

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ТРЕГУБ ПАВЛО ОЛЕГОВИЧ

УДК: 614.2:616.37-002-036.12-036.12-036.838(043.3)

**ДИСЕРТАЦІЯ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

за спеціальністю 222 «Медицина»
спеціалізація «Соціальна медицина»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ П. О. Трегуб

Науковий керівник: Огнєв Віктор Андрійович, доктор медичних наук, професор

Харків – 2020

АНОТАЦІЯ

Трегуб П.О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 222 «Медицина», спеціалізація «Соціальна медицина».

Дисертація виконана в Харківському національному медичному університеті, Харків, 2020.

Дисертація захищається в Харківському національному медичному університеті, Харків, 2020.

Дисертація присвячена вирішенню актуальної медико-соціальної проблеми – науковому обґрунтуванню та розробці оптимізованої моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Мета роботи – науково обґрунтувати, оптимізувати та оцінити ефективність медико-соціальної моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит на регіональному рівні.

Для досягнення мети були визначені комплексні завдання дослідження, що ґрунтовані на системному підході з необхідністю розроблення програми, що вмістила 6 етапів зі застосуванням відповідних методів, що в кінцевому результаті дало можливість отримати достовірні результати проведеного дослідження.

Отримані результати комплексного медико-соціального дослідження свідчать про необхідність оптимізації організації надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит, що призведе до покращення результатів відновного лікування, якості життя хворих з даною патологією, зниження негативних показників, а саме: інвалідизації, смертності, тимчасової і стійкої непрацездатності та інші.

Необхідність досягнення цих результатів зумовила напрямок дослідження та його дизайн.

На першому етапі дослідження було проведено вибір напряму, формування мети, завдань, програми, обґрунтування комплексу методів, що

використовуються, визначення обсягу та періодів проведення дисертаційного дослідження, а також проведений аналіз вітчизняних та світових науково-інформаційних джерел, нормативно-правових актів, статистично-довідникових матеріалів в питаннях поширеності хронічного панкреатиту серед населення, вивчення факторів ризику виникнення даного захворювання, якості життя хворих з цією патологією та організації надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит. Отримані дані свідчать про те, що хронічний панкреатит – це важлива медико-соціальна та економічна проблема, оскільки при прогресуванні захворювання знижується якість життя, розвиваються ускладнення, що призводить до економічних витрат та потребує значних фізичних і емоційних зусиль. Це захворювання часто призводить до інвалідності та смертності населення, хворі потребують частої та довготривалої госпіталізації, є витратним захворюванням як для родини хворого, так і держави, що і визначає його медико-соціальне значення.

Проведений на другому етапі дослідження аналіз захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області надав можливість провести оцінку цих показників. Рівень захворюваності в Харківській області хворобами підшлункової залози за 2017 рік показав, що захворюваність в області знаходилася на високому рівні та склала 186,67 на 100000 населення, відповідно в місті Харкові – 216,35⁰/₀₀₀₀ та в районах області – 153,39⁰/₀₀₀₀, при цьому, найвища захворюваність була виявлена в таких районах області як: Борівському (400,42⁰/₀₀₀₀), Сахновщинському (371,89⁰/₀₀₀₀) та Золочівському (315,28⁰/₀₀₀₀).

Рівень поширеності хвороб підшлункової залози в Харківській області в 2017 році склав 2025,43 на 100000 дорослого населення, при цьому, найбільший рівень поширеності відмічається в м. Харкові 2072,75⁰/₀₀₀₀, в районах області дещо нижче – 1972,38 на 100000 населення, в той же час, в окремих районах області зареєстровані високі показники поширеності (Борівський – 4728,54⁰/₀₀₀₀, Шевченківський – 3647,96⁰/₀₀₀₀ та Лозівський – 3232,53⁰/₀₀₀₀).

На третьому етапі дослідження з метою визначення факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту серед дорослого населення Харківської області та прогнозування ймовірної хвороби було проведено вивчення факторів ризику та розроблена методика раннього прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення. З цією метою було обстежено 300 хворих на хронічний панкреатит та 200 осіб контрольної групи. Дослідження показало, що основними факторами ризику, які впливають на виникнення хронічного панкреатиту серед населення є соціальні, біологічні та психологічні фактори.

Серед соціальних факторів ризику важливе значення мають такі як: переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі (η -12; $p < 0,001$; OR = 4,36); хронічне вживання алкоголю (η -11; $p < 0,001$; OR = 4,10); наявність травм в живота (η -9; $p < 0,001$; OR = 4,34); тютюнопаління (η -8; $p < 0,001$; OR = 3,44); порушення режиму харчування (η -6; $p < 0,001$; OR = 2,84); надмірні фізичні навантаження (η -6; $p < 0,001$; OR = 0,35); схильність до переїдання (η -6; $p < 0,001$; OR = 2,83); вживання токсичних лікарських препаратів (η -5; $p < 0,001$; OR = 3,85); великі перерви між прийомами їжі (η -2; $p < 0,001$; OR = 1,91); наявність зайвої ваги або ожиріння (η -2; $p < 0,01$; OR = 1,76); низький дохід на 1-го члена сім'ї (η -2; $p < 0,001$; OR = 1,94); відсутність активного відпочинку (η -2; $p < 0,001$; OR = 0,52) та відсутність вищої освіти (η -2; $p < 0,01$; OR = 1,81).

На розвиток захворювання також впливають біологічні фактори ризику: захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) (η -10; $p < 0,001$; OR = 4,30); наявність таких захворювань як ентерит, виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки (η -7; $p < 0,001$; OR = 4,96); паразитарні хвороби (η -6; $p < 0,001$; OR = 5,68); вроджені аномалії підшлункової залози (η -6; $p < 0,001$; OR = 6,53); спадкова схильність (η -5; $p < 0,001$; OR = 2,67); генетичні мутації такі як муковісцидоз, полікістоз (η -5; $p < 0,001$; OR = 7,94); наявність серцево-судинної або печінкової недостатності (η -4; $p < 0,001$; OR = 3,73); ендокринні захворювання (η -3; $p < 0,001$; OR = 3,51) та перенесені або наявні інфекційні хвороби (η -2; $p < 0,001$; OR = 2,75).

Серед психологічних факторів: психоемоційне напруження (η -8; $p < 0,001$; OR = 3,45); неповноцінний нічний відпочинок (η -7; $p < 0,001$; OR = 3,00); смерть близьких родичів (η -3; $p < 0,001$; OR = 2,25) та неврівноваженість характеру (η -1; $p < 0,01$; OR = 1,70).

Вивчення якості життя хворих на хронічний панкреатит серед дорослого населення Харківської області було проведено на четвертому етапі дослідження.

Середній показник якості життя у хворих на хронічний панкреатит склав $55,73 \pm 0,50\%$, при чому в хворих чоловічої статі середній показник склав $58,67 \pm 0,72\%$, а в жіночої – $53,15 \pm 0,64\%$. Зі зростанням вікових показників, показник якості життя має тенденцію до зниження з $67,53 \pm 0,90$ у групі чоловіків 18-30 років і до $46,27 \pm 1,47$ у групі старше 70 років. У хворих жіночої статі – з $63,21 \pm 1,42$ до $44,64 \pm 0,85$ відповідно.

Дослідженням встановлено, що лише 4,33% обстежених хворих мали оптимальний рівень якості життя (від 71 до 100%), середній рівень якості життя виявлено у 66,67% хворих на хронічний панкреатит (від 51 до 70%) та 29,00% – низьку якість життя (50% та менше).

На п'ятому етапі було проведено аналіз стану організації медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит. Дослідженням встановлено, що за хворими з хронічним панкреатитом недостатньо проводиться моніторингове спостереження ($70,7 \pm 2,6\%$), наявне практично повне ігнорування психологічної допомоги хворим на хронічний панкреатит (звернулися до психолога лише $11,3 \pm 1,8\%$ з опитаних, з них $85,3 \pm 2\%$ відмічають покращення після спостереження у психолога, а прогноз свого стану визначають як неблагонадійний $29,7 \pm 2,6\%$). При цьому, $52,7 \pm 2,9\%$ прагнуть такого спілкування якби була така можливість). Відмічається недостатнє проведення реабілітаційних заходів, де відсоток охоплення проведеного оздоровлення в санаторії склав лише $34,7 \pm 2,8\%$ хворих, відповідно не проходили $65,3 \pm 2,8\%$, хворі мають недостатність знань з організації харчування (лише $50,3 \pm 2,9\%$ хворих володіють необхідною інформацією в повному обсязі). Отримані дані свідчать

про необхідність удосконалення системи реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

На шостому заключному етапі на основі отриманих результатів дослідження було розроблено оптимізовану модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит та проведена її експертна оцінка. Для її ефективного функціонування була розроблена функціонально-організаційна модель реабілітації хворих на хронічний панкреатит, яка складається з об'єктів і суб'єктів управління та блоку наукового регулювання з його складовими, а саме: нормативно-правовою складовою, організаційно-структурним та ресурсним забезпеченням, кадровою складовою, інформаційним забезпеченням, клінічною складовою та науковим забезпеченням.

Оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит передбачає застосування ряду концептуальних принципів реабілітації хворих, серед яких слід визначити - вчасність початку реабілітації, єдність лікування та реабілітації, безперервність, послідовність, спадковість, комплексне проведення реабілітації, урахування індивідуальних особливостей пацієнта при проведенні реабілітаційних заходів, залучення громадських організацій, органів місцевого самоврядування і населення для розробки та проведення реабілітації, проведення оцінки ефективності реабілітаційних заходів, багатодисциплінарність та функціональну цілеспрямованість.

Експертна оцінка розробленої моделі щодо визначення її прийнятності у практичному використанні була проведена залученими експертами. За даними висновків експертів, розроблена оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит має наступні характеристики: профілактичну спрямованість ($9,3 \pm 0,2$), економічну доцільність ($8,6 \pm 0,2$), відповідальність сучасному міжнародному досвіду ($9,1 \pm 0,1$), дієвість ($8,4 \pm 0,2$), доступність ($8,4 \pm 0,2$), комплексність ($9,0 \pm 0,2$) та системність ($9,2 \pm 0,1$), а також підвищення якості та тривалості життя ($8,7 \pm 0,2$), рівень інформованості пацієнтів ($9,0 \pm 0,2$), рівень звернень за медичною допомогою ($8,6 \pm 0,2$), задоволеність якістю медичної допомоги ($8,8 \pm 0,2$), ефективність медичної

допомоги ($8,7\pm 0,2$), економічність медичної допомоги ($8,0\pm 0,2$) та науково технічний рівень запропонованих інноваційних елементів ($8,4\pm 0,2$). При цьому, 100% експертів визначили позитивне ставлення до впровадження розробленої оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит у практику охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

1. Обґрунтовано та розроблено оптимізовану модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит, основою моделі є між секторальна взаємодія органів місцевого самоврядування, громад, закладів вищої освіти, санаторно-курортних закладів, центрів громадського здоров'я та міждисциплінарне вирішення актуального питання щодо удосконалення реабілітації хворих, покращення якості життя, зменшення рівня захворюваності на хронічний панкреатит, його ускладнень, ефективність якої підтверджена методом експертних оцінок.

2. Розроблена функціонально-організаційна модель, що включає об'єкти і суб'єкти управління та блок наукового регулювання з його складовими, яка підтримується комплексом правових, управлінських, організаційних, інформаційних, фінансових технологій, що забезпечує комплексність, системність, координованість, наступність та безперервність процесу.

3. Вивчена в динаміці захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківського регіону з 2013 по 2017 р. р. та виявлені особливості їх проявлення. Основними з них були: більш широка поширеність серед жінок ніж серед чоловіків; серед міських жителів, ніж серед сільських.

4. Для визначення причинно-слідчого зв'язку між станом здоров'я та захворюванням на хронічний панкреатит визначені фактори ризику даної патології, надана кількісна оцінка з використанням показника сили впливу та їх ранжування і визначена їх роль у виникненні патології з розробкою механізму прогнозування ризику розвитку хронічного панкреатиту; встановлена вирішальна

роль у виникненні захворювання соціальних, біологічних та психологічних факторів.

5. На основі комплексного методичного підходу проведено оцінку якості життя населення, що хворіють на хронічний панкреатит, в тому числі залежно від віку та статі, а також розроблено та обґрунтовано математичну модель розрахунку якості життя для прогнозування якості життя хворих на хронічний панкреатит, встановлено, що якість життя хворих на хронічний панкреатит має середній рівень 55,73% та істотно залежить від віку.

6. Проаналізовано організацію медико-санітарної допомоги та реабілітацію населення, що хворіють на хронічний панкреатит та надана об'єктивна оцінка якості та рівня реабілітаційних заходів з метою виявлення її недоліків, виявлено низький відсоток охоплення хворих на хронічний панкреатит динамічним спостереженням, відмічається недостатня спадкоємність лікарів в забезпеченні медичної допомоги та реабілітації, при наданні екстреної медичної допомоги відмічені несвоєчасна госпіталізація та інші.

7. Адаптовано організаційно-функціональний підхід в створенні моделі покращення якості та ефективності моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

8. Розроблені концептуальні принципи реабілітації хворих на хронічний панкреатит, що включають: вчасність початку реабілітації, єдність лікування та реабілітації, багатодисциплінарність, між секторальний підхід, функціональну цілеспрямованість, безперервність, послідовність, спадкоємність, урахування індивідуальних особливостей пацієнтів та оцінку ефективності реабілітаційних заходів.

9. Визначено роль пацієнта в досягненні системних цілей – мінімізація несприятливих подій при хронічному панкреатиті; встановлено значну частоту недбалого ставлення до свого здоров'я, оскільки $70,3 \pm 2,6\%$ пацієнтів не можуть на долікарському рівні самостійно вжити заходів щодо попередження захворювання. Так лише $34,7 \pm 2,8\%$ хворих проходять оздоровлення в санаторно-курортних закладах, $50,3 \pm 2,9\%$ мають недостатній рівень знань з

дієтичного харчування, фізіотерапевтичні процедури виконують лише до $62,7 \pm 2,8\%$, а ранкову гімнастику роблять $64,0 \pm 2,8\%$.

Удосконалено (уточнено):

– напрями між секторальної взаємодії територіальних центрів громадського здоров'я, органів місцевого самоврядування, роботодавців, пенітенціарної служби, закладів вищої освіти, неурядових, правозахисних, релігійних та інших організацій в забезпеченні медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

– уточнені статистичні дані щодо факторів ризику, які асоціюються з розвитком хронічного панкреатиту, зокрема виявлено, що крім відомих факторів, таких як: переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі, хронічного вживання алкоголю, захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) та тютюнопаління для мешканців Харківської області характерні ще й інші достовірні фактори ризику соціально-економічної спрямованості - низький дохід на 1-го члена сім'ї, відсутність вищої освіти, відсутність активного відпочинку та інші.

Набули подальшого розвитку знання щодо:

– дослідження та встановлення особливостей і тенденцій захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози в регіональному контексті;

– теорії вивчення провідних факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення;

– проблем організації та проведення медико-соціальної реабілітації серед хворих на хронічний панкреатит, визначених з використанням багатомірних методів аналізу даних, зокрема її недосконалості, екстенсивного розвитку, детермінованості, низької ефективності і керованості та значної варіабельності показників у різних районах області.

Теоретичне значення дисертаційного дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини як науки в частині оптимізації організації медичної, соціальної та психологічної реабілітації населення, що хворіє на хронічний панкреатит.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

- розробки і впровадження оптимізованої якісно нової моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит, яка здатна забезпечити медичну та соціальну ефективність;

- розробки реєстру захворювань підшлункової залози серед дорослого населення, який дозволить своєчасно та ефективно проводити профілактичні і реабілітаційні заходи;

- розробки і впровадження в засоби персоніфікованої оцінки факторів ризику хронічного панкреатиту за комплексом медико-соціальних, біологічних та психологічних факторів;

- впровадження в лікарську практику методики прогнозування ризику розвитку хронічного панкреатиту серед населення для забезпечення раннього виявлення провісників загострення хронічного панкреатиту;

- впровадження в лікарську практику використання математичної моделі розрахунку якості життя для прогнозування якості життя хворого на хронічний панкреатит;

- впровадження алгоритму ідентифікації пацієнтів в залежності від ризику виникнення хронічного панкреатиту;

- впровадження та обґрунтування методики визначення пріоритетних елементів моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

- впровадження критеріїв та алгоритмів визначення обсягів і оцінки ефективності моделі реабілітації на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги;

- оптимізації навчальних програм при підготовці організаторів охорони здоров'я, гастроентерологів, сімейних лікарів, лікарів санаторно-курортних закладів, реабілітологів як на додипломному, так і післядипломному рівнях;

- розробки лекційних курсів та написання посібників з організації надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Матеріали дисертації знайшли відображення в 13 наукових працях, а

саме: у 5 статтях у фахових виданнях, регламентованих МОН України (з них: 1 в журналі, що включений до міжнародної науко метричної бази Scopus, 2 в журналах, що входять до наукометричних баз, 2 – в фахових журналах); 8 – у матеріалах наукових конференцій. Додатково відображають результати дисертації нововведення та авторське свідоцтво на винахід.

Ключові слова: хронічний панкреатит, реабілітація, захворюваність, поширеність захворювань, фактори ризику, якість життя, модель, обґрунтування.

SUMMARY

Trehub P. O. Medico-social substantiation of an optimized model of rehabilitation of patients with chronic pancreatitis. – Qualifying academic paper in the form of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 "Medicine", specialization "Social Medicine".

