І. Діагностичні проблеми нейробореліозу. *Український неврологічний журнал*. 2018. 2. 5-10. <https://doi.org/10.30978/UNZ201825>
6. Wormser G. P., Sudhinda P., Lopez E., et al. Fatigue in patients with erythema migrans. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2016. 86(3). 322-326. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2016.07.026.
7. Thortveit E. T., Lorentzen Å. R., Ljøstad U., Mygland Å. Somatic symptoms and fatigue in a Norwegian population with high exposure to ticks. *Ticks Tick-Borne Dis*. 2019. 10(1). 156-161. doi: 10.1016/j.ttbdis.2018.09.012.
8. Estevez-Lopez F., Mudie K., Wang-Steverding X., et al. Systematic Review of the Epidemiological Burden of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Across Europe: Current Evidence and EUROMENE Research Recommendations for Epidemiology. *J Clin Med*. 2020. 9(5). 1557. doi: 10.3390/jcm9051557.
9. Pheby D. F. H., Araja D., Berkis U., et al. The Development of a Consistent Europe-Wide Approach to Investigating the Economic Impact of Myalgic Encephalomyelitis (ME/CFS): A Report from the European Network on ME/CFS (EUROMENE). *Healthc Basel Switz*. 2020. 8(2). 88. doi: 10.3390/healthcare8020088.
10. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. «Mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975. 12(3). 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
11. Nasreddine Z. S., Phillips N. A., Bédirian V., et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005. 53(4). 695-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
12. Jason L. A., Evans M., Brown M., et al. Fatigue Scales and Chronic Fatigue Syndrome: Issues of Sensitivity and Specificity. *Disabil Stud Q*. 2011. 31(1). 1375.
13. Ware J. The MOS 36-item short-form healthy survey (SF-36). *Medical Care*. 1992. 30(6). 473-483.
14. Lantos P. M., Rumbaugh J., Bockenstedt L. K., Falck-Ytter Y. T., Zemel L. S. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Academy of Neurology (AAN), and American College of Rheumatology (ACR): 2020 Guidelines for the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Lyme Disease. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021. 73(1). 1-9. doi: 10.1002/acr.24495.
15. Путилина М. В. Астенические расстройства в общемедицинской практике. Алгоритмы диагностики и терапии. *Нервные болезни*. 2013. 4. 26-33.
16. Sigurdardottir A. H., Knudtzen F. C., Nymark A., Bang M. Fatigue and cognitive impairment in neuroborreliosis patients posttreatment-A neuropsychological retrospective cohort study. *Brain Behav*. 2022. 12(9). 2719. doi: 10.1002/brb3.2719.
17. Eikeland R., Ljøstad U., Mygland Å., Herlofson K., Løhaugen G. European neuroborreliosis: Neuropsychological findings 30 months post-treatment. *European Journal of Neurology*. 2012. 19(3). 480-487. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03563.x.
18. Straub R. K., Powers C. M. Chronic Fatigue Syndrome: A Case Report Highlighting Diagnosing and Treatment Challenges and the Possibility of Jarisch-Herxheimer Reactions If High Infectious Loads Are Present. *Healthcare (Basel)*. 2021. 19(11). 1537. doi: 10.3390/healthcare9111537.
19. Knudtzen F. C., Andersen N. S., Jensen T. G., Skarphéinnsson S. Characteristics and clinical outcome of Lyme neuroborreliosis in a high endemic area, 1995-2014: A retrospective cohort study in Denmark. *Clinical Infectious Diseases*. 2017, 65(9). 1489-1495. doi: 10.1093/cid/cix568.

REFERENCE

1. Klius, V. Ju. (2017). Polyorganic injury in case of Lyme disease. *Actual Infectology*. 5(5), 256-259. <https://doi.org/10.22141/2312-413x.5.5.2017.121642>
2. Shostakovych-Koretska, L. R., Budayeva, I. V., Cherginets, A. V., Mavrutentkov, V. V., Marchenko, N. Ye. (2014). Lyme borreliosis: diagnosis and treatment issues. *Actual Infectology*. 2(3), 34-38.
3. Sykes, R. A., Makiello, P. (2017). An estimate of Lyme borreliosis incidence in Western Europe. *J Public Health Oxf Engl*. 39(1), 74-81. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw017>.

4. Furik, O. O., Rjabokon', O. V., Zadiraka, D. A., Saveliev, V. H., Pak K. A. (2021). Clinical features of Lyme borreliosis in the Zaporizhzhia region for the period of 2015-2019. *Actual Infectology*. 9(1), 89.
5. Illyash, T. I. (2018). Diagnostic problems of neuroborreliosis. *Ukrainian Neurological Journal*. 2, 5-10. <https://doi.org/10.30978/UNZ201825>
6. Wormser, G. P., Sudhinda, P., Lopez, E., Patel, L., Rezai, S., & Visintainer, P. (2016). Fatigue in patients with erythema migrans. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 86(3), 322-326. <https://doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2016.07.026>.
7. Thortveit, E. T., Lorentzen, Å. R., Ljøstad, U., Mygland, Å. (2019). Somatic symptoms and fatigue in a Norwegian population with high exposure to ticks. *Ticks Tick-Borne Dis*. 10(1), 156-161. <https://doi: 10.1016/j.ttbdis.2018.09.012>.
8. Este'vez-Lo'pez, F., Mudie, K., Wang-Steverding, X., Bakken, I. J., Ivanovs, A., & Lacerda E. (2020). Systematic Review of the Epidemiological Burden of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Across Europe: Current Evidence and EUROMENE Research Recommendations for Epidemiology. *J Clin Med*. 9(5), 1557. <https://doi: 10.3390/jcm9051557>.
9. Pheby, D. F. H., Araja, D., Berkis, U., Brenna, E., Cullinan, J., & Wang-Steverding X. (2020). The Development of a Consistent Europe-Wide Approach to Investigating the Economic Impact of Myalgic Encephalomyelitis (ME/CFS): A Report from the European Network on ME/CFS (EUROMENE). *Healthc Basel Switz*. 8(2), 88. <https://doi: 10.3390/healthcare8020088>.
10. Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 12(3). 189-198. [https://doi: 10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6).
11. Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., & Chertkow H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 53(4), 695-9. <https://doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>.
12. Jason, L. A., Evans, M., Brown, M., Porter, N., Brown, A., & Lerch A. (2011). Fatigue Scales and Chronic Fatigue Syndrome: Issues of Sensitivity and Specificity. *Disabil Stud Q*. 31(1). 1375.
13. Ware, J. (1992). The MOS 36-item short-form healthy survey (SF-36). *Medical Care*. 30(6), 473-483.
14. Lantos, P. M., Rumbaugh, J., Bockenstedt, L. K., Falck-Ytter, Y. T., Zemel, L. S. (2020). Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Academy of Neurology (AAN), and American College of Rheumatology (ACR): 2020 Guidelines for the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Lyme Disease. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 73(1), 1-9. <https://doi: 10.1002/acr.24495>.
15. Putilina, M. V. (2013). Asthenic disorders in general medical practice. Algorithms for diagnosis and therapy. *Nervous diseases*. 4, 26-33.
16. Sigurdardottir, A. H., Knudtzen, F. C., Nymark, A., Bang, M. (2022). Fatigue and cognitive impairment in neuroborreliosis patients posttreatment-A neuropsychological retrospective cohort study. *Brain Behav*. 12(9), 2719. <https://doi: 10.1002/brb3.2719>.
17. Eikeland, R., Ljøstad, U., Mygland, Å., Herlofson, K., Løhaugen, G. (2012). European neuroborreliosis: Neuropsychological findings 30 months post-treatment. *European Journal of Neurology*. 19(3), 480-487. <https://doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03563.x>.
18. Straub, R. K., Powers, C. M. (2021). Chronic Fatigue Syndrome: A Case Report Highlighting Diagnosing and Treatment Challenges and the Possibility of Jarisch-Herxheimer Reactions If High Infectious Loads Are Present. *Healthcare (Basel)*. 19(11), 1537. <https://doi: 10.3390/healthcare9111537>.
19. Knudtzen, F. C., Andersen, N. S., Jensen, T. G., Skarphéðinsson, S. (2017). Characteristics and clinical outcome of Lyme neuroborreliosis in a high endemic area, 1995-2014: A retrospective cohort study in Denmark. *Clinical Infectious Diseases*. 65(9), 1489-1495. <https://doi: 10.1093/cid/cix568>.

Summary

THE EFFECT OF FATIGUE ON THE COGNITIVE STATUS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LYME-BORRELIOSIS

T. Yu. Malysh, M. A. Trishchynska

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

The relevance of the issue of asthenic disorders is determined by a high prevalence among patients with various chronic pathologies and its impact on the disease course, treatment efficacy, and quality of life. The purpose of the study was to analyze the dependence of cognitive disorders and the quality of life of patients with Lyme borreliosis on the level of fatigue.

Materials and Methods. The study involved 48 patients with Lyme borreliosis. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36) was used to study the quality of life of patients. Cognitive function was assessed using the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), and the impact of fatigue was evaluated using the Fatigue Severity Scale (FSS).

Results. According to the results of assessing asthenia/fatigue severity (FSS), the prevalence of asthenic disorders in patients with Lyme borreliosis was 45.8 %. Cognitive impairment with an MMSE score of <28 was found in 64.6 % of patients, and the MoCA score of <26 was revealed in 56.2 % of patients. Manifestations of moderate or severe fatigue were more common among women (OR 5.43; 95 % CI [1,29-22,94]), patients with neuroborreliosis (OR 13.64; 95 % CI [2,62-70,9]), patients with late-stage of disease (OR 9.23; 95 % CI [2,46-34,58]), and those with a lower MMSE score (26.14 ± 2.53 vs. 27.54 ± 2.25 scores, $p=0.048$) and MoCA score (23.59 ± 2.77 vs. 25.46 ± 2.42 scores, $p=0.016$). Fatigue significantly reduces the quality of life of patients with Lyme-borreliosis, in particular: physical functioning ($p=0.002$), role physical and role emotional ($p<0.001$), bodily pain ($p=0.037$), vitality ($p<0.001$), social functioning ($p=0.048$).

Conclusions. It was found that the presence of asthenia depends on the gender (female), the presence of clinical manifestations of damage to the nervous system (neuroborreliosis) and cognitive disorders, as well as the late stage of the disease. The presence of fatigue significantly reduces the quality of life of patients with Lyme borreliosis.

Key words: Lyme-borreliosis; quality of life; cognitive disorders; fatigue.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ В УКРАЇНІ

Л. О. Литвинова¹, Н. В. Гречишкіна¹, Л. І. Артемчук¹, О. Б. Тонковид², Н. Ю. Слуту¹

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

²Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Резюме

Мета дослідження. Визначити актуальність та проаналізувати проблеми використання допоміжних репродуктивних технологій на фоні оцінки стану репродуктивного здоров'я в сучасних умовах в Україні.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали офіційні статистичні дані звітів Центру медичної статистики ЦГЗ МОЗ України «Стан здоров'я жіночого населення в Україні», «Стан здоров'я чоловічого населення України», «Інформаційно-статистичний довідник про допоміжні репродуктивні технології в Україні», «Гендерні особливості в наданні медичної допомоги у закладах охорони здоров'я» за 2015-2020 рр.

Результати. Проаналізовано динаміку демографічної ситуації в Україні протягом останніх років, динаміку стану репродуктивного здоров'я населення та використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Встановлено, що негативним проявом сучасної демографічної кризи стає депопуляція населення. Відтворення населення значною мірою залежить від його репродуктивного потенціалу, у збереженні якого певну роль відіграють ДРТ. З'ясовані медичні, юридичні та економічні аспекти використання ДРТ, що набувають актуальності під час воєнних дій, тяжкі наслідки яких можуть зашкодити фертильності населення.

Висновки. На фоні демографічної кризи в Україні, яка характеризується падінням народжуваності, депопуляцією населення, важливим є поліпшення стану репродуктивного здоров'я населення, лікування безпліддя, допомога у розв'язанні проблеми відтермінування народження дітей в умовах воєнного часу. Підвищення якості та доступності ДРТ має стати одним із пріоритетів демографічної політики держави.

Ключові слова: відтворення населення, народжуваність, репродуктивне здоров'я, допоміжні репродуктивні технології

ВСТУП

Гостра демографічна криза, що спостерігається останніми роками в Україні, спричинена негативними впливами, в першу чергу, наслідків війни та пандемії Covid 19. Депопуляція населення спонукає до вивчення можливих шляхів поліпшення його відтворення, яке має ґрунтуватися на поглибленому аналізі стану репродуктивного потенціалу здоров'я населення та обсягів і ефективності використання новітніх допоміжних репродуктивних технологій. Багаторічні дослідження стану репродуктивного здоров'я, зокрема жіночого населення довели [1], що в Україні в порівнянні з провідними країнами світу, відмічається

його низький рівень, що може негативно впливати на процес відтворення населення країни.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначити актуальність та проаналізувати проблеми використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) на фоні оцінки стану репродуктивного здоров'я в сучасних умовах в Україні.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали офіційні статистичні дані звітів Центру медичної статистики ЦГЗ

МОЗ України «Стан здоров'я жіночого населення в Україні», «Стан здоров'я чоловічого населення України», «Інформаційно-статистичний довідник про допоміжні репродуктивні технології в Україні», «Гендерні особливості в наданні медичної допомоги у закладах охорони здоров'я» за 2015-2020 рр.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінка стану репродуктивного здоров'я населення проведена на основі аналізу деяких показників, рекомендованих ВООЗ, а саме: демографічних показників, деяких показників здоров'я чоловіків і жінок, у т.ч. стосовно репродуктивної сфери – частота безпліддя, поширеність інфекцій, що передаються статевим шляхом. Особливої уваги потребує

характеристика перебігу вагітності та пологів, зокрема частота екстрагенітальної патології вагітних та ускладнень пологів, частота штучних переривань вагітності.

Показники, що представлені в таблиці 1, яскраво характеризують глибину демографічної кризи, яка триває в Україні останні 30 років, починаючи з 1991 року. З того часу смертність стала переважати народжуваність і природний приріст населення змінився на природне скорочення. А в 2021 році зафіксовано безпрецедентна величина природного приросту (–11,2 ‰), при найнижчому рівні народжуваності (7,3 ‰) та найвищому рівні смертності (18,5 ‰) за всю історію незалежної України. Винятком є лише малюкова смертність, яка знизилась за цей період практично вдвічі.

Таблиця 1

Динаміка демографічних показників населення України (1990-2020 р.р.)

Показник	1990	2020	Динаміка (%)
Народжуваність (на 1000 населення)	12,6	8,1	-35,7
Сумарний коефіцієнт народжуваності (число народжень на 1 жінку)	1,85	1,21	-34,6
Смертність (на 1000 населення)	12,1	15,9	+31,4
Смертність чоловіків (на 100 000 населення)	1247,4	1705,8	+36,7
Смертність жінок (на 100 000 населення)	1197,2	1502,9	+25,5
Малюкова смертність (на 1000 живонароджених)	12,8	6,7	-47,6

Зростання смертності населення відбувається не тільки за рахунок осіб похилого віку, а і осіб фертильного віку. Так у чоловіків смертність збільшилась у вікових групах 35-39 та 40-44 роки (на 5 % і 15 % відповідно). Серед жінок ця тенденція спостерігається з 30-річного віку: за 30-річний період зростання смертності відбулося у віковій групі 30-34 роки – на 19,1 %, 35-39 років – на 14,7 %, 40-44 роки – на 18,8 %, 45-49 років – на 3,5 %.

Надсмертність чоловіків, рівень якої переважає таку у жінок на 13 % (у 1990 році іще тільки на 4 %) призвела до статевої диспропорції населення, яка лишається незмінною весь цей період. За даними Державної служби статистики України у 2021 році в загальній структурі населення переважали жінки (53,6 % жінок проти 46,3 % чоловіків). Незначна перевага чоловіків спостерігається стосовно населення

репродуктивного віку (15-49 років) – чоловіків 50,2 %, а жінок – 49,8 % (особливо в сільській місцевості, де у віці 30-35 років на 100 жінок припадає понад 110 чоловіків) [2]. Крім того, при переважанні шлюбності над розлучуваністю, триває її негативна тенденція до зниження (з 9 до 6 на 1000 населення за 30 років). Практично усі вищезазначені характеристики населення України не сприяють його нормальному відтворенню.

Аналізуючи репродуктивне здоров'я населення неможливо не торкнутися його гендерних особливостей (Табл. 2). Рівень поширеності хвороб та захворюваності на всі хвороби у жінок вище, ніж у чоловіків (відповідно на 24 % та 9,5 %). Захворюваність на окремі найважливіші захворювання у чоловіків вище, ніж у жінок при позитивній динаміці в обох групах.

Таблиця 2

Порівняльна характеристика захворюваності чоловічого і жіночого населення (на 100 тис. відповідного населення)

Показник	чоловіки			жінки		
	2015	2020	Динаміка (%)	2015	2020	Динаміка (%)
Поширеність хвороб *	151860,9	-	-	188630,1	-	-
Первинна захворюваність *	60175,3	-	-	65892,5	-	-
Злоякісні новоутворення	354,7	284,7	-19,7	335,4	275,2	-17,9
Активний туберкульоз	91,9	53,4	-41,9	35,0	20,0	-42,9
Сифіліс	9,2	4,9	-46,7	5,9	2,7	-у 2,2 рази
Гонококова інфекція	18,0	4,6	-у 3,9 рази	8,2	1,9	-у 4,3 рази

*поширеність хвороб і захворюваність населення по всіх класах хвороб з 2017 р. не реєструються

Характеризуючи стан репродуктивного здоров'я жінок, необхідно зупинитися на проблемі вагітності та пологів: так при зниженні частоти пологів на 24,6 % (з 38,2 до 28,8), набув поширення кесарів розтин, частота якого зросла на 35,2 % (з 185,5 до 250,8), при цьому завдяки розвитку контрацепції та профілактиці абортів їх частота знизилась на 36,7 % (усі показники наведено на 1000 жінок фертильного віку 15-49 років).

Динаміка окремих ускладнень вагітності та пологів є різноспрямованою (Табл. 3): привертає увагу позитивна динаміка хвороб системи кровообігу та інфекцій сечостатевого шляху, проте непокоїть відсутність позитивної динаміки стосовно решти ускладнень пологів, особливо стрімке зростання цукрового діабету як причини ускладнень вагітності та пологів.

Таблиця 3

Динаміка окремих ускладнень вагітності та пологів за 2015-2020 роки

Показник	Окремі ускладнення вагітності (на 1000 вагітностей)			Окремі ускладнення при пологах (на 1000 пологів)		
	2015	2020	Динаміка (%)	2015	2020	Динаміка (%)
Набряки, протеїнурія та гіпертензивні розлади	60,2	64,0	+6,3	58,8	74,6	+26,9
з них важкі форми прееклампсії, еклампсії	2,6	2,5	-3,8	4,7	5,6	+19,1
Інфекції сечостатевого шляху	138,0	136,9	-0,8	40,4	33,8	-16,3
Цукровий діабет	3,8	8,6	+ у 2,3 рази	4,0	9,6	+ у 2,4 рази
Хвороби щитоподібної залози	91,4	94,1	+2,9	55,3	58,2	+5,24
Анемія	250,6	241,9	-3,5	159,5	165,9	+4,0
Хвороби системи кровообігу	69,4	69,0	-0,6	49,5	42,3	-14,5
Утруднені пологи	-	-	-	56,5	71,6	+26,7
Аномалії пологової діяльності	-	-	-	38,7	41,6	+7,5
Кровотеча	-	-	-	18,1	19,9	+9,9

Необхідно також відзначити позитивну динаміку захворюваності жінок на злоякісні новоутворення органів репродуктивної сфери: знизилась захворюваність на рак молочної залози (на 10,9 %), тіла матки (на 6,5 %), яєчників (на 8,1 %), і особливо шийки матки (у 3,8 рази).

Незважаючи на деякі позитивні зміни, рівень репродуктивного здоров'я жінок є низьким і не відповідає міжнародним стандартам [3].

Провідним показником репродуктивного здоров'я населення є частота безпліддя, що належить до прямих репродуктивних втрат поряд з невиношуванням вагітності та малюковою смертністю. Нажаль, з 2018 року моніторинг поширеності жіночого і чоловічого безпліддя не проводиться у зв'язку зі скасуванням відповідної звітної форми. За останніми даними у 2017 році в країні було зареєстровано 38168 випадків жіночого та 10945 чоловічого безпліддя, що становить відповідно 3,77 та 0,89 випадків на 1000 жіночого та чоловічого населення фертильного віку (тобто частота жіночого безпліддя перевищує таку у чоловіків у 4,2 рази, а серед усіх випадків жіноче безпліддя складає 78 %). Поширеність безпліддя у чоловіків з 2000 року зросла у 2,7 рази [1]. Встановлено, що 64 % захворювань, що можуть спричинити чоловіче безпліддя, виникають у дитячому та підлітковому віці [3]. Проте треба зазначити, що така значна різниця між частотою жіночого та чоловічого безпліддя пов'язана з повнотою реєстрації (жінки частіше звертаються до медичних закладів з проблемами репродуктивної сфери, відповідно у них частіше виявляють безплід-

дя), а також з якістю діагностики, впровадженням профілактичних заходів щодо попередження виникнення безпліддя.

Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) є комплексом діагностично-лікувальних процедур, які спрямовані на забезпечення вагітності. В Україні застосовуються сучасні прогресивні репродуктивні технології, при цьому їх структура та ефективність наближена до Європейських країн. Поширення та розвиток ДРТ мають помітний демографічний вплив, який посилюється із року в рік. Усього за допомогою використання сучасних ДРТ в Україні починаючи з 1999 року народилося 93922 дітей, причому 50 % з них – за останні 5 років. Пацієнтками клінік здебільшого є жінки від 30 до 40 років (50,7 %), що є свідченням ранньої діагностики безпліддя та створює суттєвий резерв для підвищення ефективності використання ДРТ [4]. Про обсяги допоміжних репродуктивних технологій в Україні протягом останніх 20 років свідчать дані, що наведено у таблиці 4.