The dissertation was performed at Kharkiv National Medical University, Kharkov, 2020.

The dissertation is to be defended at Kharkiv National Medical University, Kharkiv, 2020.

The dissertation is devoted to the solution of a relevant medical and social problem – scientific substantiation and development of the optimized model of medical and social rehabilitation of patients with chronic pancreatitis.

The purpose of the work is to scientifically substantiate, optimize and evaluate the effectiveness of the medical and social model of rehabilitation of patients with chronic pancreatitis at the regional level.

To achieve this goal, complex research objectives were defined, based on a systematic approach with the need to develop a program that contained 6 stages using appropriate methods, which ultimately allowed to obtain reliable results of the study.

The results of a comprehensive medical and social study indicate the need to optimize the organization of medical care and rehabilitation of patients with chronic pancreatitis, which will lead to an improvement in the results of rehabilitation, quality of life of patients with this pathology, reduction of negative indicators, namely: disability, mortality, and temporary and permanent disability etc.

The need to achieve these results determined the direction of the study and its design.

At the first stage of the research, the choice of direction, formulation of the purpose, tasks, program, substantiation of the complex of methods used,

determination of the scope and periods of the dissertation research were carried out, as well as analysis of national and world scientific information sources, normative legal acts, statistical reference materials on the spread of chronic pancreatitis among the population, study of risk factors for the disease, the quality of life of patients with this pathology and organization of medical help and rehabilitation of patients with chronic pancreatitis. The obtained data show that chronic pancreatitis is an important medical, social and economic problem, as disease progresses as quality of life decreases, complications develop, which leads to economic spending and requires considerable physical and emotional effort. This disease often leads to disability and mortality, patients need frequent and prolonged hospitalization, is an expensive disease for both the patient's family and the state, which determines its medical and social significance.

The analysis of the morbidity and spread of pancreatic diseases among the adult population of Kharkiv region, conducted at the second stage of the study, provided an opportunity to evaluate these indicators. The morbidity rate of pancreatic diseases in Kharkiv province in 2017 showed that morbidity in the province was high and reached 186,67 per 100000 population, respectively in the city of Kharkiv – 216,35^{0/0000} and in the regions of the province – 153,39^{0/0000}, the highest morbidity was found in such regions of the province as: Borovsky (400,42^{0/0000}), Sakhnovschinsky (371,89^{0/0000}) and Zolochivsky (315,28^{0/0000}).

The pancreatic disease morbidity in Kharkiv province in 2017 was 2025,43 per 100000 adults, with the highest prevalence in Kharkiv 2072,75 ^{0/0000}, in the regions slightly lower – 1972,38 per 100000 population. At the same time, high prevalence rates were registered in some areas of the province (Borysivskyy – 4728,54^{0/0000}, Shevchenkivskyy – 3647,96^{0/0000} and Lozivskyy – 3232,53^{0/0000}).

At the third stage of the study, in order to determine the risk factors for chronic pancreatitis among the adult population of Kharkiv region and predict a possible disease, a study of risk factors was carried out and a method for early prediction of the risk of chronic pancreatitis among the population was developed. For this purpose, 300 patients with chronic pancreatitis and 200 people of the control group

were examined.. Research showed that the main risk factors that affect the occurrence of chronic pancreatitis in the population are social, biological and psychological factors.

Among social risk factors, such as: predominance of meat, fatty, spicy, fried foods in the diet (η -12; $p < 0,001$; OR = 4,36); chronic alcohol consumption (η -11; $p < 0,001$; OR = 4,10); presence of abdominal injuries (η -9; $p < 0,001$; OR = 4,34); smoking (η -8; $p < 0,001$; OR = 3,44); eating disorders (η -6; $p < 0,001$; OR = 2,84); excessive physical activity (η -6; $p < 0,001$; OR = 0,35); tendency to overeat (η -6; $p < 0,001$; OR = 2,83); use of toxic drugs (η -5; $p < 0,001$; OR = 3,85); large breaks between meals (η -2; $p < 0,001$; OR = 1,91); the presence of overweight or obesity (η -2; $p < 0,01$; OR = 1,76); low income per family member (η -2; $p < 0,001$; OR = 1,94); no active rest (η -2; $p < 0,001$; OR = 0,52) and no higher education (η -2; $p < 0,01$; OR = 1,81).

The development of the disease is also influenced by biological risk factors: gallbladder disease (gallstone disease) (η -10; $p < 0,001$; OR = 4,30); presence of diseases such as enteritis, gastric ulcer and duodenal ulcer (η -7; $p < 0,001$; OR = 4,96) parasitic diseases (η -6; $p < 0,001$; OR = 5,68) congenital anomalies of the pancreas (η -6; $p < 0,001$; OR = 6,53); congenital pancreatic abnormalities (η -6; $p < 0,001$; OR = 6,53); hereditary predisposition (η -5; $p < 0,001$; OR = 2,67); genetic mutations such as cystic fibrosis, polycystic disease (η -5; $p < 0,001$; OR = 7,94); presence of cardiovascular or hepatic failure (η -4; $p < 0,001$; OR = 3,73); endocrine diseases (η -3; $p < 0,001$; OR = 3,51) and transferred or existing infectious diseases (η -2; $p < 0,001$; OR = 2,75).

Among the psychological factors: psycho-emotional stress (η -8; $p < 0,001$; OR = 3,45); defective night rest (η -7; $p < 0,001$; OR = 3,00); death of close relatives (η -3; $p < 0,001$; OR = 2,25) and mood swings (η -1; $p < 0,01$; OR = 1,70).

The average quality of life in patients with chronic pancreatitis was $55,73 \pm 0,50\%$, with a mean of $58,67 \pm 0,72\%$ in male patients and $53,15 \pm 0,64\%$ in female patients. With the increase of age indicators, the quality of life indicator tends to decrease from $67,53 \pm 0,90$ in the group of men of 18–30 years old to $46,27 \pm 1,47$ in

the group over 70 years old. In female patients, $63,21 \pm 1,42$ to $44,64 \pm 0,85$ respectively.

The study found that only 4,33% of the examined patients had an optimal level of quality of life (from 71 to 100%), an average level of quality of life was found in 66,67% of patients with chronic pancreatitis (from 51 to 70%) and 29,00% low quality of life (50% or less).

At the fifth stage, an analysis of organization of medical care and rehabilitation of patients with chronic pancreatitis was made. The study found that patients with chronic pancreatitis are not adequately monitored ($70,7 \pm 2,6\%$), almost complete disregard of psychological assistance to patients with chronic pancreatitis (only $11,3 \pm 1,8\%$ have consulted a psychologist, of those surveyed, of whom $85,3 \pm 2,0\%$ report improvements after observation by a psychologist, and forecast their condition as unreliable $29,7 \pm 2,6\%$. At the same time, $52,7 \pm 2,9\%$ aspire to such communication if there was such an opportunity). Insufficient implementation of rehabilitation measures, where percentage of coverage of the rehabilitation in a sanatorium was only $34,7 \pm 2,8\%$ of patients, respectively, $65,3 \pm 2,8\%$ of patients did not have it, lack of knowledge on nutrition (only $50,3 \pm 2,9\%$ of patients have the necessary information in full). The data obtained indicate the need to improve the system of rehabilitation of patients with chronic pancreatitis.

At the sixth final stage, an optimized model of medico-social rehabilitation of patients with chronic pancreatitis was developed on the basis of the results of the study using a conceptual modeling method and its expert evaluation was carried out. For its effective functioning, a functional and organizational model of rehabilitation of patients with chronic pancreatitis was developed. It consists of objects and subjects of management and a block of scientific regulation with its components, namely: a regulatory component, organizational, structural and resource support, personnel component, information support, clinical component and scientific support.

An optimized model of medico-social rehabilitation of patients with chronic pancreatitis involves application of a number of conceptual principles of rehabilitation of patients, among which you need to determine: timeliness of the

beginning of rehabilitation, unity of treatment and rehabilitation, continuity, consistency, heredity, comprehensive rehabilitation, regard to individual characteristics of a patient, involvement of non-governmental organizations, local self-government bodies and population into the development and conducting of rehabilitation, evaluation of the effectiveness of rehabilitation measures multidisciplinary and functional purpose.

Expert evaluation of the developed model to determine acceptability in practical use was carried out by involved experts. According to the experts' findings, the optimized model of medical and social rehabilitation of patients with chronic pancreatitis has following characteristics: preventive orientation ($9,3\pm 0,2$), economic feasibility ($8,6\pm 0,2$), compliance with modern international experience ($9,1\pm 0,1$), efficiency ($8,4\pm 0,2$), availability ($8,4\pm 0,2$), complexity ($9,0\pm 0,2$) and systemacy ($9,2\pm 0,1$), as well as improvement of the quality of life and life expectancy ($8,7\pm 0,2$), the level of patient awareness ($9,0\pm 0,2$), the level of seeking medical help ($8,6\pm 0,2$), the satisfaction with the quality of medical care ($8,8\pm 0,2$), effectiveness of medical care ($8,7\pm 0,2$), economy of medical care ($8,0\pm 0,2$), and the scientific and technical level of the proposed innovative elements ($8,4\pm 0,2$). At the same time, 100% of experts identified a positive attitude to the implementation of the developed optimized model of rehabilitation of patients with chronic pancreatitis into healthcare practice.

The scientific novelty of the obtained results is that for the first time in Ukraine:

1. An optimized model of medical and social rehabilitation of patients with chronic pancreatitis, the basis of the model is a cross-sectoral cooperation of local governments, communities, higher education institutions, sanatoriums, centers of public health and interdisciplinary solutions to pressing issue to improve the rehabilitation of patients, improving the quality of life, reducing the morbidity of chronic pancreatitis, its complications, the effectiveness of which is confirmed by the method of expert evaluations.

2. The functional-organizational model includes objects and subjects of management and scientific regulation block with its components is developed. The system is supported by legal, managerial, organizational, informational, financial technology, which ensures comprehensiveness, consistency, coordination, continuity and continuity of process.

3. Dynamics of morbidity and prevalence of pancreatic diseases among adult population of Kharkov region from 2013 to 2017 were studied and their peculiarities were revealed. The main ones were: higher prevalence among women than among men, among urban residents than among rural ones.

4. In order to determine the causal connection between the state of health and the disease chronic pancreatitis risk factors of this pathology were identified, a quantitative assessment using the index of force of influence and their ranking were presented and their role in the emergence of the pathology was determined with the development of a mechanism for predicting the risk of chronic pancreatitis; a decisive role in the emergence of the disease of social, biological and psychological factors was established.

5. On the basis of the complex methodical approach the estimation of quality of life of the population suffering from chronic pancreatitis was made, including depending on age and sex, and also the mathematical model of calculation of quality of life was developed and substantiated to predict the quality of life of patients with chronic pancreatitis, it was established that the quality of life in patients with chronic pancreatitis has an average level of 55,73% and significantly depends on age.

6. The organization of medical care and rehabilitation of the population suffering from chronic pancreatitis was analyzed, and an objective assessment of the quality and level of rehabilitation measures were made in order to identify its shortcomings, a low percentage of patients with chronic pancreatitis were identified, insufficient continuity of doctors in providing medical care and rehabilitation was noted, late hospitalizations and other factors were noted in providing emergency medical care.

7. The organizational and functional approach in creation of the model of improving the quality and efficiency of the model of medico-social of rehabilitation of patients with chronic pancreatitis was adapted.

8. The conceptual principles of rehabilitation of patients with chronic pancreatitis were developed, which include: timely start of rehabilitation, unity of treatment and rehabilitation, multidisciplinary, intersectoral approach, functional purposefulness, continuity, consistency, continuity, consideration of individual characteristics of patients and evaluation of the effectiveness of rehabilitation measures.

9. The role of the patient in achieving systemic goals was determined – minimization of adverse events in chronic pancreatitis; a significant frequency of carelessness to their health was established, since $70,3\pm 2,6\%$ of patients cannot independently carry out preventive measures at the prehospital level. Only $34,7\pm 2,8\%$ of patients get admitted in sanatorium-resort facilities, $50,3\pm 2,9\%$ have insufficient knowledge of dietetic nutrition, physiotherapeutic procedures are performed by only up to $62,7\pm 2,8\%$ of patients and morning gymnastics is performed by $64,0\pm 2,8\%$ of patients.

Improved (updated):

– directions of interdepartmental cooperation between territorial public health centres, local authorities, employers, the penitentiary service, higher education institutions, non-governmental, human rights, religious and others organizations in ensuring medical and social rehabilitation of patients with chronic pancreatitis.

– the statistical data on risk factors associated with the development of chronic pancreatitis was clarified. In particular, it was found that along with well-known factors, such as: predominance of fatty and spicy meat fried food in the diet, chronic alcohol consumption, gallbladder disease (cholelithiasis) and tobacco smoking for the residents of Kharkiv region are also characteristic of other reliable risk factors of social and economic orientation: low income per family member, lack of higher education, lack of active recreation, etc., which are the main risk factors for the population of the region.

Knowledge gained further development concerning:

- research and establishment of features and trends of morbidity and prevalence of pancreatic diseases in the regional context.
- theory of studying the leading risk factors for chronic pancreatitis in the population.
- problems of organization and conduct of medical and social rehabilitation among patients with chronic pancreatitis, identified using multidimensional methods of data analysis, in particular, its imperfection, extensive development, determinacy, low efficiency and manageability and high variability of indicators in different regions of the province.

Theoretical significance of the dissertation study is to supplement the theory of social medicine as a science in terms of optimizing the organization of medical, social and psychological rehabilitation of population suffering from chronic pancreatitis.

The practical significance of the results obtained is that they became the basis for the results:

- the development and implementation of an optimized qualitatively new model of medical and social rehabilitation of patients with chronic pancreatitis, which is able to provide medical and social efficiency;
- the development of a registry of pancreatic diseases among the adult population, which will allow timely and effectively implement preventive and rehabilitation activities;
- the development and introduction into the means of personalized assessment of risk factors of chronic pancreatitis with a complex of medico-social, biological and psychological factors;
- the implementation in practice of the methodology of predicting the risk of chronic pancreatitis in the population, to ensure early detection of signs of exacerbation of chronic pancreatitis;
- the introduction into medical practice of the usage of mathematical models for calculation of quality of life to predict quality of life in chronic pancreatitis;

- the implementation of an algorithm of identification of patients depending on the risk of chronic pancreatitis;

- the introduction and justification of methodology to identify priority elements of the model of rehabilitation of patients with chronic pancreatitis;

- the implementation of criteria and algorithms to determine the volume and evaluation of the effectiveness of models of rehabilitation in primary, secondary and tertiary levels of medical care;

- the optimization of curricula in preparing health care providers, gastroenterologists, family doctors, doctors of sanatorium-resort centers, rehabilitators both at undergraduate and postgraduate levels;

- the development of lecture courses and writing manuals on organization of medical care and rehabilitation of patients with chronic pancreatitis. The materials of the dissertation were reflected in 13 scientific works, namely: in 5 articles in professional publications, regulated by the Ministry of Education and Science of Ukraine (of which: 1 in the journal included in Scopus international scientometric base, 2 in journals included in scientometric bases, 2 – in the professional journals); 8 – in proceedings of scientific conferences. The results of the dissertation are additionally reflected innovations and author's certificate for invention.

Key words: chronic pancreatitis, rehabilitation, morbidity, disease prevalence, risk factors, quality of life, model, rationale.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

(* особистий внесок здобувача)

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Огнєв В. А. Фактори ризику та їх роль у виникненні хронічного панкреатиту серед населення / В. А. Огнєв, П. О. Трегуб // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4/1 (46). – С. 16-20. *(Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

2. Огнєв В. А. Оцінка якості життя у хворих на хронічний панкреатит / В. А. Огнєв, П. О. Трегуб // Wiadomosci Lekarskie 2018, tom LXXI, nr 3 cz II.-С. 653-657. *(Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

3. Трегуб П. О. Організація медико-санітарної допомоги хворим на хронічний панкреатит та їх реабілітація / П. О. Трегуб // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2018. – № 2 (76). – С. 49-53. *(Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

4. Огнєв В. А. Захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області / В. А. Огнєв, П. О. Трегуб // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 4/1 (53). – С.13-17. *(Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

5. Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнєв, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100. *(Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

Опубліковані праці апробаційного характеру:

6. Трегуб П. О. Основні фактори розвитку хронічного панкреатиту серед населення / П. О. Трегуб, В. Л. Трегуб // Історична спадщина та сучасні аспекти

забезпечення громадського здоров'я в Україні: матеріали наук-практ. конф.; з нагоди 140-річчя від дня народження С. А. Томіліна (1877–1952), видатного соціал-гігієніста та демографа, завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту (м. Харків, 25 жовт. 2017 р.). – Харків, 2017. – С.91-92. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

7. Трегуб П. О. Вплив факторів ризику на виникнення хронічного панкреатиту серед населення / П. О. Трегуб, В. Л. Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2018 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2018. – С. 83–84. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

8. Трегуб П. О. Медико-соціальна допомога та реабілітація хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. Л. Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2018 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2018. – С. 84–85. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

9. Трегуб П. О. Якість життя хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. Л. Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2018 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2018. – С. 85-86. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

10. Трегуб П. О. Вивчення якості життя хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб // Медицина ХХІ століття: матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю присвяченої 95-літньому ювілею Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, 23 листопада 2018 р. – Харків, 2018. – С. 16–17. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

11. Трегуб П. О. Медико-санітарна допомога та реабілітація хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. Л. Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали II науково-практичної

конференції з міжнародною участю, м. Харків, 24 жовтня 2019 р. – Харків, 2019. – С. 71. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

12. Трегуб П. О. Медико-соціальні аспекти захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози в Харківській області / П. О. Трегуб, В. Л. Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 24 жовтня 2019 р. – Харків, 2019. – С. 33-34. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

13. Трегуб П. О. Основні положення оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. Л. Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 24 жовтня 2019 р. – Харків, 2019. – С. 72. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

14. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 72898. Карта опитування «Анкета-опитувальник: для оцінки якості життя хворих на хронічний панкреатит (додатак до історії хвороби)». Дата реєстрації: 17.07.2017.