Завершенням клінічних вагітностей при розпочатих лікувальних циклах, нажаль, не завжди є народження живих, здорових дітей (табл. 5), а й аборти. Проте число абортів на 100 розпочатих циклів лишається на низькому рівні, причому позитивною ознакою є те, що число спонтанних абортів зменшилось на чверть, в той час, як за медичними показаннями зросло на 2,6 %, що можна розглядати не тільки як невдалу спробу, а й профілактику ускладнень вагітності чи народження дітей з вадами розвитку (у 2020 році таких випадків було 0,35 на 100 вагітностей, у 2015-0,93).

Таблиця 4

Характеристика обсягів допоміжних репродуктивних технологій в Україні протягом 2000-2020 років

Показник	2000	2020	Динаміка (%)
Кількість закладів охорони здоров'я, в яких здійснюється лікування безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій	6	49	+ у 8 разів
Кількість розпочатих лікувальних циклів (абсолютні числа)	1143	32664	+ 28,6 разів
Кількість клінічних вагітностей при розпочатих лікувальних циклах (абсолютні числа)	268	11460	+ у 42,8 разів
Частота клінічних вагітностей (на 100 розпочатих лікувальних циклів)	23,5	35,8	+ 52,3 %
Народилось живими (на 100 розпочатих лікувальних циклів)	27,7	33,7	+ 21,6 %

Таблиця 5

Завершення клінічних вагітностей при розпочатих лікувальних циклах за методами допоміжних репродуктивних технологій в Україні протягом 2000-2020 років (на 100 розпочатих циклів)

Показник	2000	2020	Динаміка (%)
Ектопічна вагітність	0,09	0,18	+ у 2 рази
Аборт за медичними показаннями	0,09	0,24	+ у 2,6 рази
Аборт спонтанний	4,37	3,23	- 26 %
Пологи одним живим плодом	10,76	25,85	+ у 2,4 рази
Пологи двома і більше живими плодами	5,69	3,78	- 33,6 %

Сучасна репродуктивна медицина має у своєму арсеналі широкий спектр репродуктивних технологій. Завдяки новітнім науковим дослідженням стосовно ефективності і безпеки окремих методів допоміжних репродуктивних технологій, протягом 20 років значно змінилася їх структура (табл. 6). Так серед усіх розпочатих циклів у 2020 році переважають цикли з перенесенням кріоконсервованих ембріонів (FET), питома вага яких значно збільшилась (з 0,4 % у 2000 році до 39,4 %), більш вживаним стало ICSI – інтраплазматичне введення сперматозоїдів (15,7 %

та 36,4 % відповідно). В той же час цикли з проведенням запліднення сперматозоїдами шляхом інсемінації (IVF) суттєво скоротилися (з 73,2 % у 2000 році до 0,9 % у 2020). Обсяг використання донорії ооцитів дещо зменшився (з 9,2 % до 8,5 %), як і метод MESA-TESE – запліднення сперматозоїдами, одержаними шляхом біопсії яєчка (з 1,5 % до 0,6 %); 14,2 % в структурі складають цикли з проведення біопсії ембріона (для передімплантаційної генетичної діагностики – PGD), які на початку розвитку репродуктивних технологій взагалі не використовувались.

Таблиця 6

Результати використання різних методів допоміжних репродуктивних технологій, 2020 рік (на 100 розпочатих циклів)

Показник	IVF		ICSI		MESA – TESE		Донація ооцитів		FET		Цикли з проведення біопсії ембріона	
	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000
Клінічних вагітностей	35,4	30,8	30,1	16,2	44,6	26,8	50,3	38,1	44,4	52,1	30,8	35,1
Народилося дітей живими	30,2	24,0	26,7	14,5	37,6	26,8	48,3	37,4	42,7	48,6	28,5	37,5
Народилося дітей мертвими	0,3	0	0,2	0,01	0	0	0,6	0	0,2	0,7	0,1	0,02
Штучні аборти за медичними показаннями	0,9	0,6	0,5	0,1	0,5	0	0,4	0,2	0,8	0,3	0,3	0,1
Спонтанні аборти	5,3	8,0	4,1	2,1	8,6	0	6,1	2,6	4,5	4,9	2,8	1,6

Розгляд результатів використання різних методів допоміжних репродуктивних технологій з точки зору їх ефективності веде до висновку, що перенесення кріоконсервованих ембріонів є не тільки найбільш успішним методом штучного запліднення, а і найбільш ефективним у порівнянні з іншими методами, оскільки демонструє найвищі показники числа клінічних вагітностей та народжених живими дітей на 100 розпочатих циклів (52,1 та 48,6 відповідно). Проте навряд чи можна вважати будь-який метод іде-

альним з огляду на його побічні негативні наслідки (як то мертвонароджуваність, аборти штучні та спонтанні) і їх не завжди позитивну динаміку.

Для підвищення ефективності ДРТ, зниження частоти невдалих спроб запліднення, необхідно в кожному випадку індивідуально підбирати метод ДРТ з урахуванням результатів функціональних, лабораторних і морфологічних досліджень, використовувати індивідуальні програми прогнозування та специфічної підготовки до застосування певного методу ДРТ [5]

Важливим аспектом розвитку репродуктивної медицини є нормативно-правова база для збереження репродуктивного здоров'я та регулювання діяльності закладів, що займаються відновленням репродуктивної функції. Сформоване законодавче нормативне поле України є сприятливим для розв'язання проблем репродуктивного здоров'я, але потребує серйозного вдосконалення. Наразі основним документом, що регулює питання навколо репродуктивної медицини є Наказ МОЗ від 09.09.2013 № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [6]. До проблем ДРТ у 2019 р. намагалися привернути увагу Президента України, створивши Петицію «Про збільшення народжуваності шляхом державного фінансування медичних процедур з лікування безпліддя та штучного запліднення», яка не набрала достатньої кількості голосів. У Верховній Раді України знаходиться на розгляді Проект Закону України від 12.01.2022 № 6475 (в декількох варіантах) «Про застосування допоміжних репродуктивних технологій та заміне материнства» [7]. Це свідчить про вихід державної політики у сфері охорони репродуктивного здоров'я населення за межі компетенції охорони здоров'я і набуття характеру першочергових завдань національної політики щодо відтворення населення.

Прямі репродуктивні втрати можуть бути не тільки за рахунок клінічного безпліддя, а й «соціального» — відтермінування народження дітей [4] (з одночасним зниженням природної плідності), що пов'язано із пріоритетним бажанням людей робити кар'єру, будувати власне житло чи просто вести певний спосіб життя. В світі навіть з'явилася ідеологія *childfree* — принципове небажання мати дітей попри таку можливість. Проте зараз «соціальне безпліддя» відбувається здебільшого через війну в країні. І йдеться не тільки про цивільне населення, а і військових, які вимушені відкласти батьківство. На теперішній час у Збройних силах України служить біля 40 тис. жінок, з них 5000 — на передовій. Складні та небезпечні умови служби під час військових дій можуть сприяти виникненню захворювань, травм, і в результаті, інвалідності чи смерті. До несприятливих чинників, що призводять до порушень здоров'я, у т.ч. репродуктивного, відносять психофізичні навантаження (постійні стреси, носіння важкого озброєння та амуніції); обмеження сну; недостатність та незбалансованість харчування (брак їжі чи її висока калорійність на фоні недостатності вітамінів); складні побутові умови; переохолодження; шум, вібрація, випромінювання; хімічне та фізичне забруднення внаслідок бомбардувань та руйнувань (наприклад, токсичний вплив пластифікаторів через горіння пластикових виробів чи гуми); ускладнений доступ до медичної допомоги тощо. Вплив цих негативних чинників може призвести до порушення сперматогенезу у чоловіків, розладу менструального циклу, неплідності, гормональних залежних передпухлинних станів репродуктивної сис-

теми — у жінок. В такій ситуації кріоконсервація сперми та яйцеклітин стає дуже доречною, при цьому зберігати ембріони (запліднені яйцеклітини) набагато ефективніше, оскільки вони краще розморожуються. Але з проведенням цієї процедури пов'язано два важливі аспекти — юридичний та фінансовий. На теперішній час у разі нещасного випадку, смерті чи недієздатності чоловіка офіційна дружина має право розпоряджатися його біоматеріалом. Використати посмертно яйцеклітини дружини можливо тільки через сурогатне материнство, що на законодавчому рівні заборонено. Заморозка сперми для військовослужбовців ЗСУ, яка діє ще з 2014 року, зараз безкоштовна майже у всіх репродуктивних клініках України (орієнтовна вартість цієї процедури — 2500 грн.). Вартість кріоконсервації яйцеклітин значно дорожча, оскільки вимагає використання дорогих гормональних препаратів, проходження попереднього обстеження з проведенням аналізів (орієнтовна вартість цієї процедури від 50000 грн.).

Використання допоміжних репродуктивних технологій взагалі є дуже високовартісним, не зважаючи на те, що Україна першою з постсоціалістичних країн запровадила лікування безплідності за бюджетні кошти. Відшкодування витрат на ДРТ у країнах світу відбувається, як правило, з фондів страхування (повністю чи частково), проте діють обмеження на кількість циклів ДРТ. На сьогодні державою фінансується лише 600 циклів на рік, що становить менше 1 % від загальної потреби в ДРТ у країні [8]. За даними ВООЗ, загальна потреба у ДРТ оцінюється з розрахунку 1500 циклів на 1 млн. населення на рік та становить для України 70000 циклів. Проте кількість репродуктивних циклів залишається низькою, а співвідношення показників зареєстрованого безпліддя та кількості розпочатих репродуктивних циклів свідчить про наявність незадоволеного попиту на використання ДРТ. В Україні в середньому вартість народження дитини із застосуванням ДРТ у приватній клініці приблизно дорівнює середньорічному доходу найманого працівника [4], що свідчить про низьку доступність цих послуг у теперішній час.

ВИСНОВКИ

1. Демографічна криза в Україні, яка формується за рахунок падіння народжуваності та зростання смертності, загострилася як ніколи за останні 30 років.
2. Стан репродуктивного здоров'я населення при певній позитивній динаміці залишається на доволі низькому рівні, а проблема безпліддя, тенденція щодо відтермінування народження дітей, стає все більш актуальною в сучасних умовах воєнного часу.
3. Допоміжні репродуктивні технології продовжують стрімко розвиватися і можуть певною мірою сприяти вирішенню проблеми відтворення населення.

4. Підвищення якості та доступності репродуктивних медичних послуг має стати одним із пріоритетів демографічної політики держави.

а також дослідження подальшого розвитку використання ДРТ в усіх аспектах (медичному, юридичному та економічному).

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Подальшого аналізу потребує динаміка демографічної ситуації в країні, стану репродуктивного здоров'я населення (особливо у повоєнний час),

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жилка Н.Я., Миронюк С. І., Слабкий О. Г. Характеристика деяких показників репродуктивного здоров'я жіночого населення України. *Wiadomości Lekarskie*. 2018. Tom LXXI, nr 9. P.1803-1808.
2. Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002-2019 рр.: кол. моногр. / за ред. О. М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи. Київ, 2020. С. 11-37.
3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: МВЦ «Медінформ», 2018. С. 82-107.
4. Думанська В. П. Внесок новітніх репродуктивних технологій у народжуваність в Україні. Демографія та соціальна економіка. 2018. № 2 (33). С. 82-93.
5. Палига І. Є. Профілактика невдалих спроб застосування допоміжних репродуктивних технологій. Здоров'я жінки. 2017. № 3 (119). С. 110-112.
6. Гойда Н. Г., Бісярін О. Ю. Нормативно-правове регулювання діяльності служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я. Український медичний часопис. 2012. № 4 (90). VII/VIII. URL: <https://www.umj.com.ua/article/38690/normativno-pravove-regulyuvannya-diyalnosti-sluzhbi-planuvannya-sim-i-ta-zberezhennya-reproduktivnogo-zdorov-ya>
7. Про застосування допоміжних репродуктивних технологій та заміне материнства: Проект Закону України від 12.01.2022 № 6475-2. URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/ji06787a?an=3&ed=2022_01_12
8. Заліська О. М., Гуз В. С. Допоміжні репродуктивні технології у світі й Україні та їхні фармакологічні аспекти. Рациональна фармакотерапія. 2011. 4(21). С. 35-37.

REFERENCES

1. Zhyhka, N.YA., Myronyuk, S.I., Slabkyu, O.H. (2018). *Kharakterystyka deyakykh pokaznykh reproduktyvnoho zdorov'ya zhinochoho naselennya Ukrainy* [Characteristics of some indicators of reproductive health of the female population of Ukraine]. *Wiadomości Lekarskie*, LXXI, 9, 1803-1808.
2. Hladuna, O.M. red. (2020). *Naselennya Ukrainy. Demohrafichni tendentsiyi v Ukraini u 2002-2019 rr.* [Population of Ukraine. Demographic trends in Ukraine in 2002-2019] (pp. 11-37). Kyiv.
3. Shchorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naselennya, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu ta rezul'taty diyal'nosti systemy okhorony zdorov'ya Ukrainy. 2017 rik (2018). [Annual report on the state of health of the population, the sanitary-epidemic situation and the results of the health care system of Ukraine. 2017 year]. Kyiv: MVTs «Medinform».
4. Dumans'ka, V.P. (2018). *Vnesok novitnikh reproduktyvnykh tekhnolohiy u narodzhuvanist' v Ukraini* [The contribution of the latest reproductive technologies to childbirth in Ukraine. Demography and social economy]. *Demography and social economy*, 2 (33), 82-93.
5. Palyha, I.YE. (2017). *Profilaktyka nevdaykh sprob zastosuvannya dopomizhnykh reproduktyvnykh tekhnolohiy* [Prevention of unsuccessful attempts to use assisted reproductive technologies]. *Women's health*, 3 (119), 110-112.
6. Hoyda, N.H., Bisyarin, O.YU. (2012). *Normatyvno-pravove rehulyuvannya diyal'nosti sluzhby planuvannya sim'yi ta zberezhennya reproduktyvnoho zdorov'ya* [Normative and legal regulations of the family planning service and preservation of reproductive health]. *Ukrainian medical journal*, 4 (90), VII/VIII. Retrieved from: <https://www.umj.com.ua/article/38690/normativno-pravove-regulyuvannya-diyalnosti-sluzhbi-planuvannya-sim-i-ta-zberezhennya-reproduktivnogo-zdorov-ya>

7. Pro zastosuvannya dopomizhnykh reproduktyvnykh tekhnolohiy ta zaminne materynstvo [About the use of assisted reproductive technologies and alternative motherhood]. № 6475-2 12.01.2022. Retrieved from: https://ips.ligazakon.net/document/view/ji06787a?an=3&ed=2022_01_12
8. Zalis'ka, O.M., Huz, V.S. (2011). Dopomizhni reproduktyvni tekhnolohiyi u sviti y Ukrayini ta yikhni farmakoeconomichni aspekty [Assisted reproductive technologies in the world in Ukraine and their pharmacoeconomic aspects]. Rational pharmacotherapy, 4(21), 35-37.

Summary

RELEVANCE OF THE USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN CURRENT CONDITIONS IN UKRAINE

L. A. Lytvynova ¹, N. V. Hrechyshkina ¹, L. I. Artemchuk ¹, O. B. Tonkovyd ², N. Y. Slutu ¹

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

The aim. To determine the relevance and analyze the problems of using assisted reproductive technologies against the background of assessing the state of reproductive health in modern conditions in Ukraine.

Materials and methods. The research materials were official statistical data from the reports of the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine «Health of the Female Population in Ukraine», «Health of the Male Population of Ukraine», «Information and Statistical Guide on Assisted Reproductive Technologies in Ukraine», «Gender Peculiarities in the provision of medical care in health care institutions» for 2015-2020.

Results. The dynamics of the demographic situation in Ukraine in recent years, the state of reproductive health of the population, and the use of assisted reproductive technologies (ART) were analyzed. It has been established that the depopulation of the population is a negative manifestation of the modern demographic crisis. Reproduction of the population largely depends on its reproductive potential, in the preservation of which ART plays a certain role. The medical, legal, and economic aspects of the use of ART, which become relevant during hostilities, the serious consequences of which can harm the fertility of the population, are clarified.

Conclusions. Against the background of the demographic crisis in Ukraine, which is characterized by a decrease in the birth rate and population depopulation, it is important to improve the reproductive health of the population, treat infertility, and help solve the problem of postponing the birth of children in wartime conditions. Improving the quality and accessibility of ART should become one of the priorities of the state's demographic policy.

Key words: population reproduction, birth rate, reproductive health, assisted reproductive technologies

ОБГРУНТУВАННЯ СКЛАДОВОЇ ОБ'ЄКТИВНОГО СТРУКТУРОВАНОГО ПРАКТИЧНОГО (КЛІНІЧНОГО) ІСПИТУ ВИПУСКНИКІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ «МЕДИЦИНА», «ПЕДІАТРІЯ» З ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Т. С. Грузєва¹, Л. В. Крячкова², Н. В. Гречишкіна¹, Г. В. Іншакова¹

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

² Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Мета дослідження. Обґрунтування компоненту «організація охорони здоров'я» об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту здобувачів освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст, ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» галузі знань «22 Охорона здоров'я».

Матеріали і методи. У роботі використано бібліосемантичний та аналітичний методи дослідження. Джерелами інформації слугували нормативно-правові акти, що регламентують вимоги до підготовки фахівців галузі охорони здоров'я, навчальні програми навчальної дисципліни «соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я», стратегічні документи ВООЗ.

Результати. Обґрунтовано змістове наповнення об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту здобувачів освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст, ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» галузі знань «22 Охорона здоров'я» за компонентом «організація охорони здоров'я». В основу обґрунтування покладено вимоги до магістрів медицини, викладені в Стандарті вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти, положення освітньо-професійних програм «Медицина» та «Педіатрія» НМУ імені О. О. Богомольця, Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (випуск 78 Охорона здоров'я) тощо. Завданням випускників при проходженні станції для підтвердження компетентностей з організації охорони здоров'я є демонстрація умінь обирати та заповнювати форми документів для обліку показників здоров'я населення і діяльності лікаря в різних ситуаціях. Окремі сценарії стосуються обрання і заповнення облікових документів при встановленні діагнозу раку або іншого злоякісного новоутворення, активного туберкульозу або його рецидиву, інфекційного захворювання, харчового, гострого професійного отруєння, незвичайної реакції на щеплення, констатації випадку та причин смерті з шифруванням діагнозів згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям, XI перегляду. Визначено алгоритм виконання завдань за кожним сценарієм, загальний формат станції, необхідні обладнання і витратні матеріали. Розроблено інструктивні матеріали для учасників процесу атестації, чек-листи для оцінювання.

Висновки. Обґрунтування компоненту «організація охорони здоров'я» об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту здобувачів освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст, ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» дозволить оцінити уміння заповнювати документи, необхідні лікарю для обліку показників здоров'я населення і його діяльності в різних ситуаціях, підтвердити готовність випускників до провадження професійної діяльності.

Ключові слова: компетентності, практичні навички, облікова документація, організація охорони здоров'я, об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспиту, медицина, педіатрія.

ВСТУП

Досягнення стратегічних цілей суспільного розвитку щодо здоров'я для всіх потребує міцних систем охорони здоров'я з належною ресурсною базою. На амбітних цілях щодо забезпечення усім рівним можливостей щодо досягнення високого рівня здоров'я і добробуту, дотримання здорового способу життя наголошено у Порядку денному у сфері сталого розвитку на період до 2030 року, схваленому на Саміті Організації Об'єднаних Націй зі сталого розвитку, у стратегічних документах ВООЗ та ЄРБ ВООЗ: «Здоров'я—2020: Основи Європейської політики в підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя» і «Здоров'я—2020: Основи політики і стратегія» [1–3].

Зміцнення систем охорони здоров'я передбачає внутрішні трансформаційні процеси з метою адекватного реагування на виклики та загрози, відповідності сучасним потребам, досягнення загального охоплення населення послугами охорони здоров'я, безперервного поліпшення якості послуг, посилення профілактичного вектору розвитку галузі тощо. В даному контексті необхідним є акцентування уваги на усіх функціях системи охорони здоров'я, у т.ч. на наданні послуг, фінансуванні, управлінні, генеруванні ресурсів, насамперед кадрових. З огляду на вказане, актуальним завданням сьогодення є кадрове забезпечення системи охорони здоров'я. Глобальна стратегія з кадрових ресурсів охорони здоров'я розглядає питання стійкості людських ресурсів медичної сфери в якості динамічного процесу, який повинен забезпечувати реалізацію політики підтримки кадрів галузі охорони здоров'я. При цьому національні пріоритети в охороні здоров'я, наявні ресурси, а також міжнародні зобов'язання країн мають лягти в основу планування та реалізації відповідних стратегій. Необхідним є врахування національного контексту, у т.ч. існуючого дефіциту кадрових ресурсів, міграції фахівців, їх старіння тощо [4]. Рамкова основа для дій «На шляху до забезпечення стійких кадрів охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ» визначає пріоритетні завдання відносно кадрової політики у сфері охорони здоров'я, зокрема, необхідність трансформації системи навчання та підвищення ефективності роботи кадрів; збалансованого підходу до планування та інвестицій; збільшення кадрового потенціалу; поліпшення механізмів моніторингу та оцінки [5].

Кадрові ресурси відіграють важливу роль у забезпеченні стійкості та ефективності систем охорони здоров'я. Їх достатня чисельність та належна підготовка створюють передумови для успішної діяльності щодо зміцнення, охорони і відновлення здоров'я. Фахівці охорони здоров'я, які озброєні глибокими знаннями та володіють потрібними компетентностями, дозволяють службам охорони здоров'я адекватно реагува-

ти на потреби населення і стають запорукою якості наданих послуг охорони здоров'я [6–7].

У документі ЄРБ ВООЗ «Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні» серед інших першорядних завдань акцентується увага на з'ясуванні пріоритетів та плануванні інвестицій, які стосуються працівників галузі охорони здоров'я, оскільки вони є необхідним елементом для реалізації стратегій та моделей надання послуг. Це потребує визначення типу і чисельності працівників охорони здоров'я, необхідних для досягнення бажаної моделі надання послуг, а також встановлення пріоритетів для підготовки, найму на роботу та утримання людських ресурсів для сфери охорони здоров'я [8].

Безумовно, усі складові кадрової політики охорони здоров'я є важливими, включаючи планування кадрових ресурсів, їх формування, розподіл та використання. При цьому вирішальне значення для забезпечення ефективності функціонування системи охорони здоров'я в цілому має підготовка майбутніх фахівців охорони здоров'я.