15. Огнєв В. А. Оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит / В. А. Огнєв, П. О. Трегуб // Реєстр галузевих нововведень.– К.: – Укрмедпатентінформ, 2017.– Вип. 4. – № 599/4/17. – С. 533–534.

ЗМІСТ

| | |
|--|------------|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ..... | 26 |
| ВСТУП..... | 27 |
| РОЗДІЛ I. СУЧАСНЕ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ (аналітичний огляд наукової літератури).. | 39 |
| 1.1. Загальні тенденції епідеміології хронічного панкреатиту..... | 39 |
| 1.2. Стан медико-санітарної допомоги та реабілітаційних заходів хворим на хронічний панкреатит..... | 53 |
| РОЗДІЛ II. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ..... | 63 |
| РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРЕНОСТІ ХВОРОБ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ..... | 74 |
| 3.1. Захворюваність дорослого населення Харківської області хворобами підшлункової залози у 2013-2017 р.р..... | 74 |
| 3.2. Поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області у 2013-2017 рр..... | 79 |
| РОЗДІЛ IV. ОЦІНКА РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ..... | 86 |
| 4.1. Визначення факторів ризику та їх ролі у виникненні хронічного панкреатиту серед населення..... | 86 |
| 4.2. Методика раннього індивідуального прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту..... | 103 |
| РОЗДІЛ V. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ..... | 111 |
| РОЗДІЛ VI. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ..... | 122 |
| РОЗДІЛ VII. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ | |

| | |
|--|------------|
| МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ..... | 135 |
| 7.1. Основні положення моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит та шляхи її оптимізації..... | 136 |
| 7.2. Результати оцінювання ефективності оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит..... | 153 |
| ВИСНОВКИ..... | 157 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 165 |
| ДОДАТКИ..... | 191 |

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ
ТА ТЕРМІНІВ**

| | |
|------|--|
| ВООЗ | – Всесвітня організація охорони здоров'я |
| ООН | – Організація Об'єднаних Націй |
| МОЗ | – Міністерство охорони здоров'я |
| МОН | – Міністерство освіти і науки |
| США | – Сполучені Штати Америки |
| ЗВО | – Заклад вищої освіти |
| ЗОЗ | – Заклад охорони здоров'я |
| QL | – Quality of life (якість життя) |
| ЗМІ | – Засоби масової інформації |
| ХП | – Хронічний панкреатит |
| ПМСД | – Первинна медико-санітарна допомога |
| ВМСД | – Вторинна медико-санітарна допомога |
| ТМСД | – Третинна медико-санітарна допомога |
| МНК | – Метод найменших квадратів |

ВСТУП

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) сприяє забезпеченню охорони здоров'я населення усіх країн світу. Основна мета її функціонування згідно Статуту ВООЗ – це забезпечення для кожного громадянина «Права на здоров'я». Координація міжнародного співробітництва ВООЗ з метою удосконалення та розвитку систем охорони здоров'я, покращення якісних показників здоров'я, зменшення поширеності захворювань, в тому числі, неспецифічних хронічних захворювань, серед яких і хронічний панкреатит. Одним з основних напрямків роботи Міністерства охорони здоров'я України є оптимізація надання лікувально-профілактичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит. Розвиток профілактичної допомоги має важливе значення для економії матеріальних ресурсів та ефективного вирішення багатьох проблем медико-соціального походження. При цьому необхідно зазначити, що актуальним і важливим питанням є вчасне прийняття управлінських рішень, направлених на проведення профілактичних заходів, підвищення якості медичної допомоги та реабілітації пацієнтів, оптимізацію витрат на організацію лікувально-профілактичної допомоги та реабілітації хворим на хронічний панкреатит для покращення якості життя цих пацієнтів.

Актуальність теми. Медична допомога є критерієм діяльності системи охорони здоров'я держави, при цьому необхідно враховувати якість надання медичних послуг. В Україні однією з найактуальніших проблем в системі охорони здоров'я є поліпшення якості медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит з підвищенням її ефективності.

Хронічний панкреатит за останні десятиліття перетворився на важливу медико-соціальну та економічну проблему [140, 141]. Епідеміологічні, клінічні та патологоанатомічні дослідження свідчать про зростання захворюваності на хронічний панкреатит за останні 30 років у світі в 2 рази [84, 88]. Таке різке зростання має свої причини. Це і розвиток діагностичних засобів виявлення захворювання, посилення впливу несприятливих факторів зовнішнього

середовища, збільшення випадків захворювань шлунково-кишкового тракту, а також наявність у населення шкідливих звичок (в першу чергу збільшення вживання алкоголю та тютюнокуріння) [104].

Спостерігається тенденція до збільшення поширеності хронічного панкреатиту незалежно від статі, раси, соціальної приналежності. Відзначається збільшення кількості хворих на хронічний панкреатит і в нашій країні. В Україні високі рівні поширеності хронічного панкреатиту (230 випадків на 100 тис. населення) та захворюваності (2400 випадків на 100 тис. населення). Первинна інвалідизація в зв'язку з хронічним панкреатитом досягла 15%, а летальність 5,1%. Рівень смертності при хронічному панкреатиті становить 20% після 10 років та до 50% – при 25-літньому перебігу хвороби від всіх хворіючих. Летальність через 20 років в середньому складає 11,9%, при цьому 15-20% хворих на хронічний панкреатит помирають від ускладнень, що пов'язані з атаками захворювання, а інші від інфекційних ускладнень та порушення травлення внаслідок захворювання. Велике значення має той факт, що хронічний панкреатит є фактором ризику виникнення карциноми підшлункової залози. В 5 разів збільшується ризик виникнення раку при наявності хронічного панкреатиту протягом 20 років [116].

Отже, медико-соціальна значимість хронічного панкреатиту визначає необхідність проведення досліджень в напрямку покращення надання медичної допомоги та проведення реабілітаційних заходів хворим на хронічний панкреатит, оскільки воно не лише негативно впливає на здоров'я населення, якість життя хворого, а також скорочує його термін. У той же час офіційна документація лікувальних установ не відображає дійсний рівень поширеності хронічного панкреатиту серед населення на сьогоднішній день, тому виявлення справжньої поширеності хронічного панкреатиту серед населення Харківського регіону, з подальшим вивченням потенційних факторів ризику і якості життя, організації медичної допомоги населенню з даною патологією, їх реабілітації є актуальним. Вирішення цих завдань буде сприяти підвищенню якості медичної

допомоги хворим на хронічний панкреатит на всіх її рівнях, в тому числі при проведенні заходів медико-соціальної реабілітації.

На сьогоднішній момент залишаються невирішеними такі питання:

Медико-соціальна значимість хронічного панкреатиту у населення вивчена недостатньо, так як дані офіційної статистики не містять інформацію щодо справжньої поширеності хронічного панкреатиту серед населення, особливо в динаміці. Таким чином залишаються недостатньо вивченими також і питання щодо структури поширеності в залежності від віку та статі, не повною мірою вивчені фактори, які сприяють виникненню хронічного панкреатиту серед населення. Відсутні методики кількісної оцінки впливу факторів ризику хронічного панкреатиту з використанням показника сили впливу та вивчення і оцінки якості життя хворих на хронічний панкреатит. Різнобічного вивчення вимагає так само система надання медико-санітарної допомоги такому населенню, особливо система їх реабілітації, так як вчасно проведені в повному обсязі реабілітаційні заходи щодо такого пацієнта знижують кількість можливих ускладнень та дозволяють відновити працездатність. Успіх лікування цих пацієнтів в більшості залежить від цілеспрямованих сучасних медичних, соціальних, екологічних програм і систем регіонального та національного рівня, в тому числі впровадженні оптимізованої моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит. Це і визначило актуальність дисертаційної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертація виконана в рамках науково-дослідної роботи кафедр соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я та фізіології Харківського національного медичного університету: «Особливості інтегративних та вегетативних функцій в процесі адаптації до інтелектуальних, емоційних та фізичних навантажень» № держреєстрації 0115U000239, термін виконання: 2015-2017 р.р., та науково-дослідної роботи Центральної науково-дослідної лабораторії Харківського національного медичного університету: «Наукове обґрунтування медико-соціальної клінічної концепції з охорони

громадського здоров'я населення індустріального мегаполісу від екологічної патології хімічного генезу», № держреєстрації 0118U000941, термін виконання: 2018-2020 р.р.