Оцінка цієї підготовки здійснюється у процесі державної атестації випускників закладів вищої освіти, яка передбачає перевірку рівня теоретичних знань та практичних навичок, сформованість загальних та фахових компетентностей. Відповідно до постанови Кабінету міністрів України від 2018 р. № 334 основною формою атестації здобувачів освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст, ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я» є єдиний державний кваліфікаційний іспит, який складається з інтегрованого тестового іспиту «КРОК»; об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту; міжнародного іспиту з основ медицини; іспиту з англійської мови професійного спрямування [9].

Обґрунтування програми об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту є важливим науково-практичним завданням, оскільки від його якості залежить об'єктивність оцінювань готовності випускників до здійснення ними їх професійної діяльності.

Метою дослідження є обґрунтування компоненту «організація охорони здоров'я» об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту здобувачів освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст, ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» галузі знань «22 Охорона здоров'я».

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У роботі використано бібліосемантичний та аналітичний методи дослідження. Джерелами інформації слугували нормативно-правові акти, що регламентують вимоги до підготовки фахівців га-

лузі охорони здоров'я, у т.ч. Закон України «Про вищу освіту», постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 334 «Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я», наказу МОЗ України від 19.02.2019 р. № 419 «Про затвердження Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів», наказу МОН України від 08.11.2021 р. № 1197 «Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти»; освітньо-професійні програми «Медицина» та «Педіатрія» НМУ імені О. О. Богомольця, Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (випуск 78 Охорона здоров'я); навчальні програми навчальних дисциплін «соціальна медицина, громадське здоров'я та економіка охорони здоров'я», «гігієна, екологія та організація охорони здоров'я», які викладаються в НМУ імені О. О. Богомольця, стратегічні документи ВООЗ, наукові публікації у фахових наукових виданнях.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Глобальна стратегія ВООЗ з кадрових ресурсів охорони здоров'я та рамкова основа для дій «На шляху до забезпечення стійких кадрів охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ» серед важливих завдань оптимізації кадрової політики охорони здоров'я виділили завдання удосконалення підготовки медичних кадрів. Це завдання охоплює широке коло складових підготовки кадрових ресурсів від створення освітніх програм і навчальних планів до їх реалізації та оцінки досягнутих результатів. Трансформаційні зміни в охороні здоров'я України висувають підвищені вимоги до якості освітнього процесу, усіх його етапів, включаючи атестацію випускників.

Згідно з законодавством, встановлення відповідності результатів навчання здобувачів вищої освіти вимогам освітньої програми та вимогам програми єдиного державного кваліфікаційного іспиту є важливою складовою атестації майбутніх фахівців охорони здоров'я, що закріплено у Законі України «Про вищу освіту», постанові Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 334 «Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит є важливим компонентом єдиного державного кваліфікаційного іспиту, який дозволяє оцінити готовність випускника до провадження професійної діяльності відповідно до вимог стандарту вищої освіти шляхом демонстрування практичних

компонентів професійної компетентності на реальному об'єкті або на моделі.

Відповідно до наказу МОЗ України від 19.02.2019 р. № 419 «Про затвердження Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів» організацію та проведення об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту забезпечують заклади вищої освіти [10]. Проведення контролю набуття випускниками закладів вищої освіти клінічної компетентності шляхом оцінки практичних та комунікативних навичок має здійснюватися з використанням станцій, на яких моделюються різноманітні види клінічної компетентності, кількість яких повинна становити 8-12. Станції для проведення об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту необхідно облаштувати як стандартизоване місце для короткочасної взаємодії студента з пацієнтом чи клінічною ситуацією для оцінки компетентностей випускника за стандартизованими сценаріями та протоколами в наближених до реальних умовах.

Однією зі станцій, передбачених при проведенні об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту для здобувачів освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст, ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» галузі знань «22 Охорона здоров'я, є станція «Гігієна, екологія, організація охорони здоров'я». Розробка паспорту цієї станції потребувала, крім формування гігієнічно-екологічного блоку, обґрунтування блоку з організації охорони здоров'я, зокрема екзаменаційних матеріалів, у тому числі переліків практичних умінь, навичок, ситуаційних задач тощо.

При обґрунтуванні компоненту «організація охорони здоров'я» об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту здобувачів освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст, ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» галузі знань «22 Охорона здоров'я», виходили з положень Стандарту вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти. В ньому зазначено, що фаховою компетентністю магістра медицини має бути здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм. У результатах навчання здобувачів вищої освіти в Стандарті передбачено вміння вести медичну документацію щодо пацієнта та контингенту населення на підставі нормативних документів [11]. Наказом МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117 затверджено Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників випуск 78 Охорона здоров'я. Кваліфікаційною характеристикою лікаря загальної практики – сімейного лікаря передбачено знання правил оформлення медичної

документації. Вказану фахову компетентність було обрано для перевірки при оцінюванні готовності випускника до провадження професійної діяльності відповідно до вимог стандарту вищої освіти. Необхідність ведення медичної документації майбутніми магістрами медицини та педіатрії визначено положеннями освітньо-професійних програм «Медицина» та «Педіатрія» Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Завданням випускників при проходженні станції для підтвердження компетентностей з організації охорони здоров'я є демонстрація умінь обирати та заповнювати форми документів, необхідних лікарю для обліку показників здоров'я населення і його діяльності в різних ситуаціях.

При розробці матеріалів іспиту було обрано декілька сценаріїв, які стосувалися обрання і заповнення необхідних облікових документів при встановленні діагнозу раку або іншого злоякісного новоутворення, активного туберкульозу або його рецидиву, інфекційного захворювання, харчового, гострого професійного отруєння, незвичайної реакції на щеплення, констатації випадку та причин смерті з шифруванням діагнозів згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям, XI перегляду. Ці клінічні ситуації були обрані, зважаючи на значущість даної патології для формування здоров'я населення, важливість правильного і вчасного заповнення облікових документів для вжиття протиепідемічних заходів, організації подальшого медичного обслуговування пацієнтів, моніторингу і оцінки здоров'я, медико-демографічних процесів тощо.

З метою забезпечення роботи станції «Гігієна, екологія, організація охорони здоров'я» для підтвердження компетентностей з організації охорони здоров'я в рамках проведення об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту було визначено загальний формат станції, необхідні обладнання і витратні матеріали. Для перевірки компетентностей майбутніх магістрів медицини та педіатрії щодо здатності до ведення медичної документації необхідним є забезпечення станції набором бланків облікових документів, у тому числі форм первинної облікової документації № 090/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення»; № 089/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву»; ф. № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення»; № 106/о «Лікарське свідоцтво про смерть».

Також створено інструктивні матеріали для учасників процесу атестації здобувачів вищої освіти, у тому

числі інструкція для викладача-спостерігача та інструкція для студента. Визначено алгоритм дій студента за кожним із сценаріїв.

Для оцінювання компетентностей майбутніх магістрів медицини та педіатрії щодо здатності до ведення медичної документації було розроблено контрольний лист студента (check-list), в якому представлено елементи виконання методики обрання необхідних документів для заповнення, правильності їх заповнення, шифрування діагнозу за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям, XI перегляду, з балами за кожен елемент. Визначено, що для успішного проходження станції випускник має набрати більше 60 % від максимально можливих.

Для підготовки студентів до проходження станції і успішного виконання завдань передбачено проведення консультацій для студентів, забезпечення їх методичними матеріалами, у тому числі відеоматеріалами тощо.

ВИСНОВКИ

Обґрунтування змістового наповнення компоненту «організація охорони здоров'я» об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту здобувачів освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст, ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» дозволить оцінити компетентності випускників щодо ведення облікової статистичної документації, необхідної лікарю для обліку показників здоров'я населення і його діяльності в різних практичних ситуаціях, підтвердити готовність магістрів до провадження професійної діяльності.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ В ДАНОМУ НАПРЯМКУ

З огляду на значущість проведення об'єктивної оцінки компетентностей здобувачів освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліст, ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» з питань організації охорони здоров'я в частині ведення облікової статистичної документації та враховуючи пріоритетний розвиток електронної охорони здоров'я, доцільним є проведення подальших наукових досліджень з питань удосконалення атестації здобувачів вищої медичної освіти, у тому числі об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту в умовах цифровізації охорони здоров'я.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
2. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2015. 216 p.
3. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO EURO, 2013. 182 p.
4. World Health Organization strategy (2022-2026) for the National Action Plan for Health Security. Geneva: WHO, 2022. 10 p.
5. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Papanicolas, Irene, Rajan, Dheepa, Karanikolos, Marina. et al. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 2022. 231 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352686>.
6. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 / DRAFT 1.0 submitted to the Executive Board (138th Session). Geneva: WHO, 2016. 38 p.
7. The toolkit for a sustainable health workforce in the WHO European Region. Copenhagen: WHO EURO, 2018. 82 p.
8. Priorities for Health System recovery in Ukraine. Copenhagen: WHO EURO, 2022. 22 p.
9. Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я»: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 334. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/334-2018-%D0%BF#Text>.
10. Про затвердження Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів: Наказ МОЗ України від 19.02.2019 р. № 419. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0279-19#Text>.
11. Про затвердження стандарту вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти: Наказ МОН України від 08.11.2021 р. № 1197. URL: https://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/85049/.

REFERENCES

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (2015). Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
2. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals (2015). Geneva: WHO, 216.
3. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century (2013). Copenhagen: WHO EURO, 182.
4. World Health Organization strategy (2022-2026) for the National Action Plan for Health Security (2022). Geneva: WHO, 10.
5. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Irene Papanicolas, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos et al. (2022). European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 231. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352686>.
6. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 / DRAFT 1.0 submitted to the Executive Board (138th Session) (2016). Geneva: WHO, 38.
7. The toolkit for a sustainable health workforce in the WHO European Region (2018). Copenhagen: WHO EURO, 82.
8. Priorities for Health System recovery in Ukraine (2022). Copenhagen: WHO EURO, 22.
9. Pro zatverdzhennia Poriadku zdiisnennia yedynoho derzhavnoho kvalifikatsiinoho ispytu dlia zdobuvachiv stupenia vyshchoi osvity mahistr za spetsialnostiamy haluzi znan «22 Okhorona zdorovia»: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 28.03.2018 r. № 334 [On approval of the Procedure for the implementation of a unified state qualification exam for applicants for a master's degree in higher education in the specialties of the field of knowledge «22 Health care»: Decree of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated March 28, 2018 No. 334]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/334-2018-%D0%BF#Text>.
10. Pro zatverdzhennia Poriadku, umov ta strokiv rozroblennia i provedennia yedynoho derzhavnoho kvalifikatsiinoho ispytu ta kryteriiv otsiniuvannia rezultativ: Nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ia Ukrainy vid 19.02.2019 r. № 419 [On approval of the Procedure, conditions and terms for the development and conduct of a unified state qualification exam and criteria for evaluating the results: Order of the Ministry of Health of Ukraine dated February 19, 2019 No. 419]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0279-19#Text>.

11. Pro zatverdzhennia standartu vyshchoi osvity zi spetsialnosti 222 Medytsyna dlia drugoho (mahisterskoho) rivnia vyshchoi osvity: Nakaz Ministerstva osvity i nauky Ukrainy vid 08.11.2021 r. № 1197 [On approval of the standard of higher

education in the specialty 222 Medicine for the second (master's) level of higher education: Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated November 08, 2021 No. 1197]. Available from: https://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/85049/.

Summary

SUBSTANTIATION OF THE «HEALTH CARE ORGANIZATION» COMPONENT OF THE OBJECTIVE STRUCTURED PRACTICAL (CLINICAL) EXAM OF MASTER'S DEGREE IN THE SPECIALTIES «MEDICINE» AND «PEDIATRICS» IN THE FIELD OF KNOWLEDGE «22 HEALTH CARE»

T. S. Gruzieva¹, L. V. Kriachkova², N. V. Hrechyshkina¹, H. V. Inshakova¹

¹ Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

² Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine

The aim. Substantiation of the «health care organization» component of the objective structured practical (clinical) exam of the educational-qualification level of specialist, master's degree in the specialties «Medicine» and «Pediatrics» in the field of knowledge «22 Health care».

Materials and methods. Bibiosemanitic and analytical research methods were used in the work. The sources of information were: legal acts regulating requirements for the training of health care specialists, educational programs of the educational discipline «social medicine, organization and economics of health care»; strategic documents of the WHO.

Results. The content of the objective structured practical (clinical) exam of the students of the educational-qualification level of a specialist, the master's degree in the specialties «Medicine» and «Pediatrics» in the field of knowledge «22 Health care» in the «health care organization» component was substantiated. The rationale is based on the requirements for master of medicine, set out in the Standard of Higher Education in the specialty 222 Medicine for the second (master's) level of higher education, the provisions of the educational-professional programs «Medicine» and «Pediatrics» of the Bogomolets National Medical University, Handbook of qualification characteristics of occupations (issue 78 «Health care»), etc. The task of graduates when passing the station to confirm competencies in the organization of health care is to demonstrate the ability to choose and fill out forms of documents to record the health indicators of the population and the doctor's activity in various situations. These scenarios relate to the selection and filling of accounting documents upon diagnosis of cancer or other malignant neoplasms, active tuberculosis or its recurrence, infectious disease, food poisoning, acute occupational poisoning, unusual reaction to vaccination, ascertainment of the case and causes of death with diagnostic coding according to the International statistical classification of diseases and related health problems, XI revision. The algorithm for performing tasks according to each scenario, the general format of the station, the necessary equipment, and the expendable materials have been determined. Also, a set of instructions for the participants of the certification process and checklists for evaluation have been developed.

Conclusions. The substantiation of the «health care organization» component of the objective structured practical (clinical) exam of the students of the educational-qualification level of a specialist, the degree of master's degree in the specialties of «Medicine» and «Pediatrics» will allow assessing the ability to fill out the documents necessary for a doctor for the accounting of health indicators of the population and his/her activities in various situations, to confirm the readiness of graduates to carry out professional activities.

Key words: competencies, practical skills, accounting documentation, health care organization, objective structured practical (clinical) exam, medicine, pediatrics.

АНАЛІЗ ПОВЕДІНКИ БАЛАНСОВИХ ЗНАЧЕНЬ ВИТРАТ, ЯКОСТІ ТА КОМФОРТУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПАЦІЄНТА

О. В. Клименюк, О. М. Очередько, В. П. Клименюк, А. А. Руденко

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Резюме

Вступ. Уміння пацієнтом оцінити якість та комфорт медичних послуг і їх спів розмірність платежам має вирішальне значення для оптимізації медичних сервісів, зокрема через можливість посилення моносонічної потужності колективного пацієнта як контраргумент монополістичній конкуренції виробника.

Мета дослідження. Оцінити стан надання хірургічних послуг пацієнткам з міомою матки та/або кіст яєчників в стаціонарах м. Вінниці за респонсивністю балансових значень витрат, якості, та комфорту медичних послуг в залежності від медичної освіти пацієнта.

Матеріали і методи. В основу аналітики, дизайну і програми дослідження покладена економетрична модель Д. Дранова і М. Саттертвайта, яка пов'язує балансові значень витрат, якості, та комфорту медичних послуг з індивідуалізованими еластичностями попиту. Модель емпірично специфікована для цілей дослідження в належну структурну форму. На цій теоретичній основі ми вивчили стан надання хірургічних послуг пацієнткам з міомою матки та/або кіст яєчників комбінованим (ретроспективне + проспективне) дослідженням основного масиву, а саме вивчено 150 медичних карт стаціонарних хворих гінекологічних відділень з трьох лікувально-діагностичних закладів м. Вінниці госпіталізованих протягом 6-ти років.

Результати. Здійснено аналіз поведінки балансових значень витрат, якості та комфорту медичних послуг в залежності від медичної освіти пацієнта.

Висновки. Гіпотеза щодо наявності респонсивності, а саме зменшення індивідуалізованої еластичності попиту за ціною, якістю та комфортом внаслідок недостатньої обізнаності пацієнта призводить до зменшення балансових значень витрат, якості і комфорту попередньо підтверджена. Недостатня достовірність ефектів на нашу думку пов'язана виключно з малою кількістю даних. Наявність правильно орієнтованих зміщень балансових значень вказує на конгруентну до ринкового середовища організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги по розглянутим нозологіям. Одночасно організація надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги по розглянутим нозологіям відповідає умовам оптимізації, на основі чого й було розроблено теоретичну модель та систему структурних залежностей, отже, є ринковою і рентабельною.

Ключові слова: організація медичної допомоги, ефективність медичної допомоги, балансова модель, еластичність попиту, міома матки, кіста яєчника.

ВСТУП

Уміння пацієнтом оцінити якість та комфорт медичних послуг і їх співрозмірність платежам має вирішальне значення для оптимізації медичних сервісів, зокрема через можливість посилення моносонічної

потужності колективного пацієнта як контраргумент монополістичній конкуренції виробника. В основу аналітики, дизайну і програми дослідження покладена економетрична модель Д. Дранова і М. Саттертвайта [1], яка пов'язує балансові значень витрат, якості та комфорту медичних послуг з індивідуалізо-

ваними еластичностями попиту[5]. Ми показали, що еластичності залежать від «медичної освіти» пацієнта. На цій теоретичній основі ми вивчили стан надання хірургічних послуг пацієнткам з міомою матки та/або кіст яєчників в стаціонарах м. Вінниці. Дані зібрано комбінованим (ретроспективне + проспективне) дослідженням основного масиву, а саме вивчено 150 медичних карт стаціонарних хворих гінекологічних відділень з трьох лікувально-діагностичних закладів м. Вінниці.

МЕТА

Оцінити стан надання хірургічних послуг пацієнткам з міомою матки та/або кіст яєчників в стаціонарах м. Вінниці за респонсивністю балансових значень витрат, якості, та комфорту медичних послуг в залежності від медичної освіти пацієнта.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

В основу аналітики, дизайну і програми дослідження покладена економетрична модель Д. Дранова і М. Саттертвайта, яка пов'язує балансові значень витрат, якості, та комфорту медичних послуг з індивідуалізованими еластичностями попиту. Модель емпірично специфікована для цілей дослідження в належну структурну форму. На цій теоретичній основі ми вивчили стан надання хірургічних послуг пацієнткам з міомою матки та/або кіст яєчників комбінованим (ретроспективне + проспективне) дослідженням основного масиву, а саме вивчено 150 медичних карт стаціонарних хворих гінекологічних відділень з трьох лікувально-діагностичних закладів м. Вінниці госпіталізованих протягом 6-ти років. Для визначення обсягу вибірки використано метод А. Сатора і У. Сарріс (Satorra & Sarris, 1985) [3] який спрощує визначення стандартизованого ефекту через матриці коваріацій, що описують підгонку даних за основної і нульової гіпотез замість функцій правдоподібностей. Оцінка параметрів структурних рівнянь та тестування гіпотез здійснені на основі бібліотек статистичної аналітичної системи R «lavaan», «nimble», «rstan».

ОСНОВНА ЧАСТИНА

Зв'язок між оптимальністю організації медичних послуг і респонсивністю

В основі проведеного аналізу лежить структурна модель Д. Дранова і М. Саттертвайта, яка пов'язує балансові значення ціни (p), якості послуг (q_l) і комфорту (cm) з еластичностями попиту за цими трьома атрибутами ($\eta_p^q, \eta_{q_l}^q, \eta_{cm}^q$) [1]. Ми оцінювали стан надання хірургічних послуг пацієнткам з міомою матки та/або кіст яєчників за респонсивністю балансових значень витрат, якості, та комфорту медичних

послуг в залежності від медичної освіти пацієнта (тожжно до інформаційному шуму). За відсутності належної інформації щодо цін η_p^q зменшується, те ж саме стосується двох інших атрибутів і відповідних еластичностей. Інформаційний шум діє як помилка виміру, яка знижує величину асоціації на коефіцієнт $1/\alpha$, де α дорівнює квадратному кореню з надійності вимірювання, α , див. Hunter, J. Schmidt, F. (2004) [4]. За моделлю Д. Дранова і М. Саттертвайта відсутності належної інформації щодо цін та наявності інформації щодо якості послуг, балансовий рівень якості q_l^* буде занадто високим. Те саме стосується комфорту пацієнта. Навпаки, недосконалість інформації щодо якості та комфорту за наявності повної інформації щодо цін може призвести до занижених балансових значень якості та комфорту. Адже, як виходить з системи рівнянь зменшення еластичностей попиту за якістю та комфортом $\eta_{q_l}^q, \eta_{cm}^q$ обумовлює падіння балансових значень q_l^* and cm^* нижче оптимальних [2]. Таким чином, якщо емпіричні дані відповідають висновкам моделі, система організації надання хірургічних послуг пацієнткам з міомою матки та/або кіст яєчників є респонсивною, тобто визначається ринком і є оптимальною щодо середовища, так як модель Д. Дранова і М. Саттертвайта розроблена за функціоналом оптимізації витрат до ефективності.

Емпірична специфікація моделі

Структурний фрейм моделі підтримується трьома латентними факторами: інформаційним шумом (F1), якістю лікарняних послуг (F2), їх комфортом (F3), Рис. 1. F1 має навантаження (корелює) з віком пацієнтки, тривалістю хвороби, перенесеними втручаннями, освітою, і зайнятістю (ефекти f11-f15). F2 має навантаження від тривалості перебування в стаціонарі, тривалості втручання, ускладнень внаслідок втручання та анестезії (ефекти f21-f23, f25). Ще одне навантаження (ефект f24) F2 отримує від досвіду та кваліфікації медичного персоналу, що являється допоміжним латентним фактором F з навантаженнями від посади лікаря, стажу, і категорії [6]. Латентний фактор F3 визначений навантаженнями від порушення режиму лікування, скарг з боку пацієнта, типом палати (спеціалізована, готельного типу, однокімнатна, двокімнатна), тривалості перебування в стаціонарі, тривалості втручання, ускладнень внаслідок втручання та анестезії (ефекти f31-f36). Крім змінних, що визначали латентні фактори, структура включала екзогенні змінні, такі як ціна/витрати, і план страхування. Витрати за теоретичною моделлю модифікують латентні фактори F2, F3 (ефекти b21, b31) і в свою чергу залежать від латентного фактору F1 (ефект b11). Зважаючи на досліджуваний процес витрати також залежать від плану страхування (ефект b=0.7). Латентний фактор досвідченості пацієнтки (F1) впливає за гіпотезою 2 на фактори F2 і F3 (ефекти z1, z2), тоді як латентні фактори F2 і F3 мають спільну варіацію (ефект cov).

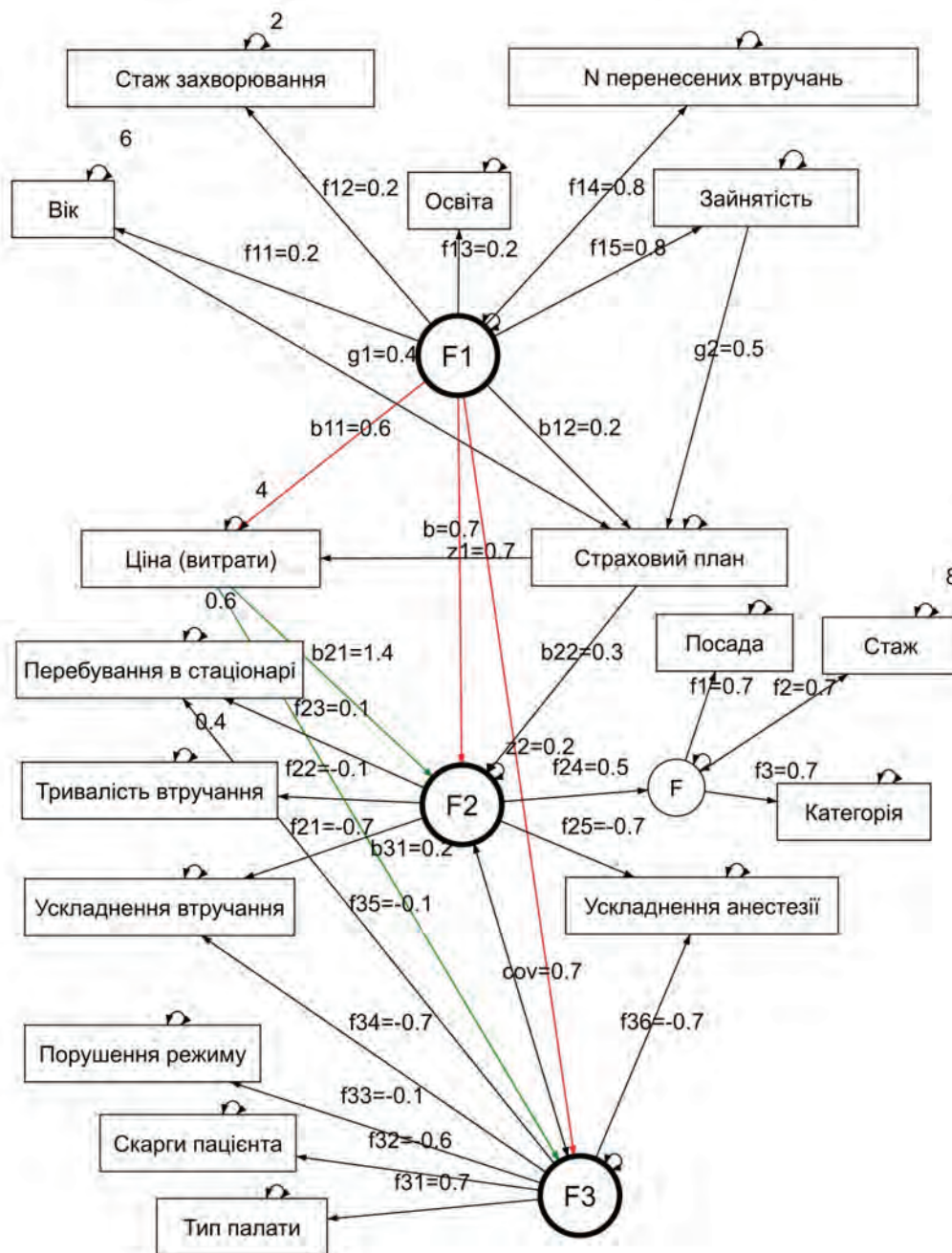


Рисунок 1. Структурна модель балансових значень вартості, якості та комфорту надання медичних послуг за Д. Драновим і М. Саттертвayтом з її емпіричною верифікацією та тестуванням впливу інформаційного шуму

Перш ніж перейти до аналізу поведінки балансових значень витрат, якості, та комфорту медичних послуг в залежності від інформаційного шуму розглянемо апостеріорні оцінки навантажень факторів змінними. Поряд з середніми значеннями навантажень і їх помилок m є можливість проаналізувати апостеріорні 95 % інтервали довіри, які набагато точніші, ніж отримані на основі параметричної статистики. Вони несиметричні відносно медіани і з масивнішими хвостами, що набагато краще описує вибіркові розподіли оцінок факторних навантажень.

З Таблиці 1 очевидно, що усі навантаження змінних на перший фактор позитивні і суттєві, довірчі інтервали виключають негативні значення, що доводить достовірність факторних навантажень. Зважаючи, що вищі значення змінних, що утворюють навантаження, свідчать про кращу обізнаність пацієнтки про своє захворювання, вищі значення фактору спів-направлені з кращою обізнаністю, що однозначно ідентифікує фактор. Краща обізнаність пацієнтки обґрунтовує збільшення індивідуальної еластичності попиту за витратами, якістю, та комфортом надання медичних послуг.

Таблиця 1

Апостеріорні оцінки навантажень на перший фактор (обізнаність пацієнтки)

Навантаження	Середнє	m	0,05	Медіана	0,95
Вік	0,274	0,243	0,005	0,161	0,604
Стаж захворювання	0,294	0,253	0,007	0,254	0,720
Освіта	0,307	0,145	0,042	0,302	0,529
Зайнятість	0,089	0,016	0,011	0,084	0,212

Апостеріорні оцінки навантажень на другий фактор (складність і якість медичної допомоги) наведені в Таблиці 2. Усі навантаження позитивні і суттєві, довірчі інтервали виключають негативні значення, що

доводить достовірність факторних навантажень. Зважаючи на позитивність навантажень вищі значення фактору при свідчать про більшу складність і якість втручання.

Таблиця 2

Апостеріорні оцінки навантажень на другий фактор (складність і якість медичної допомоги)

Навантаження	Середнє	m	0,05	Медіана	0,95
Тривалість перебування в стаціонарі	0,123	0,017	0,007	0,111	0,285
Основний діагноз	1,668	0,288	1,057	1,758	2,239
Ускладнення основного діагнозу	0,837	0,327	0,158	0,758	1,591
Тип оперативного втручання	1,063	0,052	0,708	1,072	1,448
Вид оперативного втручання	2,037	0,286	1,437	2,064	2,635
Тривалість оперативного втручання*	1,001	0,002	0,985	1,002	1,014
Експертна оцінка якості	0,064	0,006	0,012	0,056	0,141
Наявність супутніх захворювань	0,389	0,049	0,242	0,398	0,527

Дані Таблиці 3 свідчать, що усі навантаження змінних на третій фактор позитивні і суттєві, довірчі інтервали виключають негативні значення, що доводить достовірність факторних навантажень. Вищі значення змінних, що утворюють навантаження, свідчать про важкість патології та більшу інтенсивність медич-

ної допомоги, що супроводжується меншим комфортом. Якірними вжиті навантаження змінних «скарги з боку пацієнтки» і «дискомфорт палати», зафіксовані як +1. Такі навантаження свідчать, вищі значення фактору спів-направлені з більшим дискомфортом надання медичної допомоги як це сприймається пацієнтом.

Таблиця 3

Апостеріорні оцінки навантажень на третій фактор (важкість патології та більша інтенсивність медичної допомоги)

Навантаження	Середнє	m	0,05	Медіана	0,95
Тривалість перебування в стаціонарі	0,950	0,030	0,758	0,966	1,127
Основний діагноз	1,682	0,387	0,892	1,820	2,361
Ускладнення основного діагнозу	0,712	0,356	0,098	0,623	1,489
Тип оперативного втручання	1,506	0,121	1,122	1,508	1,928
Вид оперативного втручання	2,212	0,387	1,492	2,264	2,921
Тривалість оперативного втручання	1,341	0,062	1,167	1,344	1,505
Кількість місць в палаті	0,996	0,003	0,984	0,995	1,013
Скарги з боку пацієнтки	1,000	0,004	0,981	1,002	1,013
Наявність супутніх захворювань	0,348	0,048	0,140	0,332	0,587

Тестування гіпотези

За основною гіпотезою зменшення індивідуалізованої еластичності попиту за ціною, якістю та комфортом внаслідок недостатньої обізнаності пацієнта призводить до зменшення балансових значень витрат, якості і комфорту.

Для тестування гіпотези перш за все розглянемо розподіл значень трьох латентних факторів за пацієнтами (Рис. 2.).

Як видно з діаграми, фактори F1 і F2 позитивно корелюють, тобто у осіб із вищими значеннями фактора F1 спостерігаються і вищі значення фактора F2. Тоді як обернена залежність очевидна для факторів F1 і F3. А саме, у осіб із вищими значеннями фактора F1 спостерігаються нижчі значення фактора F3. Відповідно обернена залежність очевидна і для факторів F2 і F3. Дійсно, у осіб із вищими значеннями фактора F2 спостерігаються нижчі значення фактора F3.

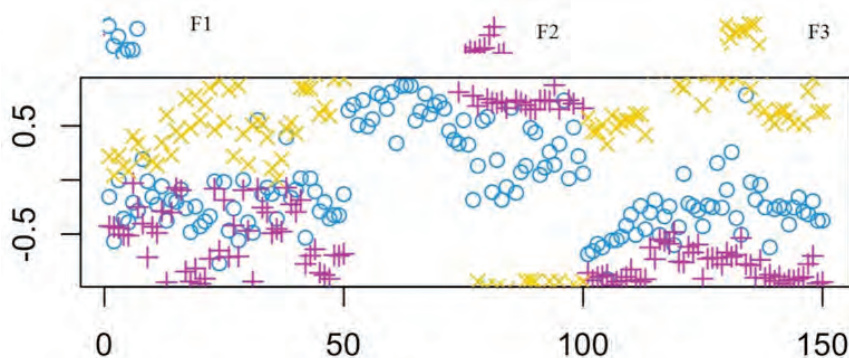


Рисунок 2. Розподіл значень трьох латентних факторів (F1, F2, F3) за пацієнтами

Для кількісного тестування гіпотези апостеріорні оцінки коефіцієнтів кореляції між балансними значеннями факторів обізнаності, якості та дискомфорту надання медичних послуг наведені в Таблиці 4.

Таблиця 4

Апостеріорні оцінки коефіцієнтів кореляції між балансними значеннями факторів обізнаності, якості та дискомфорту надання медичних послуг

Коефіцієнти кореляції	Середнє	m	0,05	Медіана	0,95
F_cor[1,1]	1,000	0,000	1,000	1,000	1,000
F_cor[1,2]	0,283	0,357	-0,314	0,269	0,817
F_cor[1,3]	-0,289	0,601	-0,985	-0,266	0,561
F_cor[2,1]	0,283	0,357	-0,314	0,169	0,817
F_cor[2,2]	1,000	0,000	1,000	1,000	1,000
F_cor[2,3]	-0,920	0,034	-0,960	-0,937	-0,845
F_cor[3,1]	-0,289	0,601	-0,985	-0,266	0,561
F_cor[3,2]	-0,920	0,034	-0,960	-0,937	-0,845
F_cor[3,3]	1,000	0,000	1,000	1,000	1,000

Кореляційний зв'язок між балансними значеннями фактора обізнаності та фактором якості надання медичних послуг (F_cor[1,2]) позитивний як по середній оцінці (0,283), так і по медіані (0,269), проте довірчий інтервал надто широкий і включає від'ємні значення (-0,314; 0,817), що означає відсутність достовірного зв'язку.

Аналогічно кореляційний зв'язок між балансними значеннями фактора обізнаності та фактором дискомфорту надання медичних послуг (F_cor[1,3]) негативний як по середній оцінці (-0,289), так і по медіані (-0,262), проте довірчий інтервал надто широкий і включає позитивні значення (-0,985; 0,561), що означає відсутність достовірного зв'язку між обізнаністю та дискомфортом.

Лише кореляційний зв'язок між балансними значеннями фактора якості та фактором дискомфорту надання медичних послуг (F_cor[2,3]) негативний як по середній оцінці (-0,920), так і по медіані (-0,937) з довірчим інтервалом, що виключає позитивні значення (-0,960; -0,845), що означає присут-

ність достовірного оберненого зв'язку між якістю та дискомфортом.

Таким чином, хоч графічне зображення розподілів факторів за пацієнтами, і параметри локалізації за середніми оцінками і медіанами коефіцієнтів кореляції і свідчать про правильність гіпотези 2, зібраних даних виявилось недостатньо для набуття статистичної значимості ефектів.

Таким чином, відсутність достовірності ефектів на нашу думку виключно пояснюються малим розміром вибірки. Підтвердженням є оцінки ad-hoc потужності, яка свідчить про необхідний розмір вибірки 600 для тестування ефекту обізнаності на балансні значення якості медичної допомоги і 1000 для тестування ефекту обізнаності на балансні значення дискомфорту медичної допомоги на рівні потужності 80 % і помилки першого роду 5 %.

Тому можна визначити наш результат як попереднє тестування на недостатній вибірці. З цієї точки зору вважаємо, що гіпотеза підтверджена попередньо за напрямками коефіцієнтів кореляції. Слід також

відмітити, що сила зв'язку між фактором обізнаності та факторами якості і дискомфорту знаходиться на границі середнього і слабого зв'язку, що відповідає економетричним оцінкам еластичності і семі-еластичності попиту на медичні послуги за вагомими факторами.

Важливо те, що організація надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги по розглянутим нозологіям відповідає умовам оптимізації, на основі чого й було розроблено теоретичну модель та систему структурних залежностей, отже, є ринковою і рентабельною.

Емпірично знайдені залежності мають велике практичне значення. Зокрема, для розуміння поведінки страховика, розуміння поведінки клієнта, об'єднання їх інтересів з інтересами виробника медичних послуг для досягнення оптимального еквілібриуму значень вартості, якості та комфорту послуг. Цільовою аудиторією є саме пацієнти, так як саме вони вирішують і участь у страхуванні, і види страхових полісів, і організовують зворотній зв'язок, сприяючи певним формам обслуговування через безпосередню участь і відгуки чи стримуючи їх. Підтвердження напрямків залежностей, описаних гіпотезою, розкриває інструменти впливу на громаду через інформованість і медичну грамотність, що змінює еластичності попиту і, отже, змінює еквілібриум значень вартості, якості та комфорту медичних сервісів.

Отримані залежності знаходяться у повній відповідності з іншим теоретичним конспектом, а саме теорією економічної поведінки лікаря стаціонару як раціонального агента, запропонованою канадськими економетристами Д. Ічевіном і Б. Фортіном (Damien Échevin, Bernard Fortin, 2011), яка передбачає одно-направлені зміни балансових значень якості і комфорту медичної допомоги, а також середньої тривалості перебування у стаціонарі з перерозподілом клінічних і пара-клінічних годин. Ця концепція повністю узгоджується з отриманими нами закономірностями, і дозволяє ширше інтерпретувати отримані результати.

Отже, краща обізнаність пацієнта дійсно підвищує еластичність попиту на медичні послуги за ціною, якістю, і комфортом. Відповідно пацієнтка краще орієнтується в пропонованих програмах страхування чи вирішує про форми оплати з кишені. Уже існування різних програм по оплаті медичних послуг стверджує факт обізнаності. Медичні заклади необхідно конкурують за програми, в кінцевому шляху за пацієнта і лікар поставлений в умови «показувати результат», тобто працювати на якість за збереження ресурсів лікарні від чого залежить його утилітна крива, тобто задоволеність роботою, зокрема матеріальна. На нашу думку нам вдалося знайти підтвердження здорового

конкурентного середовища як виробника медичних послуг, так і страховика хай хоч по обмеженому переліку нозологій, контингентів, виробників, страховиків, та послуг. В невеликій мірі це конкурентне середовище залежить і від обізнаності пацієнта, який уже робить свідомий вибір щодо виду оплати і конкретного виробника.

ВИСНОВКИ

Гіпотеза щодо наявності респонсивності, а саме зменшення індивідуалізованої еластичності попиту за ціною, якістю та комфортом внаслідок недостатньої обізнаності пацієнта призводить до зменшення балансових значень витрат, якості і комфорту попередньо підтверджена

Недостатня достовірність ефектів на нашу думку пов'язана виключно з малою кількістю даних.

Наявність правильно орієнтованих зміщень балансових значень вказує на конгруентну до ринкового середовища організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги по розглянутим нозологіям.

Одночасно організація надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги по розглянутим нозологіям відповідає умовам оптимізації, на основі чого й було розроблено теоретичну модель та систему структурних залежностей, отже, є ринковою і рентабельною.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ В ДАНОМУ НАПРЯМКУ

Головною на нашу думку перспективою є збільшення доказовості через проведення post-hoc мета-аналізу із залученням нових регіонів з однонаправленими ефектами. Це по-перше, дасть змогу зменшити довірчі інтервали оцінок ефектів, а по-друге, визначити характеристики медико-соціального, економічного і демографічного середовища, які сприяють респонсивності.

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ФІНАНСУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Робота виконана в рамках наукових досліджень Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова «Маркетингові та фармакоекономічні дослідження лікарських засобів та схем лікування в Україні», № державної реєстрації – 0116U005801.

ЛІТЕРАТУРА

1. Dranove D., Satterthwaite M. Monopolistic Competition when Price and Quality are Imperfectly Observable. *The RAND Journal of Economics*. 1992. № 4 (23). P. 518-534.
2. Du H., Zhang Z., & Yuan K.-H. Power analysis for t-test with non-normal data and unequal variances. *Springer Proceedings in Mathematics & Statistics*. 2016. № 1 (1). P. 373-380.
3. Satorra A., Saris W. E. Power of the likelihood ratio test in covariance structure analysis. *Psychometrika*. 1985. № 50 (1). P. 83-90.
4. Schmidt F.L., Hunter J. E. General Mental Ability in the World of Work Occupational Attainment and Job Performance. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004. № 86. P. 162-173.
5. Yaremena I. V., Ocheredko O. M. The influence of competition on quality of hospital treatment from physician behavior perspective (theoretical model verification with case presentation from Vinnitsa, Ukraine). *Science Rise: Medical Science*. 2017. № 2 (10). P. 25-31.
6. Yaremena I. V., Ocheredko O. M. Physician behavior in hospital in competitive environment. Fourth international conference on Biology and Medical Sciences. 2015. P. 204-209.

REFERENCES

1. Dranove, D., Satterthwaite, M. (1992). Monopolistic Competition when Price and Quality are Imperfectly Observable. *The RAND Journal of Economics*, 4 (23), 518-534.
2. Du, H., Zhang, Z., & Yuan, K.-H. (2016). Power analysis for t-test with non-normal data and unequal variances. *Springer Proceedings in Mathematics & Statistics*, 1 (1), 373-380.
3. Satorra, A., Saris, W. E. (1985). Power of the likelihood ratio test in covariance structure analysis. *Psychometrika*, 50 (1), 83-90.
4. Schmidt, F. L., Hunter, J. E. (2004). General Mental Ability in the World of Work Occupational Attainment and Job Performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 162-173.
5. Yaremena, I. V., Ocheredko, O. M. (2017). The influence of competition on quality of hospital treatment from physician behavior perspective (theoretical model verification with case presentation from Vinnitsa, Ukraine). *Science Rise: Medical Science*, 2 (10), 25-31.
6. Yaremena, I. V., Ocheredko, O. M. (2015). Physician behavior in hospital in competitive environment. Fourth international conference on Biology and Medical Sciences, 1, 204-209.

Summary

ANALYSIS OF THE BEHAVIOR OF BALANCE VALUES OF COSTS, QUALITY AND COMFORT OF MEDICAL SERVICES DEPENDING ON THE PATIENT'S MEDICAL EDUCATION

O. V. Klymenyuk, O. M. Ocheredko, V. P. Klymenyuk, A. A. Rudenko

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsia, Ukraine.

The aim. To evaluate the state of surgical services for patients with uterine fibroids and/or ovarian cysts in hospitals in Vinnitsia by the correspondence of the balance values of costs, quality, and comfort of medical services depending on the patient's medical education.

Materials and methods. The analysis, design, and program of the study are based on the econometric model of D. Dranov and M. Satterthwaite, which relates the balance values of costs, quality, and comfort of health care services to individualized elasticities of demand. The model is empirically specified for the purposes of the study in a proper structural form. On this theoretical basis, we studied the state of the provision of surgical services to patients with uterine fibroids and/or ovarian cysts by a combined (retrospective + prospective) study of the main array, namely, 150 medical records of inpatients of gynecological departments from three medical diagnostic institutions of Vinnitsia hospitalized over a six-year period.

Results. The behavior of the balance values of costs, quality, and comfort of medical services depending on the patient's medical education was analyzed.

Conclusions. The hypothesis of the existence of responsiveness, namely, a decrease in the individualized elasticity of demand for price, quality, and comfort due to lack of patient awareness leads to a reduction in the balance values of costs, quality, and comfort, has been previously confirmed. In our opinion, the insufficient reliability of the effects is due solely to the small amount of data. The presence of properly oriented shifts in balance sheet values indicates the organization of inpatient obstetric and gynecological care for the nosologies under consideration that is congruent with the market environment. At the same time, the organization of inpatient obstetric and gynecological care for the considered nosologies meets the conditions of optimization, on the basis of which a theoretical model and a system of structural dependencies were developed, and therefore, they offer marketable and cost-effective solutions.

Key words: organization of medical care, efficiency of medical care, balance model, elasticity of demand, uterine fibroids, ovarian cyst.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЗАЛУЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО СПІЛЬНОГО УХВАЛЕННЯ РІШЕНЬ ТА ПАРТНЕРСЬКОЇ УЧАСТІ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Г. З. Мороз^{1, 2}, І. А. Голованова³, С. А. Бичкова¹, О. О. Дзізінська²

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

³Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Резюме

Мета: провести аналіз і узагальнення наукових публікацій щодо залучення пацієнтів до спільного ухвалення рішень та партнерської участі в процесі лікування.

Матеріали і методи. Проведено аналіз та узагальнення наукових публікацій щодо запровадження стратегії спільного ухвалення рішень та залучення пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я, перебігу захворювань та участі в процесі лікування. Використовувались методи: системний підхід, бібліосемантичний, аналітичний.