Мета дослідження. Науково обґрунтувати, оптимізувати та оцінити ефективність медико-соціальної моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит на регіональному рівні.

Завдання дослідження, що обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести системний аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових інформаційних джерел щодо сучасних поглядів на медико-соціальну проблему хронічного панкреатиту.
2. Дослідити захворюваність і поширеність хвороб підшлункової залози та динаміку цих показників серед населення Харківського регіону.
3. Встановити фактори ризику та обґрунтувати ступені їх впливу на виникнення хронічного панкреатиту серед населення.
4. Розробити методику вивчення якості життя хворих на хронічний панкреатит та оцінити її на індивідуальному та популяційному рівнях.
5. Визначити групи ризику стану здоров'я хворих на хронічний панкреатит та розробити методику раннього індивідуального прогнозування ризику розвитку хронічного панкреатиту.
6. Вивчити сучасний стан організації медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит на первинному, вторинному та третинному рівнях.
7. Обґрунтувати, розробити та впровадити в практику охорони здоров'я оптимізовану модель реабілітації хворих на хронічний панкреатит та оцінити її ефективність.

Наукова база дослідження: Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова» Харківської міської ради та Комунальне некомерційне підприємство «Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня № 17» Харківської міської ради.

Об'єкт дослідження: Існуюча система реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Предмет дослідження: захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози, фактори ризику, що сприяють виникненню хронічного панкреатиту та впливають на якість життя хворих на хронічний панкреатит, організація медико-санітарної допомоги хворим на хронічний панкреатит, групи ризику стану здоров'я хворих на хронічний панкреатит, прогнозування ризику розвитку хронічного панкреатиту, медико-соціальна ефективність моделі реабілітації.

Методи дослідження. Методологія дослідження базувалась на системному підході та аналізу даних, а основними його методами стали:

– системного підходу та системного аналізу для комплексного дослідження проблем хронічного панкреатиту та їх вирішення з досягненням позитивного результату;

– бібліосемантичний – для вивчення вітчизняного та зарубіжного досвіду стосовно досліджуваної проблеми;

– епідеміологічний – для вивчення захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози в популяції, визначення факторів ризику, що асоціюються з хронічним панкреатитом, побудови прогностичних моделей та розроблення алгоритму ідентифікації груп ризику;

– соціологічний – для вивчення факторів ризику та якості життя у хворих на хронічний панкреатит;

– статистичний – для збору, обробки та аналізу статистичної інформації одержаної під час дослідження;

– прогнозування – для розробки методики раннього індивідуального прогнозування ризику розвитку хронічного панкреатиту;

– концептуальне моделювання – для обґрунтування та розробки оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

– експертних оцінок – для визначення дієвості запропонованої оптимізованої моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

При проведенні обробки матеріалу було використано математико-статистичні методи, а саме: дисперсійний метод, кореляційно-регресійний метод, метод математичного прогнозування, метод моделювання та інші. Було розраховано коефіцієнти детермінації, середні і відносні величини, їх похибки, прогностичні коефіцієнти, для достовірної обробки отриманих даних при проведенні статистичного дослідження. Статистична обробка була проведена за допомогою комп'ютерних статистичних пакетів програм Statistica 8, Microsoft Excel.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

1. Обґрунтовано та розроблено оптимізовану модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит, основою моделі є між секторальна взаємодія органів місцевого самоврядування, громад, закладів вищої освіти, санаторно-курортних закладів, центрів громадського здоров'я та міждисциплінарне вирішення актуального питання щодо удосконалення реабілітації хворих, покращення якості життя, зменшення рівня захворюваності на хронічний панкреатит, його ускладнень, ефективність якої підтверджена методом експертних оцінок;

2. Розроблена функціонально-організаційна модель, що включає об'єкти і суб'єкти управління та блок наукового регулювання з його складовими, яка підтримується комплексом правових, управлінських, організаційних, інформаційних, фінансових технологій, що забезпечує комплексність, системність, координованість, наступність та безперервність процесу.

3. Вивчена в динаміці захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківського регіону з 2013 по 2017 р. р. та виявлені особливості їх проявлення, основними з яких були більш широка

поширеність серед жінок, ніж серед чоловіків; серед міських жителів, ніж серед сільських.

4. Для визначення причинно-слідчого зв'язку між станом здоров'я та захворюванням на хронічний панкреатит визначені фактори ризику даної патології, надана кількісна оцінка з використанням показника сили впливу та їх ранжування та визначена їх роль у виникненні патології з розробкою механізму прогнозування ризику розвитку хронічного панкреатиту; встановлена вирішальна роль у виникненні захворювання соціальних, біологічних та психологічних факторів.

5. На основі комплексного методичного підходу проведено оцінку якості життя населення, що хворіють на хронічний панкреатит, в тому числі залежно від віку та статі, а також розроблено та обґрунтовано математичну модель розрахунку якості життя для прогнозування якості життя хворого на хронічний панкреатит, встановлено, що якість життя у хворих на хронічний панкреатит має середній рівень (55,73%) та істотно залежить від віку хворих.

6. Проаналізовано організацію медико-санітарної допомоги та реабілітацію хворих на хронічний панкреатит та дана об'єктивна оцінка якості та рівня реабілітаційних заходів з метою виявлення її недоліків; виявлено низький рівень охоплення хворих на хронічний панкреатит динамічним спостереженням; визначено недостатню спадкоємність лікарів в забезпеченні медичної допомоги та реабілітації, виявлено несвоєчасну госпіталізацію при наданні екстреної медичної допомоги.

7. Адаптовано організаційно-функціональний підхід в створенні моделі покращення якості та ефективності моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

8. Розроблено концептуальні принципи реабілітації хворих на хронічний панкреатит, що включають: вчасність початку реабілітації, єдність лікування та реабілітації, багатодисциплінарність, між секторальний підхід, функціональну цілеспрямованість, безперервність, послідовність, спадкоємність, урахування

індивідуальних особливостей пацієнта та оцінку ефективності реабілітаційних заходів.

9. Визначено роль пацієнта в досягненні системних цілей – мінімізацію несприятливих подій при хронічному панкреатиті, встановлено значну частоту недбалого ставлення до свого здоров'я, оскільки $70,3 \pm 2,6\%$ пацієнтів не можуть на долікарському рівні самостійно провести заходи щодо попередження захворювання, так лише $34,7 \pm 2,8\%$ хворих проходять оздоровлення в санаторно-курортних закладах, $50,3 \pm 2,9\%$ мають недостатність рівень знань з дієтичного харчування, фізіотерапевтичні процедури виконують лише до $62,7 \pm 2,8\%$, ранкову гімнастику роблять $64,0 \pm 2,8\%$ хворих.

Удосконалено (уточнено):

– напрями між секторальної взаємодії територіальних центрів громадського здоров'я, органів місцевого самоврядування, роботодавців, пенітенціарної служби, закладів вищої освіти, неурядових, правозахисних, релігійних та інших організацій в забезпеченні медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

– уточнені статистичні дані щодо факторів ризику, які асоціюються з розвитком хронічного панкреатиту, зокрема виявлено, що поряд з відомими факторами, такими як: переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі, хронічне вживання алкоголю, захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) та тютюнопаління для мешканців Харківської області притаманні й інші достовірні фактори ризику соціально-економічної спрямованості - низький дохід на 1-го члена сім'ї, відсутність вищої освіти, відсутність активного відпочинку та інші.

Набули подальшого розвитку знання щодо:

– дослідження та встановлення особливостей і тенденцій захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози в регіональному контексті;

– теорії вивчення провідних факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення;

– проблем організації та проведення медико-соціальної реабілітації серед хворих на хронічний панкреатит, визначених з використанням багатомірних методів аналізу даних, зокрема її недосконалість, екстенсивний розвиток, детермінованість, низьку ефективність і керованість та значну варіабельність показників у різних районах області.