Результати. В сучасних умовах партнерська участь пацієнтів в процесі лікування стала обов'язковою ланкою розвитку пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги і рекомендована ВООЗ. Необхідною складовою цього процесу є впровадження стратегії спільного ухвалення рішень лікарем і пацієнтом. Організаційні підходи щодо впровадження стратегії спільного ухвалення рішень в клінічну практику удосконалюються і узагальнюються, зокрема, в 2021 р. експертами NICE (Велика Британія) опубліковано настанову NG197 «Спільне ухвалення рішень». Одним із найважливіших факторів впровадження методу спільного ухвалення рішень у клінічну практику є навчання медичних працівників щодо удосконалення комунікаційних навичок та емпатії, залучення пацієнта до самостійного контролю захворювання, тощо. ВООЗ приділяє значну увагу залученню пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я та результатів лікування, як складової партнерської участі пацієнтів в організації медичної допомоги. Доведено, що програми самоконтролю зменшують кількість незапланованих госпіталізацій хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та бронхіальну астму, серцеву недостатність тощо. Запропоновано широкий спектр підходів щодо підтримки залучення пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я та партнерської участі в процесі лікування, зокрема, інформаційні листівки, онлайн-підтримка рівних, індивідуальні консультації, групові навчальні заняття, коучинг по телефону, технології для моніторингу симптомів і втручання щодо зміни психологічної поведінки.

Висновки. Впровадження пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги потребує залучення пацієнтів до процесу лікування, як партнерів, що передбачає участь у спільному ухваленні рішень лікарем і пацієнтом та самоконтроль стану здоров'я. Важливе значення має покращення комунікативних навичок лікарів та навчання пацієнтів щодо участі в спільному ухваленні рішень та самоконтролі.

Ключові слова: пацієнт-орієнтована медична допомога, спільне ухвалення рішень, навчання пацієнтів, самоконтроль, професійна освіта лікарів

ВСТУП

Підвищення ефективності лікування пацієнтів з хронічними мультиморбідними станами належить до пріоритетних напрямків розвитку медичної допомоги на сучасному етапі [1, 2, 3]. Вирішення цього стратегічного питання безпосередньо пов'язано з запровадженням пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги та залученням пацієнтів до участі в процесі спільного ухвалення рішень щодо обсягу допомоги та їх виконання, до самоогляду та самоконтролю стану здоров'я (self-management) [2, 4, 5]. Участь пацієнта в процесі медичної допомоги спрямована на покращання результатів медичного втручання, покращання якості медичної допомоги та зменшення витрат системи охорони здоров'я [4, 6]. У відповідності до рамкової стратегії ВООЗ [4], пацієнти мають стати не лише учасниками процесу надання медичної допомоги, а й активними партнерами у справі поліпшення показників здоров'я та підвищення рівня благополуччя. Важливе значення має отримання пацієнтами навичок та знань, які потрібні для того, щоб стати партнерами в галузі охорони здоров'я та бути готовими взяти відповідальність за прийняті рішення та їх виконання. Ще один аспект — сприяння певним моделям поведінки, які забезпечують збереження здоров'я, профілактику захворювань та залучення пацієнтів до здорового способу життя [4, 7]. Запровадження цих підходів потребує відповідних змін щодо удосконалення організації надання медичної допомоги, навчання медичного персоналу та пацієнтів [4]. Тому важливим є узагальнення сучасних наукових досліджень щодо запровадження партнерської участі пацієнтів в процесі лікування та самоконтролю стану здоров'я, зокрема, практичним аспектам проблеми.

Мета: провести аналіз і узагальнення наукових публікацій щодо залучення пацієнтів до спільного ухвалення рішень та партнерської участі в процесі лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено аналіз та узагальнення наукових публікацій щодо запровадження стратегії спільного ухвалення рішень та залучення пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я, перебігу захворювань та участі в процесі лікування. Використовувались методи: системний підхід, бібліосемантичний, аналітичний.

РЕЗУЛЬТАТИ І ОБГОВОРЕННЯ

Залучення пацієнтів до участі в процесі лікування розглядається, як важливий аспект ще з часів зародження медицини. Гіппократу належить афоризм: «І успіх, і неуспіх у лікуванні хвороби потрібно покладати як на участь лікаря, так і на участь пацієнта». В сучасних умовах партнерська участь пацієнтів

в процесі лікування стала обов'язковою складовою розвитку пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги і регламентована ВООЗ [4, 7]. В англomовній науковій літературі участь пацієнта в процесі медичної допомоги, зазвичай, визначається терміном «self-management» — самоуправління (самоконтроль). Самоуправління розглядається як «практична діяльність, яку пацієнти ініціюють і виконують для підтримки життя, здоров'я та благополуччя», а також «розвиток навичок, необхідних для розробки, впровадження, оцінки та перегляду індивідуального плану для зміни способу життя» [5]. Самоконтроль з боку пацієнта включає низку навичок, якими людина повинна володіти, щоб взяти на себе відповідальність за своє здоров'я. Lorig KR, Holman H [8] визначили три завдання самоуправління: медичний менеджмент, емоційний менеджмент і рольовий менеджмент. Згідно з цією моделлю, самоуправління передбачає розвиток наступних навичок: ухвалення рішень, планування дій, розвиток партнерства між пацієнтом і постачальником медичних послуг, самоконтроль, використання ресурсів і вирішення проблем [8].

В сучасних умовах розвиток self-management має тісний зв'язок із впровадженням стратегії спільного ухвалення рішень (SDM — shared decision-making). Ця стратегія розробляється з кінця XX сторіччя і передбачає залучення пацієнта до процесу лікування як партнера, а не тільки одержувача медичної допомоги. Суть цього процесу полягає в тому, аби пацієнт визначився з тим, які з запропонованих лікарем заходів медичної допомоги він готовий виконувати задля отримання певних конкретних результатів щодо зменшення проявів симптомів захворювання, зниження ризику ускладнень і госпіталізації, смерті тощо. Процес спільного ухвалення рішень умовно розподіляють на складові — надання пацієнтові інформації щодо захворювання та доступних заходів медичної допомоги, обговорення пріоритетів пацієнта щодо важливих для нього наслідків медичного втручання, узгодження плану заходів медичної допомоги (або — інформування пацієнта, відповіді на запитання пацієнта, інтеграція уподобань пацієнта в процес ухвалення рішень) [9]. Використання підходу спільного ухвалення рішень особливо актуальне у випадках, коли існують альтернативні варіанти лікування, які мають різні та невизначені наслідки, а також у випадку мультиморбідності, коли призначення заходів медичної допомоги, відповідно до клінічних настанов, можуть бути обмежені. Інтерес наукової спільноти до запровадження підходу спільного ухвалення рішень зростає. В 2021 р. експертами Національного інституту охорони здоров'я та удосконалення медичної допомоги (National Institute for Health and Care Excellence — NICE), Велика Британія, опубліковано настанову NG197 «Спільне ухвалення рішень» [10]. Настанова містить рекомендації щодо організаційних підходів впровадження стратегії

спільного ухвалення рішень в управлінні охороною здоров'я та клінічну практику, техніки подання інформації про можливі ризики, переваги та наслідки для пацієнтів [10]. Розділ настанови «Практична реалізація спільного ухвалення рішень» містить покрокову інструкцію щодо організації процесу спільного ухвалення рішень. Зокрема, наголошується, що перед обговоренням необхідно запропонувати пацієнту доступ до ресурсів в зручному для нього форматі (наприклад буклет, листівка або мобільний додаток), щоб допомогти підготуватися до обговорення варіантів та ухвалення спільних рішень. Це має спонукати пацієнтів замислитися про: що є для них важливим; на що вони сподіваються протягом обговорення; які запитання вони хотіли би поставити? Важливо пропонувати додаткову підтримку людям, яким складно брати участь в ухваленні рішень. Підтримка може бути з боку родини, друзів, опікунів, або медичної сестри, соціального працівника тощо, які зможуть: допомогти зрозуміти можливості, які надаються; спонукати людину до активної участі в ухваленні рішень; запевнити, що спільне ухвалення рішень буде підтримано лікуючим лікарем [10]. Під час обговорення діагностичних, лікувальних або інші медичних послуг необхідно пояснити медичні цілі кожного з варіантів та обговорити, яким чином вони співпадають з метою, пріоритетом та більш загальними цілями людини; відкрито обговорити ризики, переваги та наслідки кожного варіанту, впевнитися, що людина знає про можливість відмови від лікування або продовження нині ухваленого плану дій; уточнити, що пацієнт сподівається отримати від лікування чи втручання, та обговорити будь-які невідповідності; виділити достатньо часу для відповіді на запитання та запитати людину, чи не бажає вона ще раз обговорити можливі варіанти дій. Наприкінці обговорення важливо чітко визначити, які рішення було ухвалено, для забезпечення порозуміння між пацієнтом та лікуючим лікарем відносно того, що було узгоджено, що відбуватиметься далі, в які терміни, а також коли буде здійснено перегляд ухвалених рішень. Пояснити людині, що за бажанням вона може переглянути своє рішення раніше запланованої дати і може змінити свою думку про ухвалені рішення в будь-який час [10]. В цілому, залучення пацієнтів до вибору підходів щодо лікування в сучасних умовах набуває все більшого розповсюдження і регламентується клінічними настановами. Зокрема, Європейські рекомендації щодо профілактики серцево-судинних захворювань 2021 р. [7] підтримують спільне ухвалення рішень пацієнтом та його лікарем на основі індивідуальних особливостей пацієнта. Рекомендовано проведення оцінки ризику серцево-судинних захворювань не тільки у здорових людей, але й у літніх людей, а також у пацієнтів із встановленим серцево-судинним захворюванням або цукровим діабетом, що дає інформацію про бажане індивідуальне втручання на індивідуальному рівні [7].

Сучасні наукові дослідження визначили проблемні аспекти впровадження методу спільного ухвалення рішень. З одного боку, спільне ухвалення рішень вимагає зміни ставлення пацієнтів щодо своєї ролі в ухваленні та виконанні рішень, з іншого боку, потребує від медичних працівників адаптувати свою роль, комунікативні навички та ставлення до пацієнтів [11, 12, 13].

Одним із найважливіших факторів впровадження методу спільного ухвалення рішень у клінічну практику є навчання медичних працівників [15, 15, 4]. За останнє десятиліття кількість навчальних програм щодо спільного ухвалення рішень стрімко зросла в усьому світі [16]. Більшість із цих програм розроблені в Сполучених Штатах та Європі та все більше спрямовані на широке коло професіоналів і запровадження пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги. Результати опитування лікарів, інтернів, пацієнтів, проведені у Великій Британії засвідчили важливу роль неформального навчання та рольових моделей, а також важливість рефлексивної практики [15]. Сучасні наукові дослідження обґрунтовують доцільність впровадження як очних короткотривалих тренінгів та майстер-класів, так і дистанційної форми навчання для оптимізації підготовки лікарів [16]. Важливе значення має удосконалення комунікативних навичок та емпатії [17]. Роль лікаря змінилась і для цього потрібні певні навички, зокрема, щодо технології проведення мотиваційного інтерв'ю – залучення пацієнта до самостійного контролю захворювання, тощо. В 2020 році в Україні в межах Програми ООН із відновлення та розбудови миру за фінансової підтримки Європейського Союзу підготовлено підручник «Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід» [18], який доступний в мережі Інтернет, що дає можливість вільного доступу та широкого використання. У посібнику викладено сучасне бачення комунікативної культури як однієї зі складових пацієнт-орієнтованої моделі організації медичної допомоги. Наведено базові морально-етичні норми та правила, що сприяють налагодженню конструктивного діалогу між та лікарями та пацієнтом, що є важливим чинником ефективності лікування. Авторами узагальнено сучасні моделі консультування з покроковою технологією виконання професійних завдань [18]. Для підвищення якості медичної допомоги зусилля мають бути направлені на розуміння того, що спосіб надання медичної допомоги не менш важливий, ніж сама медичної допомоги. Якщо медична допомога надається з емпатією та співчуттям пацієнт більш охоче розповість про симптоми свого захворювання та свої сподівання, що дозволить лікарю більш адекватно оцінити стан пацієнта та провести діагностику. Крім того, це позитивно впливає на відчуття задоволеності пацієнта щодо наданої медичної допомоги та взаємовідносини між

лікарем та пацієнтом. При відсутності таких відносин це може призвести до того, що пацієнт не отримує необхідної медичної допомоги [19].

Щодо участі пацієнтів, при проведенні досліджень встановлено, що не всі компоненти процесу спільного ухвалення рішень однозначно ними сприймаються. Пацієнти переважно бажають отримувати інформацію, впливати на процес медичної допомоги, однак не бажають брати відповідальність за ухвалення рішення [20, 21]. Ще один аспект, який потрібно враховувати — неоднорідність пацієнтів щодо спроможності прийняти партнерський підхід та залучитись до процесу ухвалення спільного рішення. Частина пацієнтів надають перевагу пасивній участі в процесі лікування — переважно це пацієнти старшого віку або з низьким рівнем освіти. Ці пацієнти відчують себе більш впевнено за умови, коли лікар визначає обсяг заходів медичної допомоги і несе за це відповідальність [20, 21]. Варто враховувати, що за результатами опитування пацієнти визначають, що головним мотиваційним фактором щодо участі у процесі спільного ухвалення рішень є заохочення з боку постачальників медичних послуг [20]. Тому медичним працівникам необхідно більш активно залучати пацієнтів до спільного ухвалення рішень, використовувати рекомендовані моделі медичного консультування [20].

В сучасних умовах підвищення ефективності залучення пацієнтів та партнерської участі в процесі лікування та самоконтролю стану здоров'я розглядається ВООЗ як стратегічне завдання [4, 22, 23]. Згідно з визначенням ВООЗ, залучення пацієнтів означає ступінь активної участі людей щодо турботи про власне здоров'я та формування навичок самопомоги [22]. Термін «пацієнт» використовується ВООЗ в більш широкому значенні — як особа, яка має право на цілісну підтримку для зміцнення здоров'я, попередження захворювань, управління станом здоров'я та покращення здоров'я.

Стратегія щодо залучення пацієнтів до партнерської участі у процесі медичної допомоги, запропонована ВООЗ, передбачає [23]:

- підтримку самоконтролю пацієнта;
- підтримку спільного ухвалення рішень пацієнтом;
- використання підтримки пацієнта «рівний-рівному»;
- підтримку сімей пацієнтів та опікунів.

Самостійний контроль свого стану або самопомога визначаються ВООЗ як знання, навички та впевненість у своїх здібностях контролювати стан свого здоров'я, надавати собі допомогу при певних захворюваннях або відновлюватися після перенесеної недуги [22]. Грамотність у питаннях здоров'я визначається як досягнення певного рівня знань, особистісних навичок та впевненості у собі для того, щоб здійснювати дії щодо підвищення рівня особистого

здоров'я шляхом зміни свого способу життя та життєвих умов [22]. Цей процес безпосередньо пов'язаний з навчанням пацієнтів та підвищенням їх поінформованості. Запропоновано широкий спектр підходів щодо підтримки залучення пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я та партнерської участі в процесі лікування. Зокрема, інформаційні листівки, онлайн-підтримка рівних, індивідуальні консультації, групові навчальні заняття, коучинг по телефону, технології для моніторингу симптомів і втручання щодо зміни психологічної поведінки. Доведено, що стратегії, які включають активне встановлення цілей і планування заходів зі зміни поведінки і самоконтролю стану здоров'я, які спільно ухвалюються пацієнтами і медичними фахівцями, частіше призводять до позитивних результатів [22].

Підтримка самоконтролю заохочує пацієнтів [22]:

- дізнатися більше про свій стан і отримати доступ до відповідної інформації та освіти;
- спільно розробляти персоналізовані цілі та плани з підходом, орієнтованим на результат щодо свого здоров'я та організацію охорони здоров'я;
- краще працювати у партнерстві з медичними працівниками, соціальними працівниками, опікунами;
- вивчати нові навички та інструменти, які допоможуть їм керувати своїм здоров'ям;
- піклуватися про своє здоров'я, активізуватися, діяти.

Дослідження свідчать, що підтримка пацієнтів у тому, щоб вони піклувалися про себе, може мати вплив на поведінку людей, якість життя, клінічні симптоми та використання ресурсів охорони здоров'я. Доведено, що програми самоконтролю зменшують кількість незапланованих госпіталізацій хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та бронхіальну астму, серцеву недостатність тощо [22, 24]. Зважаючи на високий рівень доказовості щодо доцільності залучення хворих з серцевою недостатністю до самоконтролю і самопомоги (ІА), в Європейській рекомендації щодо діагностики та лікування гострої та хронічної серцевої недостатності (2021 р.) було внесено підрозділ «Навчання пацієнтів, рекомендації щодо самопомоги та способу життя» [24]. Пацієнти вперше були залучені до робочої групи розробників рекомендацій. Самопомога, в контексті хворих на серцеву недостатність, передбачає три ключові аспекти [24]:

- самостійна підтримка (прийом призначених ліків, фізична активність, дотримання здорового харчування тощо);
- самостійний моніторинг стану (регулярне зважування тощо);
- відповідна реакція хворого на симптоми і зміни, що потребують корекції медикаментозної терапії (наприклад, зміна дози діуретика при виникненні симптомів тощо).

Залучення пацієнтів з хронічними захворюваннями до самопомоги активно обговорюється і на наукових конгресах. В 2021 році на конгресі ESCEO на засіданні секції «Мультидисциплінарний пацієнт-орієнтований підхід до лікування остеоартриту» були представлені доповіді щодо практичних аспектів залучення пацієнтів до процесу самопомоги з використанням стратегії консультування і стратегії співпраці [25]. Залучення пацієнта було визначено, як провідний чинник щодо втілення наукових доказів у клінічну практику. Зважаючи на це, соціальна підтримка й освіта пацієнтів розглядаються як вирішальні фактори в сприянні довготривалої прихильності до лікування хворих на остеоартрит [25].

Підтримка відповідно до моделі «рівний – рівному» – ще один підхід, який рекомендовано ВООЗ для залучення пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я та партнерської участі в процесі лікування [4, 22, 23]. Ця модель соціальної підтримки відрізняється від інших тим, що джерелом підтримки є людина, яка має схожі проблеми зі здоров'ям з тим, кому вона допомагає. Людям легше спілкуватися з іншими людьми, які схожі на них самих за якимось характеристиками, наприклад такими як хвороба чи інвалідність. «Рівна» людина спроможна надати допомогу чи підтримати тому, що в неї є відповідний досвід і вона розуміє, що переживає людина в схожих обставинах. Позитивні відносини і спілкування рівних забезпечують емоційну підтримку, інформаційну підтримку (поради, наставництво, зворотній зв'язок), допомагають пристосуватись до обставин і зменшують дію стресу, пов'язаного зі станом здоров'я. З іншого боку «теорія помічника» обґрунтовує важливі переваги для тих, хто підтримує інших «на рівних»: формується відчуття компетенції як результат впливу на життя іншої людини; розвивається почуття рівності через відносини дарування та прийняття підтримки; помічник здобуває нові знання, які допомагають йому самому. Ефективність використання цього підходу підтверджена при проведенні численних досліджень і метааналізів [26, 27, 28, 29], але є певні обмеження щодо визначення інформативних показників [26]. Визначено позитивний вплив використання підтримки «рівний – рівному» на контроль рівня глікованого гемоглобіну у хворих на цукровий діабет [29], на рівень артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію [28]. Результати дослідження, проведеного Kew KM та співав. [30] щодо використання консультування «рівний-рівному» про програмі Triple A, яка навчає старших учасників консультувати та розширювати можливості своїх однопілітків з Австралії, Йорданії та США щодо контролю бронхіальної астми та попередження куріння, показали позитивний результат, хоча цей висновок не був статистично значущим. В звичайній практиці застосовують три форми підтримки рівних: один-на-один, група та онлайн. Не існує доказів щодо переваг

використання окремих форм, зокрема у хворих з онкологічними захворюваннями [27].

ВООЗ розглядає підтримку сімей пацієнтів та опікунів як один з підходів для залучення пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я [4, 22, 23]. Підтримувати сім'ю пацієнтів і осіб, які здійснюють догляд, означає допомагати членам сім'ї та опікунам отримувати необхідні знання, навички та дії для догляду за собою та хворими. Це важливий аспект, позаяк приблизно 80 % людей, які потребують тривалого догляду, отримують його від подружжя, родичів і друзів.

Розширення можливостей щодо запровадження партнерської участі пацієнтів в процес лікування та самоконтроль стану здоров'я в сучасних умовах безпосередньо пов'язано з використанням електронних технологій: портали для пацієнтів, електронна реєстратура, електронна пошта, текстові повідомлення та програми для мобільних телефонів [4, 22]. Портал для пацієнта – зручний спосіб комунікації лікувально-діагностичної установи з пацієнтом – дає можливість записатись на прийом до лікаря, отримати доступ для перегляду інформації про здоров'я, проводити обмін інформацією про здоров'я з медичними працівниками, що сприяє залученню пацієнта до процесу медичної допомоги. В сучасних умовах запровадження електронних засобів зв'язку, інтернету збільшує можливості співпраці лікаря та пацієнта, зокрема, щодо самоконтролю стану здоров'я. Прикладом таких партнерських відносин між лікарем і пацієнтом може бути електронна передача результатів самостійного вимірювання артеріального тиску (домашній телемоніторинг артеріального тиску), який використовується в багатьох країнах. Проведені дослідження свідчать про сприятливий вплив використання цифрових технологій на контроль артеріального тиску і, загалом, на зниження ризику серцево-судинних захворювань [31]. Кількість досліджень щодо використання телемедицини для залучення пацієнтів до самоконтролю перебігу захворювань зростає [32, 33] і цей процес ще більше активізувався в умовах пандемії COVID-19 [34]. Застосування телемедицини в Україні регламентується Наказом МОЗ України від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [35].

Таким чином, ефективне залучення пацієнтів до спільного ухвалення рішення та участі в процесі лікування потребує подальшого удосконалення підходів та використання сучасних технологій, які довели свою ефективність.

ВИСНОВКИ

Запровадження пацієнт-орієнтованої моделі організації медичної допомоги, у відповідності до реко-

мендацій ВООЗ, передбачає використання стратегії спільного ухвалення рішень лікарем і пацієнтом та партнерську участь пацієнта щодо їх виконання.

Організаційні підходи щодо впровадження стратегії спільного ухвалення рішень в управління охороною здоров'я та клінічну практику удосконалюються і узагальнюються, зокрема, в 2021 р. експертами NICE (Велика Британія) опубліковано настанову NG197 «Спільне ухвалення рішень».

Партнерська участь пацієнтів, самоконтроль стану здоров'я та результатів лікування на сучасному етапі розглядається як обов'язкова складова успішної медичної практики і потребує підтримки з боку медичних працівників.

Запровадження стратегії спільного ухвалення рішень лікарем і пацієнтом та залучення пацієнтів

до самоконтролю перебігу захворювання потребує підготовки лікарів щодо покращення комунікативних навичок та навчання пацієнтів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Перспективним напрямом наукових досліджень є розробка медико-організаційних підходів, спрямованих на запровадження принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, оптимізацію залучення пацієнтів до процесу лікування, підвищення їх поінформованості та відповідальності за стан здоров'я.

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS) Health Policy. 2018. 122(1). P. 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>
2. Advancing multimorbidity management in primary care: a narrative review / Aramrat C et al. Prim Health Care Res Dev. 2022. 23. e36. DOI: 10.1017/S1463423622000238.
3. Current approaches to medical care optimization for patients with multimorbidity/ Diachuk D. D., Hidzyska I. M., Moroz G. Z., Tkachuk I. M. Медичні перспективи. 2020. 25 (4). С. 4-11. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221220>
4. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. 2016. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf
5. Characteristics of self-management among patients with complex health needs: a thematic analysis review / Gobeil-Lavoie A-P, Chouinard M-C, Danish A., Hudon C. BMJ Open. 2019. 9. e028344. DOI:10.1136/bmjopen-2018-028344
6. Personalized Strategies to Activate and Empower Patients in Health Care and Reduce Health Disparities / Chen J., Mullins C. D., Novak P., Thomas S. B. Health Educ Behav. 2016. 43(1). P. 25-34. <https://doi.org/10.1177/1090198115579415>
7. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). European Heart Journal. 2021. 42(34). P. 3227-3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
8. Lorig KR, Holman H Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003. 26. P. 1-7. DOI:10.1207/S15324796ABM2601_01
9. Bouniols N, Leclère B, Moret L. Evaluating the quality of shared decision making during the patient-carer encounter: a systematic review of tools. BMC Res Notes. 2016. 9. 382. <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-016-2164-6>
10. National Institute for Health and Care Excellence. Shared decision making. NICE guideline [NG197]. 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>
11. Gulbrandsen P. Shared decision making: improving doctor-patient communication. BMJ. 2020. 368: m97. DOI: 10.1136/bmj.m97.
12. Beach M. C., Sugarman J. Realizing shared decision-making in practice. JAMA. 2019. 322(9). P. 811-812. DOI: 10.1001/jama.2019.9797.
13. Shared decision making implementation: a case study analysis to increase uptake in New South Wales / Dimopoulos-Bick T. et al. Aust Health Rev. 2019. 43(5). P. 492-499. <https://doi.org/10.1071/AH18138>
14. Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients / Kienlin S., Nytrøen K., Stacey D., Kasper J. J Eval Clin Pract. 2020. 26(2) P. 610-621. DOI: 10.1111/jep.13380.

15. Training health professionals in shared decision making: update of an international environmental scan / Diouf Nt et al. *Patient Educ. Couns.* 2016. 99 P. 1753-1758. DOI: 10.1016/j.pec.2016.06.008.
16. Oeriemans A. J. M., Knippenberg M. L., Olthuis G. J. Learning shared decision-making in clinical practice. *Patient Education and Counseling.* 2021. 104 (5). P. 1206-1212.
17. Ласиця Т. С., Мороз Г. З., Гідзинська І. М. Запровадження безперервної професійної освіти лікарів з питань лікування хворих на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією. *Клінічна та профілактична медицина.* 2022. 1(19). С. 4.-10. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(19\).2022.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(19).2022.01)
18. Guidi C., Traversa C. Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. *Med. Health Care and Philos.* 2021. 24, P. 573-585. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10033-4>
19. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід. 2020. 72 с. <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/library/recovery-and-peacebuilding/communication-culture-in-healthcare.html>
20. Socioeconomic, racial and ethnic differences in patient experience of clinician empathy: Results of a systematic review and meta-analysis / Roberts BW et al. *PLoS One.* 2021. 16(3). e0247259. DOI: 10.1371/journal.pone.0247259
21. Mah, H. C., Muthupalaniappen L., Chong. W. Perceived involvement and preferences in shared decision-making among patients with hypertension. *Family Practice.* 2016. 33 (3). P. 296-301. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw012>.
22. Kuipers S. J., Nieboer A. P., Cramm J. M. Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Family Practice.* 2020. 21. 71. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01144-7>
23. Ferrer L. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/290443/Engaging-patients-carers-communities-provision-coordinated-integrated-health-services.pdf
24. The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview 2016. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/317377/FFA-IHS-service-delivery-overview.pdf
25. 2021 Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal.* 2021. 42(36). P. 3599-3726, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
26. Мультидисциплінарний пацієнт-орієнтований підхід до лікування остеоартриту: новини з ESCEO. *Здоров'я України 21 сторіччя.* 2021. 22 (515). С. 20-21. <https://health-ua.com/article/68600-multidisciplinarnij-pacientorntovaniy-pdhd-dolukuvannya-osteoartritu-novini->
27. Peer support for people with chronic conditions: a systematic review of reviews / Thompson, D. M., Booth, L., Moore, D. Mathers J. *BMC Health Serv Res.* 2022. 22. 427. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07816-7>
28. Walshe C, Roberts D. Peer support for people with advanced cancer: a systematically constructed scoping review of quantitative and qualitative evidence. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2018. 12. P. 308-322. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000370.
29. Effectiveness of peer led intervention in improvement of clinical outcomes among diabetes mellitus and hypertension patients – a systematic review and meta-analysis / Krishnamoorthy Y, Sakthivel M, Sarveswaran G, Eliyas SK. *Prim Care Diabetes.* 2019. 13. P. 158-169. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2018.11.007>.
30. Kew KM, Carr R, Crossingham I. Lay-led and peer support interventions for adolescents with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017. 4. CD012331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012331.pub2>.
31. Contribution of telemedicine and information technology to hypertension control / Pellegrini, D., Torlasco, C., Ochoa, J. E., Parati, G. *Hypertens Res.* 2020. 43(7). P. 621-628. DOI: 10.1038/s41440-020-0422-4.
32. Telemedicine in the management of rheumatoid arthritis: maintaining disease control with less health-care utilization. / Müskens WD et al. *Rheumatol Adv Pract.* 2021. 7. 5(1). rkaa079. DOI: 10.1093/rap/rkaa079.
33. Monaghesh E., Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence *BMC Public Health.* 2020. 20 (1). 1193. DOI: 10.1186/s12889-020-09301-4
34. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 19.10.2015 № 681 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>

REFERENCES

1. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS) (2018) *HealthPolicy*, 122(1), 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>
2. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015-2020: walking the talk on people centredness (2015) https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/282963/65wd13e_HealthSystemStrengthening_150494.pdf
3. Diachuk D. D., Hidzyska I. M., Moroz G. Z., & Tkachuk I. M. (2020) Current approaches to medical care optimization for patients with multimorbidity. *Medicini Perspektivi (Medical Perspectives)*, 25(4), 4-11. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221220>
4. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. (2016) https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf
5. Gobeil-Lavoie A-P, Chouinard M-C, Danish A., & Hudon C. Characteristics of self-management among patients with complex health needs: a thematic analysis review *BMJ Open* 2019;9: e028344. doi:10.1136/bmjopen-2018-028344
6. Chen, J., Mullins, C. D., Novak, P., & Thomas, S. B. (2016). Personalized strategies to activate and empower patients in health care and reduce health disparities. *Health Education & Behavior*, 43(1), 25-34. <https://doi.org/10.1177/1090198115579415>
7. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC)(2021). *European Heart Journal*, 42(34), 3227-3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
8. Lorig KR, & Holman H (2003) Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, 26, 1-7. DOI:10.1207/S15324796ABM2601_01
9. Bouniols N, Leclère B, & Moret L.(2016) Evaluating the quality of shared decision making during the patient-carer encounter: a systematic review of tools. *BMC Res Notes*, 9, 382. <https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-016-2164-6>
10. National Institute for Health and Care Excellence (2021) Shared decision making. NICE guideline [NG197]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>
11. Gulbrandsen P. (2020) Shared decision making: improving doctor-patient communication. *BMJ*, 368, m97. DOI: 10.1136/bmj.m97.
12. Beach M. C., & Sugarman J. (2019) Realizing shared decision-making in practice. *JAMA*, 322(9), 811-812. DOI: 10.1001/jama.2019.9797.
13. Dimopoulos-Bick T, Osten R, Shipway C, Trevena L, & Hoffmann T. (2019) Shared decision making implementation: a case study analysis to increase uptake in New South Wales. *Aust Health Rev*, 43(5), 492-9. <https://doi.org/10.1071/AH18138>.
14. Kienlin S, Nytrøen K, Stacey D, & Kasper J. (2020) Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. *J Eval Clin Pract*, 26(2), 610-621. DOI: 10.1111/jep.13380.
15. Diouf, Nt, Menear, M., Robitaille, H., Painchaud Guerard, G., & Legare, F. (2016) Training health professionals in shared decision making: update of an international environmental scan. *Patient Educ. Couns.*, 99, 1753-1758. DOI: 10.1016/j.pec.2016.06.008.
16. Oeriemans, A.J.M., Knippenberg, M.L., & Olthuis, G.J. (2021) Learning shared decision-making in clinical practice. *Patient Education and Counseling*, 104 (5), 1206-1212.
17. Lasytsia, T.S., Moroz, G.Z., & Hidzyska, I.M.(2022). Zaprovadzhennia bezperervnoi profesiinoi osvity likariv z pytan likuvannia khvorykh na ishemichnu khvorobu sertsia z komorbidnoiu patolohieiu [Introduction of continuous professional education of doctors in the treatment of patients with coronary heart disease with comorbid pathology] *Klinichna ta profilaktychna medytsyna* 1(19), 4-10. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(19\).2022.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(19).2022.01)
18. Guidi, C., & Traversa, C. (2021) Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. *Med Health Care and Philos*, 24, 573-585. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10033-4>
19. Praktyky komunikatyvnoi kultury v medychnomu zakladi. Patsient-tsentrovanyi pidkhid [Practices of communicative culture in a medical institution. A patient-centered approach] (2020). 72. <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/library/recovery-and-peacebuilding/communication-culture-in-healthcare.html>
20. Roberts, BW, Puri, NK, Trzeciak, CJ, Mazzarelli, AJ, & Trzeciak, S. (2021) Socioeconomic, racial and ethnic differences in patient experience of clinician empathy: Results of a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(3), e0247259. DOI: 10.1371/journal.pone.0247259
21. Mah, H.C., Muthupalaniappen, L., & Chong.W.(2016) Perceived involvement and preferences in shared decision-making among patients with hypertension. *Family Practice*, 33 (3), 296-30. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw012>.

22. Kuipers, S.J., Nieboer, A.P., & Cramm, J.M. (2020). Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Family Practice*, 21, 71. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01144-7>
23. Ferrer, L. (2015). Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/290443/Engaging-patients-carers-communities-provision-coordinated-integrated-health-services.pdf
24. The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview (2016). https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/317377/FFA-IHS-service-delivery-overview.pdf
25. 2021 Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC (2021). *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
26. Multydystsyplinaryni patsiient-orientovanyi pidkhd do likuvannia osteoartrytu: novyny z ESCEO [A multidisciplinary patient-centered approach to osteoarthritis management: news from ESCEO] (2021). *Zdorovia Ukrainy 21 storichchia*, 22 (515), 20-21. <https://health-ua.com/article/68600-multidisciplinarnij-patcnrtorntovaniy-pdhd-do-likuvannya-osteoartritu-novini>
27. Thompson, D.M., Booth, L., Moore, D., & Mathers J. (2022). Peer support for people with chronic conditions: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*, 22, 427. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07816-7>
28. Walshe C, & Roberts D (2018). Peer support for people with advanced cancer: a systematically constructed scoping review of quantitative and qualitative evidence. *Curr Opin Support Palliat Care*, 12, 308-22. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000370.
29. Krishnamoorthy, Y, Sakthivel, M, Sarveswaran, G, Eliyas, SK. (2019). Effectiveness of peer led intervention in improvement of clinical outcomes among diabetes mellitus and hypertension patients-a systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes*, 13, 158-69. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2018.11.007>.
30. Kew KM, Carr R, & Crossingham I. (2017) Lay-led and peer support interventions for adolescents with asthma. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD012331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012331.pub2>.
31. Pellegrini, D., Torlasco, C., Ochoa, J. E., & Parati, G. (2020). Contribution of telemedicine and information technology to hypertension control. *Hypertens Res*, 43(7), 621-628. doi: 10.1038/s41440-020-0422-4.
32. Müskens WD, Rongen-van Dartel SAA, Vogel C, Huis A, Adang EMM & van Riel PLCM (2021). Telemedicine in the management of rheumatoid arthritis: maintaining disease control with less health-care utilization. *Rheumatol Adv Pract.*, 7, 5(1), rkaa079. doi: 10.1093/rap/rkaa079.
33. Monaghesh E. & Hajizadeh A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence *BMC Public Health*, 20, 1193. doi: 10.1186/s12889-020-09301-4
34. Nakaz MOZ Ukrainy vid 19.10.2015 № 681 «Pro zatverdzhennia normatyvnykh dokumentiv shchodo zastosuvannia telemedytsyny u sferi okhorony zdorovia» [On the approval of regulatory documents regarding the use of telemedicine in the field of health care] <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>

Summary

CURRENT ASPECTS OF ENGAGING PATIENTS TO SHARED DECISION-MAKING AND PARTNER PARTICIPATION IN THE TREATMENT PROCESS (REVIEW)

G. Z. Moroz^{1,2}, I. A. Holovanova³, S. A. Bychkova¹, O. O. Dzyzinska²

¹Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

²State Institution of Sciences «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

³Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

The aim of the research: to conduct an analysis and generalization of scientific publications on the engaging patients to shared decision-making and partner participation in the treatment process.

Materials and methods. The analysis and generalization of scientific publications on the implementation of shared decision-making strategy and the engaging of patients to self-management and participation in the treatment process were carried out. Methods were used: systematic approach, bibliosemantic, analytical.

Results. In modern conditions, partner participation of patients in the treatment process has become a mandatory component of the development of a patient-centered model of medical care and is recommended by the WHO. A necessary component of this process is the implementation of shared decision-making strategy by the doctor and the patient. Organizational approaches to the implementation of the shared decision-making strategy in clinical practice are being improved and generalized, in particular, in 2021 NICE (Great Britain) experts published guideline NG197 «Shared decision-making». One of the most important factors of the shared decision-making strategy implementation in clinical practice is the training of medical staff on improving communication skills and empathy, engaging the patient to independent control of the disease, etc. WHO pays considerable attention to the engaging of patients self-management of health status and treatment results, as a component of patient partnership in the organization of medical care. It has been proven that self-management programs reduce the number of unplanned hospitalizations of patients with chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma, heart failure, etc. A wide range of approaches have been proposed to support patient engagement in self-management and partnership in treatment, including information leaflets, online peer support, individual counselling, group educational sessions, telephone coaching, symptom monitoring technologies and change interventions psychological behavior.

Conclusions: The implementation of a patient-centered model of medical care requires engaging patients in the treatment process as partners, which involves joint decision-making by the doctor and patient and self-management. It is essential to improve the communication skills of physicians and educate patients about participating in shared decision-making and self-management.

Key words: patient-centered care, shared decision-making, patient's education, self-management, education of doctors

ТЕМАТИЧНА ПАЛІТРА ПИТАНЬ ПОЛІТИКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Т. С. Грузєва, Г. В. Іншакова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета. Обґрунтування тематичного контенту з питань політики громадського здоров'я у ході підготовки магістрів громадського здоров'я.

Матеріали і методи. З використанням аналітичного, бібліосемантичного методів проаналізовано нормативно-правову базу з питань охорони здоров'я та громадського здоров'я, визначено контент навчальної дисципліни «Політика та етика в громадському здоров'ї. Міжсекторальні стратегії».

Результати. Для оволодіння необхідними знаннями з питань політики громадського здоров'я, досягнення компетентностей щодо здатності аналізувати та визначати пріоритети і проводити оцінку потреб сфери громадського здоров'я, розробляти варіанти стратегій, політик та визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, та оцінювати їх ефективність обґрунтовано та розроблено програму навчальної дисципліни «Політика та етика в громадському здоров'ї. Міжсекторальні стратегії». Вона включає низку тем, які охоплюють питання теоретичних засад політики охорони здоров'я; формування політики в громадському здоров'ї; еволюції політики у сфері громадського здоров'я; стратегії «Здоров'я у всіх політиках»; політики у сфері громадського здоров'я для досягнення цілей сталого розвитку; сучасних інструментів політики у сфері громадського здоров'я; пріоритетів у сфері громадського здоров'я; етики у громадському здоров'ї; міжсекторальних стратегій у громадському здоров'ї; політики у сфері громадського здоров'я України. Програмою передбачено проведення 10 лекційних та 10 практичних занять з використанням різних методів навчання, у т.ч. лекцій-бесід, дискусій, доповідей здобувачів, моделювання проблемних ситуацій, вирішення ситуаційних та практичних завдань, індивідуальних творчих пошукових та аналітичних робіт.

Висновок. Висвітлення різних аспектів формування та реалізації політики у сфері громадського здоров'я, у т.ч. із застосуванням міжсекторальних стратегій, дозволить досягти програмних результатів навчання щодо формування у майбутніх магістрів громадського здоров'я необхідних загальних та фахових компетентностей для успішної професійної діяльності.

ПІДХОДИ ДО ОБҐРУНТУВАННЯ ІНТЕГРОВАНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО ПІДДАЮТЬСЯ АМБУЛАТОРНОМУ ЛІКУВАННЮ

В. М. Лехан, Л. О. Гриценко

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Мета дослідження. Обґрунтувати інтегровану модель надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) хворим із захворюваннями, що піддаються амбулаторному лікуванню (ЗПАЛ).

Матеріали і методи. Вивчено компоненти доступності та інтегрованості медичної допомоги, що потребують зміцнення для зменшення госпіталізації при ЗПАЛ, проведено аналіз безперервності медичної допомоги при цих станах і впливу відносин між надавачами ПМСД та їх власниками і замовником медичних послуг. Використано методи експертних оцінок, соціологічний, концептуального моделювання.

Результати та обговорення. Експертно встановлено, що доступність ПМСД та її інтегрованість пов'язані між собою та істотно впливають на запобігання госпіталізацій при ЗПАЛ. Узагальнення матеріалів каскадного аналізу свідчить про виражену фрагментарність медичної допомоги хворим з амбулаторно чутливими станами. Стосунки між надавачами ПМСД, їх власниками та замовниками послуг не забезпечують ефективності допомоги при ЗПАЛ. Концептуально обґрунтована інтегрована модель надання ПМСД хворим із ЗПАЛ, провідне місце в якій відводиться сукупності заходів, що забезпечують пов'язаність етапів медичної допомоги на рівні ПМСД та діадичний зв'язок із вторинним рівнем медичної допомоги. Складовими моделі є також набір організаційних дій по забезпеченню прихильності пацієнтів із ЗПАЛ, зміцнення структури ПМСД, в тому числі й через поліпшення взаємодії з власниками закладів та замовником медичних послуг, удосконалення електронної медичної інформаційної системи.

Висновки. Запровадження інтегрованої моделі надання ПМСД може потенційно зменшити рівень госпіталізацій дорослих хворих із ЗПАЛ за оцінками лікарів та експертів на 28,2-32,9 % відповідно.

ПРОГНОСТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ РОБОТИ ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

В. М. Михальчук, Я. І. Августинів

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета. Вивчити прогностичну ефективність удосконаленої моделі центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Матеріали і методи. Використано метод експертних оцінок. В опитуванні взяли участь 30 осіб: 25 фахівців з медичною освітою (стаж роботи у медичній галузі $27,1 \pm 2,70$ р., з них 14 науковців та 11 лікарів загальної практики-сімейної медицини) та 5 пацієнтів ЦПМСД. Оцінка удосконаленої моделі ЦПМСД здійснювалася за 10-ти бальною шкалою (від 0 – «несуттєво» до 10 – «дуже важливо»). Визначали середню арифметичну величину оцінок у балах (М), середньо-квадратичне відхилення (σ) та коефіцієнт варіації (CV).

Результати та обговорення. Загальна оцінка удосконаленої моделі ЦПМСД становила $9,2 \pm 0,22$; $\sigma = 0,87$; CV = 9,48 %. Найвищий бал отримали складові удосконаленої моделі щодо організації роботи пункту невідкладної медичної допомоги ($9,83 \pm 0,27$; $\sigma = 0,45$; CV = 4,61 %) та запровадження активної взаємодії ЦПМСД з органами місцевого самоврядування ($9,33 \pm 0,23$; $\sigma = 0,98$; CV = 10,05 %). Застосування у діяльності ЦПМСД сучасних адміністративних, економічних методів управління оцінено на $(8,80 \pm 0,1)$, $\sigma = 1,05$; CV = 10,08 %; запровадження механізму створення структурованих угод для регулювання відносин ЦПМСД із закладами приватної медицини та ін.: $(8,71 \pm 0,17)$, $\sigma = 0,86$; CV = 9,91 %; організація роботи кабінету цілодобового надання паліативної допомоги $(8,4 \pm 0,13)$, $\sigma = 0,71$; CV = 8,47 %; можливість консультативного прийому спеціалістів (отоларинголог дитячий, невролог): $(8,17 \pm 0,21)$ $\sigma = 0,64$; CV = 7,8 %; дієвість запроваджених елементів удосконаленої моделі: $(8,80 \pm 0,1)$, $\sigma = 0,54$; CV = 6,15 %.

Висновки. Впровадження запропонованої функціонально-організаційної удосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ матиме позитивний медико-соціальний, економічний ефект за рахунок покращення доступності та ефективності первинної медичної допомоги населенню.