Теоретичне значення дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини як науки в частині оптимізації організації медичної, соціальної та психологічної реабілітації населення, що хворіє на хронічний панкреатит.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

– розробки та впровадження якісно нової оптимізованої моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит, яка здатна забезпечити її медичну та соціальну ефективність;

– розробки реєстру захворювань підшлункової залози серед дорослого населення, який дозволить своєчасно та ефективно проводити профілактичні та реабілітаційні заходи;

– розробки та впровадження в засоби персоніфікованої оцінки факторів ризику хронічного панкреатиту за комплексом медико-соціальних та біологічних факторів;

– впровадження в лікарську практику методики прогнозування ризику розвитку хронічного панкреатиту серед населення для забезпечення раннього виявлення провісників загострення хронічного панкреатиту;

– впровадження в лікарську практику використання математичної моделі розрахунку якості життя для прогнозування якості життя хворих на хронічний панкреатит;

– впровадження алгоритму ідентифікації пацієнтів в залежності від ризику виникнення хронічного панкреатиту;

– обґрунтування та впровадження методики визначення пріоритетних елементів моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

– впровадження критеріїв та алгоритмів визначення обсягів і оцінки ефективності моделі реабілітації на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги;

– оптимізації навчальних програм при підготовці організаторів охорони здоров'я, гастроентерологів, сімейних лікарів, лікарів санаторно-курортних закладів, реабілітологів як на до дипломному, так і післядипломному рівнях;

– розробки лекційних курсів та підготовки навчальних посібників з організації надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Впровадження результатів дослідження здійснено:

а) *на галузевому рівні* при підготовці:

– свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір № 72898 «Анкета-опитувальник для оцінки якості життя хворих на хронічний панкреатит (додаток до історії хвороби)» (дата реєстрації: 17.07.2017);

– нововведення: «Оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит», Реєстр галузевих нововведень (Випуск 4), с.533-534, Київ-2018, Реєстр. № 599/4/17.

б) *на регіональному та локальному рівні:*

– шляхом впровадження результатів дослідження у практичну охорону здоров'я Харківської області: комунального некомерційного підприємства «Балаклійський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Балаклійської районної ради Харківської області (акт впровадження від 25.04.2019 р.); комунального закладу охорони здоров'я «Мерефянська центральна районна лікарня» Харківського району Харківської області (акт впровадження від 28.03.2019 р.); комунального некомерційного підприємства «Зміївська центральна районна лікарня» (акт впровадження від 29.05.2019 р.);

– використанні в навчальному процесі кафедр соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету (акт впровадження від 23.05.2019 р.); громадського здоров'я медичного інституту Сумського державного університету (акт впровадження

від 28.05.2019 р.); соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського (акт впровадження від 03.06.2019 р.); громадського здоров'я Ужгородського національного університету (акт впровадження від 05.06.2019 р.); організації охорони здоров'я та соціальної медицини національного медичного університету ім. О. О. Богомольця (акт впровадження від 23.04.2019 р.); громадського здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (акт впровадження від 14.06.2019 р.); соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії (акт впровадження від 12.06.2019 р.); соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (акт впровадження від 29.01.2019 р.); соціальної медицини, управління та бізнесу Харківської медичної академії післядипломної освіти (акт впровадження від 26.06.2019 р.); організації охорони здоров'я, публічного управління та адміністрування Харківської медичної академії післядипломної освіти (акт впровадження від 14.06.2019 р.). Кількість актів впровадження – 13.

Особистий внесок здобувача.

Особисто автором було визначено мету та завдання дослідження, розроблено програму дослідження, для вирішення визначених завдань, обрано методичний апарат, здійснено збір і викопіювання, обробку та аналіз первинної інформації. Був проведений аналіз науково-інформаційних джерел як вітчизняної, так і світової літератури по даній медико-соціальній проблемі. Для проведення статистичного дослідження були розроблені відповідні анкети та проведено збір матеріалу. Епідеміологічне і соціологічне дослідження проведені особисто автором, було вивчено поширеність хвороб підшлункової залози в популяції, фактори ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення, якість життя хворих на хронічний панкреатит, організацію надання медичної допомоги та реабілітацію хворих на хронічний панкреатит. Дані, отримані в результаті

статистичного дослідження були оброблені, систематизовані, проаналізовані з подальшим узагальненням та інтерпретацією результатів, що знайшло своє відображення в дисертаційних висновках та були опубліковані в наукових працях за темою дисертаційної роботи.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації обговорювались на науково-практичній конференції «Історична спадщина та сучасні аспекти забезпечення громадського здоров'я в Україні», з нагоди 140-річчя від дня народження С. А. Томіліна (1877–1952), видатного соціал-гігієніста та демографа, завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту 25 жовтня 2017 року м. Харків; науково-практичній конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» 24 жовтня 2018 року м. Харків; науково-практичній конференції молодих вчених з міжнародною участю «Медицина ХХІ століття», присвяченій 95-літньому ювілею Харківської медичної академії післядипломної освіти 23 листопада 2018 року, м. Харків; II міжнародній науково-практичній конференції «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення», 24 жовтня 2019 року, м. Харків.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 13 наукових робіт, в тому числі 5 статей у фахових виданнях, регламентованих МОН України (з них: 1 в журналі, що включений до міжнародної наукометричної бази Scopus, 2 в журналах, що входять до наукометричних баз, 2 – в фахових журналах), 8 робіт – у матеріалах наукових конференцій, 1 нововведення та 1 авторське свідоцтво на винахід.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 242 сторінках (основний текст – 156 сторінок); включає анотацію, вступ, аналітичний огляд наукової літератури, програму дослідження та п'ять розділів власних досліджень з аналізом отриманих даних, висновки, практичні рекомендації, 6 додатків; містить 20 таблиць та 13 рисунків. Список використаних джерел літератури складається з 307 найменувань, з них 56 – іноземні.

РОЗДІЛ І
СУЧАСНЕ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ
ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ
(аналітичний огляд наукової літератури)

Захворювання шлунково-кишкового тракту в Україні – це актуальна проблема серед дорослого населення в структурі загальної захворюваності. За останні 10 років кількість первинних звернень у 3-4 рази збільшилась з приводу цих хвороб [186, 221].

Одне з провідних місць серед захворювань підшлункової залози посідають панкреатити. Хронічний панкреатит є важливою не тільки медичною, але і медико-соціальною, та економічною проблемою. Ця проблема актуальна не тільки для населення України, а також і для інших країн світу. В зв'язку з високою поширеністю, зростанням показників захворюваності, рівня тимчасової непрацездатності, інвалідизації населення хронічний панкреатит є важливою соціально-економічною проблемою [140, 141]. Спостерігається зниження якості життя при рецидивуючому перебігу хронічного панкреатиту у хворих з розвитком ускладнень, які потребують хірургічного лікування, що приводить до інвалідності серед працездатного населення.

Питома вага хронічного панкреатиту серед захворюваності органів шлунково-кишкового тракту складає 5,1-9 %, а в загальній клінічній практиці – 0,2-0,6 % [141].

Хронічний панкреатит – це тяжке захворювання, що потребує значних економічних витрат, значних фізичних та емоційних зусиль, кваліфікованих працівників системи охорони здоров'я. Епідеміологія хронічного панкреатиту для визначення динаміки епідеміологічних процесів вивчає як соціальні, так і біологічні фактори [140].

1.1. Загальні тенденції епідеміології хронічного панкреатиту.

Аналізуючи епідеміологічні дані, необхідно констатувати, що є різниця по хронічному панкреатиту в статистичних даних в Україні та інших країнах

Європи та світу. В Україні в формах Центра статистики Міністерства охорони здоров'я хронічний панкреатит не реєструється окремою статистичною нозологією, а входить в групу захворювань підшлункової залози, де займає найбільш провідне місце.

За даними літератури захворюваність на хронічний панкреатит має свою динаміку. Так якщо в 1980-і роки вона складала 3,5-4,0 на 100 тис. населення, то за останнє десятиліття щорічно реєструється 8,2-10,0 випадків на 100 тисяч населення [220]. Захворюваність на хронічний панкреатит постійно зростає та складає 4-8 випадків, а показник поширеності – 25 випадків на 100 тис. населення [27, 182, 220]. В Україні високі рівні поширеності хронічного панкреатиту (230 випадків на 100 тис. населення) та захворюваності (2400 випадків на 100 тис. населення [116]). Ці показники є значно вищими, ніж в країнах Європи, при цьому тенденція до подальшого зростання епідеміологічних показників зберігається.

Опубліковані показники захворюваності на хронічний панкреатит у Великобританії і США становлять 4 на 100 тис. населення, один з найвищих у Фінляндії – 13,4 на 100 тис. населення. Середній рівень захворюваності в Данії 10,0, Польщі 5,0, Німеччини 6,4, Чехії 7,8 та Франції 7,7 на 100 тис. населення [275]. В Китаї рівень захворюваності на хронічний панкреатит складає 9,9 на 100 тис. населення. На початку XXI століття в Японії найвищий рівень захворюваності на хронічний панкреатит складав 32,9 на 100 тис. населення. Інтенсивне зростання захворюваності на хронічний панкреатит серед всіх вікових груп спостерігається в Росії. Серед дітей вона складає 9,0-25,0 випадків та 27,4-50,0 серед дорослого населення на 100 тис. населення, що є значно вищим показником ніж в країнах Європи [250, 306].

За останні 30 років у світі відзначається двократне зростання числа хворих на хронічний панкреатит [84, 88, 176]. Поліпшення способів діагностики захворювання – це не єдина причина зростання кількості хворих, вчені пов'язують це також зі зміною харчових звичок, збільшення вживання алкоголю, а також велике значення має вплив на геном клітини, що послаблює

механізми резистентності посилення дії несприятливих факторів зовнішнього середовища [104].