ВИВЧЕННЯ ПРІОРИТЕТНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ, СКЕРОВАНИХ ДЛЯ ЇХ ВИКОНАННЯ ЛІКАРЯМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В. Д. Парій¹, О. В. Короткий¹, С. М. Гришук²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

² БО «Лікарняна каса Житомирської області», м. Житомир, Україна

Мета. Вивчення ефективності лабораторних досліджень на рівні первинної медичної допомоги (ПМД).

Матеріали і методи. Проведено вивчення пріоритетних напрямків на лабораторні дослідження у пацієнтів, скерованих лікарями ПМД Житомирської області в приватні лабораторії протягом 2022 року шляхом використання АВС-аналізу.

Результати та обговорення. Опрацьовані за 55 позиціями 175722 направлення, надані лікарями ПМД 30460 пацієнтам на загальну суму 9310035 грн. З них група А становила 19 позицій, вартістю 7534870 грн. (80,93 %), група В становила 14 позицій, вартістю 1341070 грн. (14,41 %), група С становила 22 позицій, вартістю 434095 грн. (4,66 %). При аналізі групи А, як найбільш витратної, виявлено, що лікарями ПМД надавались направлення, переважна більшість яких не передбачена для виконання на рівні ПМД, а саме: ТТГ, ліпідограма, Т4, коагулограма, онкомаркери (СА-125, НЕ-4), А-ТРО, Т3, СРП, ПСА, Д-дімер, АЛат, АСаТ, креатинін, РФ, сечовина, АСЛ-О, паратгормон, білірубін фракційно, сечова кислота.

Висновки. Встановлена невідповідність призначення направлень на лабораторні дослідження лікарями ПМД в частині обсягу, визначеному наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504, що призвело до необґрунтованих витрат в сумі більше 7 млн. грн. Переважна більшість з цих досліджень на наш погляд повинна призначатись та аналізуватись лікарями-спеціалістами, за виключенням простат-специфічного антигену. Необхідні подальші дослідження причин, які спонукають лікарів ПМД призначати вищевказані лабораторні дослідження, в тому числі дотримання ними протоколів обстеження при певних нозологіях, наявність у лікарів ПМД компетентностей щодо вірної інтерпретації результатів цих досліджень тощо.

РЕТРОСПЕКТИВНА ОЦІНКА ІНДИКАТОРІВ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19

В. Д. Парій^{1,2}, В. М. Богомаз^{1,2}, І. А. Кучинська^{1,3}, А. О. Сидорова^{1,2}

¹Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг», м. Київ, Україна

²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

³Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Пандемія коронавірусного захворювання COVID-19 викликала глобальну кризу у сфері охорони здоров'я. Кількість пацієнтів з тяжким перебігом хвороби та обмеженість медичних ресурсів актуалізували пошук індикаторів прогнозування динаміки захворювання для зниження рівня летальності пацієнтів.

Мета. Визначення клініко-лабораторних предикторів тяжкого перебігу COVID-19.

Матеріали і методи. Проаналізовано 106 медичних карт дорослих пацієнтів із COVID-19, госпіталізованих у 2020-2021 рр (демографічні дані, лабораторні результати, тривалість і результати госпіталізації). Лікування проводилось згідно галузевих стандартів. Загальний результат оцінювався у категоріях: виписаний/на додому, помер; лабораторні дані – у трьох підгрупах: лікування без кисневої підтримки, поліпшення стану з кисневою підтримкою, смерть. Статистична обробка виконана із використанням Bartlett's test для рівних варіацій та дисперсійного аналізу.

Результати та обговорення. Госпітальна летальність складала 29 %. Статистично значущими чинниками тяжкого перебігу коронавірусної інфекції були вік вище 70 років, низький рівень абсолютної кількості лімфоцитів (АКЛ), підвищені рівні ЦРБ, високі рівні ІЛ-6. 75,4 % пацієнтів потребували кисневої підтримки. У цій підгрупі спостерігалися низькі рівні АКЛ ($0,48 \pm 0,56$ г/л), у той час як у пацієнтів з рівнем сатурації в межах 91 % – 93 %, показники АКЛ не знижувалися нижче $0,74 \pm 0,28$ г/л. ($p < 0,05$).

Висновки. Наявність тяжкої лімфопенії є одним із предикторів тяжкого перебігу COVID-19. Оцінка АКЛ та маркерів запалення може використовуватись для прогнозування динаміки захворювання та оцінки потреби додаткових медичних втручань.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ВТОРИННИМ ТА ТРЕТИННИМ ГІПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Д. Д. Дячук, Р. П. Ткаченко, Н. Ю. Кондратюк

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Україна, м. Київ, Україна

Вступ. Зараз в Україні лікується хронічним гемодіалізом близько 1500 осіб, потребують такої допомоги не менше 25000 пацієнтів (в США та Західній Європі – 900 на 1 млн. населення). Підвищення якості гемодіалізу забезпечує 70 % 5-річне виживання пацієнтів з тенденцією до його подовження. Це основний спосіб підтримання життя пацієнтів з ХНН з погляду на те, що можливості трансплантації нирки в Україні задовольняють потребу в ній менш ніж на 5 % щорічно.

Мета: вивчення якості життя пацієнтів, прооперованих з приводу вторинного та третинного гіперпаратиреозу на тлі хронічної хвороби нирок.

Матеріали і методи. Для оцінки зміни якості життя пацієнтів, прооперованих з приводу ВГПТ та ТГПТ ми використали стандартизований опитувальник SF-36 з мінімальними модифікаціями.

Результати та обговорення. Якість життя пацієнтів із хронічною хворобою нирок є однією з найважливіших показників ефективності проведеного лікування. При проведенні дослідження ми встановили, що покращення якості життя відбувається в усіх анкетованих пацієнтів із вторинним та третинним гіперпаратиреозом після оперативного лікування що пов'язане із зменшенням рівня ПТГ та іонізованого кальцію у крові.

Безумовно, для деталізації вивчення чинників, які впливають на якість життя, необхідно продовжити дослідження змін цих показників у більш віддалений період та в залежності від обсягу виконаної операції.

Висновки. Організація надання медичної допомоги пацієнтам із ВГПТ та ТГПТ на тлі хронічної ниркової недостатності вимагає тісної співпраці мультидисциплінарної команди у складі нефролога, хірурга та анестезіолога, забезпечення розробки та впровадження медико-технологічних документів. Для оцінки результатів (як короткочасних, так і довготривалих) хірургічного лікування цієї категорії пацієнтів необхідно проводити більш тривале спостереження у післяопераційний період.

ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА ЯК СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Т. С. Грузєва^{1,2}, Б. І. Паламар¹, Н. В. Гречишкіна¹, Г. В. Іншакова^{1,2}

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

² Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета. Обґрунтування програми виробничої практики студентів, що навчаються за освітньо-професійною програмою підготовки магістрів громадського здоров'я.

Матеріали і методи. Проаналізовано нормативно-правові документи державного рівня, які визначають вимоги до компетентностей магістрів громадського здоров'я, рекомендації міжнародних організацій з питань охорони здоров'я та освіти, у т.ч. ВООЗ, ASPHER тощо.

Результати. За результатами аналізу положень Закону України «Про систему громадського здоров'я», освітнього стандарту підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти, спеціальності 229 «Громадське здоров'я», структури компетенцій ВООЗ-ASPHER для кадрів громадського здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ було визначено цілі, майбутні компетентності, очікувані результати навчання, структуру програми виробничої практики. Для формування необхідних компетентностей магістрів громадського здоров'я у програму виробничої практики було включено тематику, що стосується моніторингу здоров'я і благополуччя населення (збір, обробка, аналіз медико-статистичної інформації); епідагляду за неінфекційними захворюваннями (ведення реєстрів, оцінка ризиків та впливу детермінант, розробка заходів мінімізації негативного впливу); епідагляду за інфекційними захворюваннями (ведення обліку, звітності, прогнозування епіситуації, розробка заходів з їх попередження); захисту здоров'я, аналізу екологічних чинників, що впливають на здоров'я, та розробки профілактичних заходів; зміцнення здоров'я, оцінки соціально-економічних детермінант і поведінкових чинників, що впливають на здоров'я, та розробки профілактичних заходів; визначення пріоритетів громадського здоров'я, проведення оцінки потреб сфери громадського здоров'я у конкретній ситуації; розробки проєктів надання послуг громадського здоров'я; оцінювання ризиків та планування відповідних дій у випадках надзвичайних ситуацій в сфері громадського здоров'я; розробки заходів з адвокації, комунікації у сфері громадського здоров'я, планування та проведення наукових досліджень, формулювання висновків та рекомендації щодо їх впровадження тощо.

Висновок. Виробнича практика є невід'ємною складовою формування у здобувачів освіти активного ставлення до отримання професійних знань, умінь і навичок для майбутньої практичної діяльності у сфері громадського здоров'я. Розроблена програма виробничої практики дозволяє опанувати практичні навички, що визначені програмними результатами навчання освітньо-професійної програми «Громадське здоров'я»

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ЗА ПЕРІОД 2015-2022 РР.

Т. М. Горлач

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета. Вивчити тенденції захворюваності серед населення старших вікових груп, прикріпленого на медичне обслуговування до багатопрофільної клініки за період 2015–2022рр.

Матеріали та методи. Для оцінки динаміки захворюваності використовували медико-статистичні дані форми № 12 «Звіт про кількість захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування медичної організації та контингентах хворих, які перебувають під диспансерним наглядом» ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

Результати та обговорення. Встановлено коливання показника захворюваності в окремі роки, так у 2015 році його значення було мінімальним і становило 1929,2 на 10 тис. населення з подальшим максимальним зростом у 2019 р. – 2994,86 ‰. Аналіз динаміки кількості зареєстрованих випадків захворювань за 14 класами виявив незначне зростання за період спостереження, абсолютний приріст склав 6337 (1,2 %). У 2016 році у порівнянні з 2015 роком кількість захворювань органів дихання зросла у 1,5 рази. У 2018 році рівень патології нервової системи збільшився в 1,5 рази порівняно з 2017 роком. Абсолютний приріст розладів психіки та поведінки у 2020 році становив 251 (37,74 %) у порівнянні з 2019 роком. У 2021 році темп приросту випадків захворювань крові, кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунних систем сягнув 122,45 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році у порівнянні з 2021 роком зареєстровано менше на 16126 випадків хвороб системи кровообігу, темп убутку склав 53,56 %. Позначимо, що рівень захворюваності ендокринної системи за період спостереження залишався сталим.

Висновки. За результатами аналізу динаміки захворюваності встановлено висхідний тренд для більшості класів хвороб, що стало основою для подальших досліджень, спрямованих на вивчення потреб у медичній допомозі населення старших вікових груп.

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ПАТОЛОГІЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗА ПЕРІОД 2015-2022 рр.

Н. І. Зінченко

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами,
м. Київ, Україна

Метою дослідження стала оцінка та аналіз динаміки захворюваності щитоподібної залози серед дорослого населення, прикріпленого на медичне обслуговування до багатопрофільної клініки в період 2015-2022рр.

Матеріали і методи. В якості джерела інформації для динамічного спостереження та аналізу використовували медико-статистичні дані форми № 12 ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Спостереженням було охоплено населення віком старше 18 років.

Результати та обговорення Рівень захворюваності прикріпленого населення з хворобами ендокринної системи на протязі звітної періоду має чітку тенденцію до зростання з 3275,4 до 4495,3 на 10 000 населення, де найбільш суттєве зростання спостерігалось в період 2015-2019 рр., з найбільшим відсотком в 2017 році (до 111,19 %), та спадом до 99,49 %. в 2021 році під впливом пандемії COVID-19. Варто зазначити, що в структурі захворюваності на ендокринну патологію, хвороби щитоподібної залози посідали друге місце після цукрового діабету, мали чітку тенденцію до зростання в період 2015-2022 роки та склали 46,46 %. Аналіз динаміки зареєстрованих випадків захворювань щитоподібної залози за зазначений період медико-статистичного спостереження показав, що середнє значення темпу росту кількості вузлового зобу серед захворювань щитоподібної залози в період з 2015- по 2020 роки склав 107,45 %.

Висновки. Таким чином, за результатами аналізу дослідження встановлено висхідний тренд захворювань на ендокринну патологію, де вагома частка належить захворюванням щитоподібної залози, з динамікою зростання кількості випадків вузлового зобу на 7,45 %. Встановлені тенденції стали основою для подальших досліджень, спрямованих на вивчення потреб у медичній допомозі населенню з тиреоїдною патологією.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МОТОРНО-СЕКРЕТОРНИХ ПОРУШЕНЬ, ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗПОДІЛЕННЯ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ТА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

О. М. Каширцева

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета. Дослідити моторно-секреторну (МС) функцію, особливості накопичення жирової тканини, оцінити їх вплив на клінічний перебіг ГЕРХ в залежності від ІМТ.

Матеріали та методи. Обстежено 110 пацієнтів, віком $20,73 \pm 0,32$. Сформовано 2 групи: група ГЕРХ без супутньої патології ($n=40$) з ІМТ $21,13 \pm 0,48$ та група ГЕРХ із супутнім ожирінням І ст. ($n=70$) з ІМТ $31,67 \pm 0,29$. Діагноз ГЕРХ встановлювали на основі докладного збору скарг, анамнезу захворювання та життя, керуючись МКХ-10. МС порушення оцінювали за показниками ширини нижньої третини стравоходу (n 1/3 стравоходу), діаметра стравохідного отвору діафрагми (d СОД), товщини стінки стравоходу (ТСС) на УЗД, кислотністю (рН) в тілі шлунка та антральному відділі за допомогою рН-метрії. Товщину підшкірно-жирової тканини (ПЖТ), вісцеральної жирової тканини (ВЖТ) визначали на УЗД. Вираженість симптомів оцінювали за допомогою опитувальника GERDQ.

Результати та обговорення. У групі ізольованої ГЕРХ n 1/3 стравоходу становила $25,73 \pm 0,38$ мм, d СОД – $18,28 \pm 0,57$ мм, ТСС – $3,98 \pm 0,22$ мм, у групі ГЕРХ з ожирінням – $28,06 \pm 0,25$, $20,97 \pm 0,32$, $4,60 \pm 0,11$ відповідно. В 1 гр. рН в тілі шлунка $1,30 \pm 0,06$, в антрумі – $5,83 \pm 0,15$, у 2 гр. в шлунку $1,16 \pm 0,04$, в антрумі $5,31 \pm 0,11$. Товщина ПЖК у 1 гр. дорівнювала $14,60 \pm 0,18$ мм, ВЖТ – $22,61 \pm 0,26$, у 2 групі $20,31 \pm 0,40$ та $40,07 \pm 0,56$ мм відповідно. Загальний бал згідно опитувальнику GERDQ у 1 гр. становив $12,63 \pm 0,75$, питання впливу – $3,52 \pm 0,40$, у 2 гр. $13,51 \pm 0,59$ та $4,08 \pm 0,27$ відповідно. Спостерігався прямий кореляційний зв'язок між показниками МС розладів та товщиною жирової тканини ($r=256$, $p<0.05$)

Висновки. Показники МС порушень та клінічних проявів достовірно вищі у групі ГЕРХ з ожирінням. Виявлено пряму кореляцію між МС порушеннями та товщиною ВЖТ, ПЖТ.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЕЛЕКТРОННОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В. Г. Кий-Кокарева

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Мета. Оцінити доцільність використання інформаційних технологій для підвищення ефективності медичного обслуговування та поліпшення доступу до медико-санітарної допомоги.

Матеріали і методи. Проведено аналіз сучасної наукової літератури та вітчизняної нормативно-правової бази. При цьому використовувалися методи системного підходу та аналізу.

Результати та обговорення. Як показали дослідження, впровадження електронної охорони здоров'я (ЕОЗ) упорядковує процеси надання медичних послуг, позитивно впливає на якість та вартість медичної допомоги. До переваг ЕОЗ можна віднести наступне:

- зменшення часу на передачу медичної інформації між лікарями та пацієнтами;
- збільшення точності та повноти медичної інформації, оскільки електронні записи можуть бути більш детальними та докладними, ніж паперові документи;
- покращення координації медичної допомоги та зменшення ймовірності помилок, що можуть виникати при передачі медичної інформації між різними лікарями;
- зниження витрат на охорону здоров'я за рахунок зменшення витрат на зберігання та обробку медичної інформації;
- збереження медичної інформації у випадку втрати паперових документів або негараздів на об'єкті охорони здоров'я.

Разом з тим ЕОЗ також має свої недоліки, до яких, в першу чергу, можна віднести ризик порушення конфіденційності медичної інформації.

Висновки. Таким чином, ЕОЗ має багато переваг, але вона також не позбавлена недоліків, які необхідно враховувати при її впровадженні. Забезпечення конфіденційності медичної інформації та захисту від кібератак є ключовими факторами для успішного впровадження ЕОЗ. Також важливо забезпечити сумісність різних систем ЕОЗ та максимальний контакт між лікарем і пацієнтом для функціонування якісної медичної допомоги.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Л. О. Литвинова, Л. І. Артемчук, О. М. Донік

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Інвалідність населення є важливою характеристикою здоров'я популяції, а вивчення показників первинної інвалідності дорослого населення, зокрема працездатного віку, є важливим для розуміння стану трудового потенціалу країни.

Мета. Дослідити динаміку первинної інвалідності дорослого населення протягом 2010–2020 років.

Матеріали і методи. Проаналізовано статистичні дані інформаційно-аналітичних довідників Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ та Державної служби статистики України.

Результати та обговорення. Встановлено, що протягом 10 років первинна інвалідність дорослого населення знизилась на 17,4 % і становила у 2020 році 38 випадків на 10 тис.нас.; працездатного — відповідно на 17,8 % з рівнем 43,2 випадки на 10 тис.нас. В структурі первинної інвалідності за класами хвороб відбулись певні зміни як для дорослого, так і для працездатного населення: нині в обох групах переважають новоутворення (23,9 % та 21,9 % відповідно), які витіснили хвороби системи кровообігу. Зросла питома вага первинної інвалідності через хвороби кістково-м'язової системи до 14,2 % та 14,6 % відповідно, посунувши травми і отруєння. У віковій структурі первинної інвалідності частка осіб у віці 40–60 років зросла до 57,3 %. В структурі по групах інвалідності зросла частка III групи, до 53,2 %. Основною причиною первинної інвалідності лишається «загальне захворювання», рівень якого становить 26,1 на 10 тис., а питома вага 84,7 %. Спостерігається позитивна динаміка зниження інвалідизації (на 18,7 %). При цьому зросла частка інвалідів з числа військовослужбовців з 2,6 % до 4,9 %.

Висновки. Переважно, інвалідність є наслідком тяжкого захворювання чи травми. Причиною ж позитивної десятирічної динаміки первинної інвалідності не варто вважати покращення здоров'я населення, адже дані про захворюваність населення за 2020 рік відсутні, смертність населення висока і зросла за 10 років до 15,9 ‰, середня очікувана тривалість життя низька (71,3 роки) і збільшилась лише на 0,91 року. Найімовірніше це пов'язано із зменшенням частоти звернень до МСЕК: кількість оглянутих на 10 тис. дорослого населення зменшилась за 10 років до 172,8 (на 18,8 %).

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ОНКОПАТОЛОГІЄЮ ШКІРИ

Н. М. Калашникова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Метою дослідження було вивчення стану надання стаціонарної допомоги хворим з онкопатологією шкіри протягом останніх п'яти років.

Матеріали та методи. В дослідженні використано офіційні статистичні дані Національного канцер-реєстру (Бюлетені «Рак в Україні», № 17 та № 22), а саме лікарняних канцер-реєстрів стосовно стаціонарного лікування хворих на меланому шкіри та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри.

Результати та обговорення. За даними 22 медичних закладів України, що надають стаціонарну допомогу відповідним хворим (здебільшого обласних онкологічних диспансерів), у 2020 році отримало стаціонарне лікування 4218 хворих на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри, що на 8,5 % менше, ніж у 2015 році. Проте на 10,3 % збільшилась пролікованих хворих на меланому і становила у 2020 році 2618 хворих. Кратність госпіталізації одного хворого на рік дещо збільшилась і становила відповідно 1,17 та 1,7. Позитивною динамікою характеризується середня тривалість перебування хворого в стаціонарі, яка скоротилась при обох видах патології і становила відповідно 14,7 та 11,2 дні. Однак потрібно зазначити, що саме за цим показником спостерігаються значні розбіжності між різними закладами: середня тривалість лікування немеланомних злоякісних новоутворень коливається від 6,6 до 19,5 днів, меланоми – від 5,2 до 16,6 днів. Загальна летальність хворих з онкопатологією шкіри реєструвалась лише в окремих спеціалізованих стаціонарах і характеризувалась відносною стабільністю (на рівні 0,78 %). За 5 років збільшилась хірургічна активність при лікуванні немеланомних злоякісних новоутворень шкіри до 73,3 % та меланоми до 64,4 %. При цьому післяопераційні ускладнення можна характеризувати як рідкісне та нестабільне явище.

Висновки. Таким чином, зміни, що відбулися у наданні стаціонарної допомоги хворим з онкопатологією шкіри можна оцінити позитивно на фоні збереження її доступності. Однак потребує оптимізації діяльність окремих закладів після більш детального вивчення їх кадрово-матеріального забезпечення та якості надання стаціонарної допомоги.

ВПЛИВ ВОЄННОГО СТАНУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

О. М. Фіялковська, Т. А. Карасевська, Г. В. Мостбауер

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: проаналізувати вплив воєнного стану на психоемоційний стан студентів та оцінити їх потребу в психологічній підтримці.

Матеріали і методи. Проведено опитування студентів 4–6 курсів медичного факультету № 2 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця за допомогою Google форми. Анкетування проводилось добровільно та анонімно. Опитувальник включав запитання загального характеру та тест за Г. Айзенком, що визначає тривожність, фрустрацію, агресивність та ригідність.

Результати та обговорення. Про анкетовано 119 студентів. 70,1 % студентів відзначили, що за останні 12 місяців їх психологічний стан погіршився, 56,7 % визнали потребу у консультації психолога. 36,2 % студентів мали одночасно більше п'яти психотравмуючих ситуацій. За результатами дослідження студенти мають середній рівень тривожності ($9,64 \pm 3$), фрустрації ($7,9 \pm 4,9$), агресивності ($8,6 \pm 4,5$) та ригідності ($10,4 \pm 4,3$). Не знайдено достовірної гендерної різниці за цими показниками. Достовірно вищий рівень тривожності, фрустрації та ригідності мають студенти, що навчаються дистанційно, порівняно зі студентами аудиторної форми навчання ($10,3 \pm 3,8$ проти $7,9 \pm 4,8$; $p=0,007$; $8,5 \pm 4,8$ проти $6,3 \pm 4,7$; $p=0,02$; $10,9 \pm 4,1$ проти $9,03 \pm 4,7$ $p=0,03$; відповідно). Вищий рівень фрустрації реєструвався у студентів, що знаходяться за кордоном ($10,5 \pm 4,2$ проти $7,6 \pm 4,9$; $p=0,04$), але не було достовірної різниці у показниках тривожності, агресивності та ригідності.

Висновки: Більшість студентів визнають, що їх психоемоційний стан за останній рік погіршився у зв'язку з війною. Студенти, що навчаються дистанційно мають вищий рівень тривожності, фрустрації та ригідності. Не виявлено достовірної різниці у показниках тривожності, агресії та ригідності між студентами, які знаходяться за кордоном та в Україні; студенти, що перебувають за кордоном мають вищий рівень фрустрації. Отримані результати свідчать про потребу у психологічній підтримці студентів-медиків, які знаходяться як в Україні, так і за кордоном.

ДО ПИТАННЯ ОЦІНКИ КУЛЬТУРИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ У ВІТЧИЗНЯНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О. П. Яворовський¹, Ю. М. Скалецький², Р. П. Брухно¹, Т. О. Зінченко¹, В. М. Рябовол¹, Т. І. Козар¹, О. М. Брухно¹

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

² Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

Мета. Оцінити реальний стан культури безпеки у вітчизняних закладах охорони здоров'я.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося шляхом опитування персоналу закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), з врахуванням профілю діяльності, стажу роботи та приналежності до лікарського чи медсестринського складу, з використанням анкети Агентства досліджень і якості медичної допомоги США (AHRQ).

Результати та обговорення. Аналіз характеристик культури безпеки пацієнтів (БП) показав, що слабкою стороною культури безпеки медичних працівників у всіх без виключення групах порівняння є «Реакція на помилки», як підтвердження переважання у вітчизняних лікарняних закладах несправедливої (звинувачувальної) культури реагування на інциденти безпеки пацієнтів, що повсюдно вважається основною причиною повільного прогресу у розбудові безпечного лікарняного середовища. Умовно слабкою стороною БП у переважній більшості груп аналізу встановлено характеристику «Кадрове забезпечення» і на увагу заслуговують відносно низькі показники середніх відсотків позитивних відповідей за характеристикою «Частота повідомлень про помилки». При цьому, порівняльні дослідження культури безпеки у вітчизняних і зарубіжних закладах охорони здоров'я вказують на тісний зв'язок рівня прихильності до культури безпеки пацієнтів з реальним станом безпеки пацієнтів. Наступні кроки у вище зазначеній сфері повинні бути спрямовані на виявлення кореневих причин формування проблем, пов'язаних з культурою безпеки, з наступним опрацюванням заходів з усунення цих причин.

Висновки. Зафіксоване у вітчизняних ЗОЗ переважання несправедливої культури реагування на інциденти безпеки обумовлює необхідність поглибленого вивчення стану культури БП в Україні та запровадження у практику роботи ЗОЗ періодичного проведення анкетування медичного персоналу щодо прихильності до культури безпеки з метою виявлення тенденцій змін у цій сфері та своєчасного прийняття коригувальних заходів.

МЕДИКО-ЕКОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ

Н. С. Полька, О. І. Турос, О. П. Рудницька

Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної медичної академії України», м. Київ, Україна

Метою дослідження послужили надзвичайні ситуації, які створюються в Україні в останні роки (пандемія Covid-19, військовий стан) і вносять корективи в умови життєдіяльності населення і ставлять завдання у вивченні та розробці профілактичних заходів зменшення та попередження негативного впливу екологічних та соціальних шкідливих чинників.

Матеріали і методи. Дистанційне навчання школярів під час надзвичайних станів вплинуло на життєдіяльність і самопочуття дітей. Високий рівень тривожності призводить до зменшення розумової працездатності дітей, а психологічний вплив повітряних тривог, навчання в непристосованих приміщеннях може мати довгострокові наслідки для здоров'я.

Проаналізовано властивості зареєстрованих в Україні дезінфекційних засобів, визначено їх кількісний склад, специфічну активність та безпечність. Розроблені «Методичні рекомендації з проведення дезінфекційних заходів для профілактики Covid-19 та інших вірусних інфекцій» які застосовуються для дезінфекції об'єктів.

Забруднення ґрунтів важкими металами, канцерогенами та іншими токсичними елементами від військової зброї становлять високу небезпеку для здоров'я населення. Це обумовлено накопиченням з часом відходів глибоко в ґрунтах, підземних та відкритих джерелах водопостачання.

Висновки. Важливо забезпечити населення безпечною питною водою. Зношені водогінні мережі, їх руйнація під час воєнних дій викликає забруднення поверхневих та підземних джерел водопостачання та становить небезпеку виникнення неінфекційних та інфекційних захворювань.

Надзвичайні ситуації підвищують мутаційний тиск на населення, що негативно впливатиме на відтворення населення України.

Висновок. Зазначені проблеми потребують комплексного вивчення, оцінки ризиків для здоров'я і розробки профілактичних заходів.

МІЖНАРОДНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНОК ВПЛИВУ ГЛОБАЛЬНОГО ПОТЕПЛІННЯ

О. І. Турос, А. В. Коблянська

Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

Мета. Провести аналіз міжнародних документів щодо впливу змін клімату.

Матеріали і методи. Міжнародні документи щодо змін клімату з використанням аналітичних методів.

Результати та обговорення. Зміни клімату є найбільшою загрозою здоров'ю, з якою стикається людство. Системи охорони здоров'я — основна лінія захисту населення, яке стикається з загрозами для здоров'я, включаючи зміни клімату, але їх діяльність обмежена недостатнім фінансуванням. У 2015 році Всесвітня Асамблея охорони здоров'я затвердила новий план роботи щодо клімату та змінами у здоров'ї, що включає розширення партнерства, координацію діяльності в системі ООН, забезпечення належного обліку, підвищення обізнаності, можливості зміцнення здоров'я, зменшуючи викиди вуглецю, проведення наукових досліджень.

Важливість ризиків для здоров'я визнана в основних багатосторонніх кліматичних угодах — Конвенції ООН щодо зміни клімату та його Паризької угоди.

На саміті ООН щодо змін клімату (2019, COP-25) створена коаліція. COP-26 у Глазго (2021) був найбільшою конференцією ООН із змін клімату і закінчилася прийняттям Кліматичного пакту Глазго всіма присутніми від майже 200 країн. Це остаточно завершило роботу з координації Кодексу Паризької угоди. Вперше в історії було узгоджено загальну позицію щодо поступового зменшення виробництва електроенергії з вугілля, яке спалюється без захоплення вуглецю. На COP-27 (2022) обговорювалось термінове скорочення викидів парникових газів, підвищення стійкості та адаптації до неминучих наслідків зміни клімату.

Висновки. Тенденції у зміні клімату виправдовують прийняття заходів реагування сектору охорони здоров'я та підготовки Довгострокових стратегій (щонайменше на 25–50 років) для сталого управління природними ресурсами з чітким визначенням впливу на здоров'я людини.

ГІГІЄНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРАМЕТРІВ МІКРОКЛІМАТУ ТА ВИРОБНИЧОГО ШУМУ НА ВИРОБНИЦТВІ НАНОПОРОШКУ ДІОКСИДУ ТИТАНУ МЕТОДОМ ТЕРМІЧНОГО СИНТЕЗУ

В. М. Рябовол, Т. І. Козар, Р. П. Брухно

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Вступ. В Інституті проблем матеріалознавства імені І. М. Францевича НАН України розроблено технологію термічного синтезу нанопорошку діоксиду титану в неізотермічних умовах через нелінійний нагрів. За розробленою технологією синтез нанопорошків відбувається у спеціальній установці, яка має назву багатосекційна обертова піч. Зазначена установка є експериментально-виробничою і проходить етапи модернізації, здатна до безперервного синтезу і легко масштабується до промислового використання.

Мета роботи. Гігієнічна оцінка параметрів мікроклімату та виробничого шуму на робочих місцях операторів синтезу нанопорошку діоксиду титану методом термічного розкладу метатитанової кислоти в багатосекційній обертовій печі.

Матеріали і методи. Гігієнічні методи дослідження параметрів мікроклімату і виробничого шуму.

Результати. Досліджуючи параметри мікроклімату на робочому місці оператора, оцінювали їх згідно з ДСН 3.3.6.042-99 «Санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень». Нами було встановлено, що середня температура повітря, відносна вологість та швидкість руху повітря на робочих місцях знаходилися в межах допустимих значень. Вимірювання інтенсивності інфрачервоного випромінювання на робочих місцях біля виробничого обладнання показало, що рівень випромінювання не перевищує нормативних значень. Таким чином, результати вимірювань параметрів мікроклімату вказують на достатність застосування системи охолодження зовнішньої поверхні печі виробничого устаткування та обладнання її захисними кожухами.

Джерелом шуму є робота вакуумного насоса, двигуна обертання, вентиляторів охолодження, системи місцевої та загальної вентиляції. Загальний рівень шуму на робочому місці оператора становив 72 дБА та не перевищував нормативне значення ДСН 3.3.6.037-99 «Санітарні норми виробничого шуму, ультразвуку та інфразвуку».

Висновки. Інструментальні виміри параметрів мікроклімату та виробничого шуму на робочих місцях операторів дослідних установок свідчать про відповідність їх допустимим величинам.

ЗДОРОВЕ ХАРЧУВАННЯ – ЯК ФАКТОР ЗАПОБІГАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ: ПОЛІТИКА ВООЗ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД

М. П. Гуліч

Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», Київ, Україна

Мета. визначити основні етапи політики ВООЗ щодо здорового харчування як головної передумови запобігання та боротьби з хронічними неінфекційними захворюваннями та окреслити відповідні заходи такої профілактики в Україні.

Матеріали і методи. літературні джерела, дані власних досліджень. Метод аналізу інформаційної бази документів ВООЗ та нормативно-правових документів України щодо здорового харчування як фактору запобігання розвитку хронічних неінфекційних захворювань у населення.

Результати та обговорення. Всесвітня організація охорони здоров'я відіграє ключову роль в міжнародній системі управління громадським здоров'ям та протидії хронічним неінфекційним захворюванням. Аналіз основних етапів політики ВООЗ щодо здорового харчування виявляє ряд послідовних стратегій спрямованих, на досягнення результатів в галузі здорового харчування. Насамперед, це зниження споживання цукру, солі, насичених та трансжирів та збільшення споживання свіжих овочів та фруктів. Саме ці стратегії, на думку експертів ВООЗ здатні забезпечити стійкий ефект щодо зниження захворюваності населення на основні хронічні неінфекційні захворювання.

Висновки. Україна з самого початку приєдналась до основних міжнародних ініціатив ВООЗ стосовно збереження здоров'я населення, профілактики хронічних неінфекційних захворювань. На сьогодні в нашій державі напрацьовано ряд законодавчих і нормативно-правових актів, спрямованих на імплементацію керівних документів ВООЗ, зокрема, щодо здорового харчування та формування здорових харчових звичок дітей в навчальних закладах дошкільної та загальної середньої освіти. Серед невідкладних завдань є подальше впровадження стратегій, спрямованих на підвищення обізнаності та мотивації щодо дотримання принципів здорового харчування серед різних груп населення.

ІНСТРУМЕНТ ЕФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРЕЗ СТВОРЕННЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ДО НОВІТНІХ ДЕРЖАВНИХ БУДІВЕЛЬНИХ НОРМ УКРАЇНИ ДБН В.2.2-10:2022 ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

¹ В. М. Махнюк, ² В. В. Махнюк, ¹ С. М. Могильний, ³ В. В. Чорна, ¹ В. П. Скочко

¹ Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

² Державний податковий університет, м. Ірпінь, Київська область, Україна

³ Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Мета. Забезпечення ефективного менеджменту охорони здоров'я територіальних громад України у воєнний та післявоєнний період шляхом реалізації вимог санітарно-гігієнічної складової новітніх ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я».

Матеріали і методи. У роботі використано бібліосемантичний, теоретичний, аналітичний, соціологічний, медико-статистичний методи.

Результати та обговорення. В Україні з 01.04.2023 р. наказом Мінрегіону від 26.12.2022 р. № 278 набрали чинності ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я» (далі – ДБН). ДУ «ІГЗ НАМНУ» у рамках виконання поточної НДР та у складі Робочої групи НТР Мінрегіону, утвореної наказом Мінрегіону від 29.07.2022 р. № 135, була розроблена та включена до ДБН санітарно-гігієнічна складова щодо проектування закладів охорони здоров'я (далі –ЗОЗ) з урахуванням нормативної бази ЄС та воєнного стану в країні.

Розроблені гігієнічні критерії до проектування ЗОЗ, вбудованих в житлові будинки, до облаштування гелікоптерних майданчиків, відкритих стоянок для транспорту пацієнтів та медичних працівників, а також до новітніх медичних технологій (телемедицина, пневматична система тощо), є вимогами безпеки для здоров'я як відвідувачів, так і медпрацівників. Для попередження профзахворювань серед лікарів (емоційного вигорання), що обґрунтовано медичними наслідками війни, розширено перелік медприміщень в ЗОЗ за рахунок приміщень психдопомоги для пацієнтів та психологічного розвантаження для медперсоналу.

Для безпеки пацієнтів та медперсоналу ЗОЗ в ДБН впроваджено вимоги до проектування захисних споруд цивільного захисту ЗОЗ, в яких вони підлягають укриттю, що відповідає новелам КЦЗ України та Закону України щодо забезпечення вимог цивільного захисту під час планування та забудови територій (2022 р.).

Висновок. Новий ДБН слугуватиме становленню нової нормативної бази містобудівного та санітарного законодавства при проектуванні/реконструкції/ або відновленні внаслідок руйнації від бойових дій ЗОЗ у післявоєнний період та сприятиме підвищенню якості менеджменту в сучасній охороні здоров'я територіальних громад країни.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

В. В. Кузіна, Т. Г. Хмиз, М. В. Ткаченко

Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку та імплантології м. Харків, Україна

Мета. Оптимізація розробки індивідуальних заходів, спрямованих на профілактику розвитку стоматологічної патології у дітей в умовах воєнного стану.

Матеріали і методи. Згідно з метою, для первинних пацієнтів, а також для дітей, які до початку воєнних дій отримували лікування на базі кафедри стоматології дитячого віку та імплантології ХНМУ були проведені індивідуальні консультації. Загалом 28 дітям віком від 2 до 10 років. На момент звернення пацієнти з різних обставин не мали змоги відвідати стоматологічну клініку в терміни, які були передбачені раніше розробленим планом профілактичних заходів. Спількування проходило дистанційно з використанням відеозв'язку з доступних пацієнту та лікарю пристроїв. Опитування проводилося шляхом заповнення Google форм.

Результати та обговорення. Проаналізовано результати опитування. Проведено контрольовану чистку зубів. Отримано інформацію про можливість проводити гігієнічний догляд за порожниною рота, наявність засобів гігієни та їх асортимент, зміни в харчуванні. Також батьків навчили визначати гігієнічний стан порожнини рота у дитини, пояснили роль шкідливих звичок, надали посилення на корисні Інтернет ресурси. З урахуванням даних складено нові, та скореговані попередні плани профілактики стоматологічних захворювань у дітей.

Висновки. Профілактичні заходи в практиці дитячого стоматолога завжди були дуже важливими. Самі по собі вони не є сталими і потребують моніторингу та корекції, що можливо за рахунок спількування з лікарем. В умовах воєнного часу, коли безпосереднє відвідування стоматологічної клініки досить обмежене, нестандартні підходи для спількування з пацієнтом є виходом з ситуації, яка склалася. Сучасні методи комунікації певною мірою надають змогу привернути увагу батьків дитини до індивідуальних факторів, що спричиняють розвиток стоматологічних захворювань. Водночас є можливість зворотнього зв'язку для проведення їх корекції.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ

Р. С. Назарян, В. А. Шевчук, Н. В. Одушкіна

Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку та імплантології м. Харків, Україна

Мета. Порівняльна оцінка ефективності двощелепного шинування з міжщелепним витягуванням та спичевого металоостеосинтезу при переломах нижньої щелепи без вираженого усунення уламків у дітей.

Матеріали і методи. Обстежено 55 дітей з односторонніми переломами нижньої щелепи без вираженого усунення уламків віком від 14 до 18 років. Пацієнти розподілені на 2 групи, залежно від способу лікування. Перша група – 11 дітей, яким виконувався черезшкірний позавогнищевий металоостеосинтез (ЧПМ) спицями Кіршнера. Друга група – 44 дитини після двощелепного шинування назубними шинами з міжщелепним еластичним витягуванням. Застосовували дослідження реологічних показників у зоні перелому. Реовазограму проводили до початку лікування та на 5-ту, 14-ту та 30-ту добу.

Результати та обговорення. Проблема дитячого травматизму залишається актуальною, особливо у період воєнних дій. Стандартним способом лікування переломів нижньої щелепи без вираженого усунення уламків залишається двощелепне шинування з міжщелепним витягуванням, що має ряд недоліків. Альтернативним способом лікування даного виду переломів є ЧПМ спицями Кіршнера. До його переваг відносять малоінвазивність операції та стабільність фіксації уламків без додаткових пристроїв.

При аналізі реовазограмм встановлено, що за перелому нижньої щелепи було зниження кровонаповнення без порушення венозного відтоку. Вихідні параметри не відрізнялися в обох групах.

Покращення показників реограми швидше відбувалося у пацієнтів першої групи дослідження та виявлялося вже на 5-ту добу лікування. Нормалізація реографічної кривої відзначена на 30-ту добу, у той час як у пацієнтів другої групи поліпшення реологічних порушень відбувалося повільніше і на 30 добу зберігалось зниження пульсового кровонаповнення на боці перелому.

Висновки. Отримані результати підтверджують перевагу малоінвазивного спичевого ЧПМ у порівнянні з двощелепним шинуванням при односторонніх переломах нижньої щелепи без істотного усунення уламків у дітей.

МІСЦЕ БІОСТАТИСТИКИ В ПРОГРАМІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ НАВЧАННЯ

Н. Ю. Слугу

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Сучасний стан здоров'я населення в останні десятиліття стрімко змінюється в зв'язку з подіями в країні та світі. Такі зміни призвели до підвищення потреби у фахівцях, здатних аналізувати, узагальнювати отриману інформацію для вирішення клінічних та організаційних проблем на якісному рівні. В клінічній медицині також відбуваються зміни з точки зору підходів до аналізу результатів. Зросла роль статистичних методів в клінічних дослідженнях на всіх його етапах. Викладання навчальної дисципліни «Біостатистика» спрямовано на формування у майбутніх магістрів медицини компетентностей з моніторингу та аналізу діяльності системи охорони здоров'я, особливо в умовах надзвичайних ситуацій.

Мета. Дослідити необхідність оптимізації викладання біостатистики в рамках програми підготовки майбутніх магістрів медицини в сучасних умовах.

Матеріали і методи. Проаналізовано програми підготовки лікарів провідних європейських університетів та результати пілотного опитування студентів та викладачів з приводу викладання біостатистики.

Результати та обговорення. Викладання «Біостатистики» на I-II курсах є сталою практикою в багатьох університетах, проте переважно ця дисципліна є обов'язковою, а її обсяг є дещо більшим. Переведення «Біостатистики» у формат курсу за вибором, скорочення навчальних годин, відсутність підсумкового модульного контролю, необхідність дистанційного викладання цієї дисципліни під час пандемії стало справжнім випробовуванням і для викладачів, і для студентів. Особливі труднощі у студентів викликають теми, що віднесені для самостійного опанування. Однак проведення дистанційних занять, що супроводжуються демонстрацією змістовних презентацій з типовими прикладами вирішення завдань, прикладами тестових питань, виявилося дуже ефективним. Максимальному засвоєнню складного навчального матеріалу має посприяти формування пізнавального інтересу до дисципліни завдяки удосконаленню її викладання.

Висновки. З огляду на умови, що склалися, доцільним є впровадження викладання дисципліни «Біостатистика» за змішаною формою навчання. Необхідна адаптація методологічного забезпечення до можливостей сприйняття матеріалу студентами I-II курсів з урахуванням необхідності набуття магістрами медицини відповідних компетентностей.

СОЦІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК РІЗНОВИД ПРОФІЛАКТИЧНОЇ СТРАТЕГІЇ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ

Л. О. Рудакова, В. М. Михальчук

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета. Метою дослідження є ґрунтовний аналіз та прогнозування впровадження соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я як різновиду профілактичної стратегії медичної сфери.

Матеріали та методи. Методологічний підхід дослідження було сформовано з урахуванням проведеної емпіричної діяльності авторів у межах досліджуваної проблематики. У цьому процесі відбулося використання як загальнонаукових, соціально-наукових методів, так й методів суто наукового пізнання: порівняльно-правового методу, системно-структурного методу; методу прогнозування, аналізу та синтезу.

Результати та обговорення. Життя і здоров'я людини є найвищою соціальною цінністю. Виходячи з цього, в наші дні медичне страхування, в тому числі й медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я, є життєво важливою гарантією забезпечення права на життя та здоров'я людини та громадянина.

Із проаналізованих напрямків досліджень, ми помітили те, що необхідне впровадження соціального страхування медичних працівників за допомогою механізму забезпечення надання гарантованих державою відповідних пільг та преференцій.

Висновки. З метою удосконалення та розширення факторів у загальнообов'язковому медичному страхуванні охорони здоров'я як різновиду профілактичної стратегії медичної сфери ми пропонуємо сформулювати наступні основи забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, а саме: 1) діагностичні послуги; 2) профілактичні послуги (включаючи імунопрофілактику); 3) лікувальні послуги; 4) трансплантаційні послуги; 5) фармацевтичні послуги (забезпечення лікарськими засобами при відповідному захворюванні); 6) реабілітаційні послуги; 7) медичні послуги у разі вагітності, пологів та їх наслідків; 8) ортопедичні послуги та послуги щодо виготовлення протезів; 9) послуги щодо видачі медичних документів тощо.