У популяційних дослідженнях встановлено, що чоловіки хворіють на хронічний панкреатит частіше (6,7 випадки на 100 тис. населення), ніж жінки (3,2 випадки на 100 тис. населення), при цьому алкогольна етіологія частіше зустрічається серед чоловіків, а біліарний, гіперліпідемічний та ідіопатичний хронічний панкреатит зустрічається частіше у жінок [220, 275].

Наслідком захворювання на хронічний панкреатит є значне зниження соціального статусу пацієнтів молодого і середнього (найбільш працездатного) віку, зниження якості їх життя. Ранні ускладнення при рецидивуючому перебігу хронічного панкреатиту виявляють у 30% випадків. За даними літератури первинна інвалідизація при хронічному панкреатиті досягає 15%, а летальність – 5,1%. Рівень смертності при хронічному панкреатиті становить 20% після 10 років та до 50% – при 25-літньому перебігу хвороби від всіх хворіючих [116]. Летальність через 20 років в середньому складає 11,9%, при цьому 15-20% хворих на хронічний панкреатит помирають від ускладнень, що пов'язані з атаками захворювання, а інші від інфекційних ускладнень та порушення травлення внаслідок захворювання. Велике значення має той факт, що хронічний панкреатит є фактором ризику виникнення карциноми підшлункової залози. В 5 разів збільшується ризик виникнення раку при наявності хронічного панкреатиту протягом 20 років [268].

Хронічний панкреатит найчастіше діагностується у пацієнтів віком від 30 до 50 років, які є найбільш працездатною частиною населення [117], що свідчить про його не лише медичну, а і соціальну важливість.

У популяційних дослідженнях було відзначено, що чоловіки захворюють хронічним панкреатитом частіше (6,7 випадків на 100 тис. населення), ніж жінки (3,2 випадків на 100 тис. населення). Питома вага жінок, хворих на хронічний панкреатит за останні роки збільшилася на 30%. Хронічний панкреатит алкогольної етіології зустрічається частіше серед чоловіків, а

біліарнозалежний, гіперліпідемічний та ідіопатичний хронічний панкреатит зустрічається частіше у жінок [220].

Важливе значення має той факт, що 46,1% дорослого населення з патологією підшлункової залози – це люди працездатного віку, 52,1% складають люди похилого віку і 2,4% випадків припадає на долю дітей [220].

Найвищі показники розповсюдження в Україні даної патології виявлені в м. Києві, Вінницькій, Одеській, Хмельницькій та Дніпропетровській областях. В Запорізькій, Волинській та Львівській областях рівень розповсюдження найнижчий. Харківська область з показником 2359,0 на 100 тис. дорослого населення займає середнє положення [220]. До 2013 року включно відбувався приріст в динаміці розповсюдження хронічного панкреатиту, після 2013 року в Україні показники розповсюженості є нижчими. Зниження рівня цих показників є не результатом реального зниження захворюваності, а результатом соціально-політичної ситуації в Україні [220].

Показник вперше зареєстрованих діагнозів підшлункової залози за останні роки збільшився на 6,5%, що свідчить про актуальність проблеми хронічного панкреатиту. Високі показники були зафіксовані в Дніпропетровській, Херсонській, Одеській, Миколаївській областях, а низькі – в Запорізькій та Волинській областях [220].

Хронічний панкреатит частіше зустрічається у мешканців міста (75,2%), ніж у сільських мешканців (24,8%), що вказує на несприятливий вплив урбанізації щодо виникнення даного захворювання. В сільській популяції спостерігається зростання показника розповсюженості хронічного панкреатиту [220].

Хронічний панкреатит – це захворювання, яке потребує також хірургічного втручання, оперативне втручання при даній патології складає 18,3% від всіх операцій на підшлунковій залозі. Кількість оперативних втручань при хронічному панкреатиті становить більше 800 випадків за рік [220].

Післяопераційна летальність досить висока - за останнє десятиліття летальність при операціях на підшлунковій залозі в 5 разів вища, ніж при операціях на органах травлення. А летальність при операціях при хронічному панкреатиті виросла в 1,2 рази [220].

Проведений аналіз особливостей поширеності хронічного панкреатиту серед населення, а також питань патогенезу і етіології цієї хвороби дає можливість визначити певні фактори ризику її виникнення, що в свою чергу дозволить удосконалити медичну допомогу та реабілітацію даного контингенту населення.

Хронічний панкреатит є поліетіологічним захворюванням. Фактори, що впливають на виникнення та прогресування хронічного панкреатиту ряд авторів умовно розділяють на ендогенні та екзогенні фактори [185]. До ендогенних факторів ризику відносять спадкові та генетичні фактори, метаболічні та гормональні порушення, а також вироблення аутоантитіл. Серед основних екзогенних факторів виділяють хронічне вживання алкоголю, тютюнопаління, вживання жирної, гострої, смаженої їжі, вплив стресових факторів та інші.

Існує достатня кількість класифікацій хронічного панкреатиту. Першою міжнародною класифікацією була Марсельська класифікація 1963 році, але вона дозволяла класифікувати панкреатити лише на основі морфологічних змін в підшлунковій залозі без урахування функціональних змін при проведенні гістологічних досліджень. Через це в 1984 році Марсельська класифікація була переглянута, але і нова редакція не враховувала зв'язок між морфологічними змінами та етіологією і патогенезом хронічного панкреатиту. Тому в 1988 році на основі цієї класифікації була створена Марсельсько-Римська класифікація, та не дивлячись на її переваги, а саме виділення 4 основних форм хронічного панкреатиту, для формування діагнозу необхідно було проводити морфологічне дослідження, що було достатньо складно на той час. В 1983 році в Кембриджі була розроблена класифікація хронічного панкреатиту, яка основана на результатах методів візуалізації. В 1996 році ця класифікація була уточнена в

Марселі та стала відома як Марсельсько-Кембриджська. В ній вперше було виділено ступені тяжкості хронічного панкреатиту, хоча сучасні методи, які необхідно було використовувати для даної класифікації були доступні лише в сучасних центрах, що унеможливило її масштабне використання в клініках [88, 103].

В зв'язку з тим, що для оформлення одного діагнозу хронічного панкреатиту необхідно було використовувати три міжнародні класифікації, стала нагальна потреба в розробці нової класифікації цього захворювання, яка була розроблена та опублікована в 2007 році групою німецьких панкреатологів під аббревіатурою M-ANNHEIM, що включила в себе відображення не тільки фази, стадії, тяжкості протікання захворювання, але й даних щодо факторів ризику. В цій класифікації фактори ризику згруповані за декількома основними категоріями, а саме: зловживання алкоголем, тютюнопаління, нутритивні фактори, спадковість, еферентні фактори, які впливають на діаметр панкреатичних протоків та затруднюючих відтік секрету підшлункової залози, імунологічні фактори, метаболічні та інші фактори ризику [88, 244].

Надмірне вживання алкоголю, тютюнопаління, зловживання жирною, гострою, жареною їжею, білковий дефіцит, неконтрольований прийом медикаментозних засобів є причиною виникнення і прогресування хронічного панкреатиту [49, 142, 394].

Фактори ризику, які впливають на здоров'я, мають також складові способу життя, такі як: організація харчування, надмірні фізичні навантаження, матеріальний достаток, психо-емоційне напруження, характерне зниження рухової активності.

Зловживання алкоголем – це один з провідних етіологічних факторів, на долю якого припадає 60-70% усіх хронічних панкреатитів [27, 266, 297]. З підвищенням вживання алкоголю ризик виникнення хронічного панкреатиту зростає, так само, як і показники смертності у пацієнтів, хворих на хронічний панкреатит, які зловживають алкоголем. Хронічний панкреатит розвивається у 5-15% пацієнтів, які вживають великі дози алкоголю. Токсичну дію алкоголю

підсилює висококалорійна, насичена білком дієта, дефіцит вітамінів та мікроелементів [244, 266]. Щоденні дози етанолу (більше 80 г за добу протягом 3-10 років) в 2-3 рази збільшують ризик виникнення хронічного панкреатиту [88]. Спостерігається лінійна залежність між прийомом алкоголю та логарифмічним ризиком виникнення хронічного панкреатиту [103].

Вживання м'ясної жирної гострої смаженої їжі створює додаткове навантаження на підшлункову залозу, в зв'язку з чим підшлункова залоза змушена посилено для нормального травлення виробляти необхідні ферменти, які в свою чергу здійснюють шкідливий вплив на саму залозу [1, 2, 27, 29, 31, 156, 244, 296].

Жовчнокам'яна хвороба – це важливий фактор ризику хронічного панкреатиту. Протоки підшлункової залози та жовчного міхура формують загальний проток і коли камінь, що вийшов з жовчного міхура та застряв в ньому буде перешкоджати виведенню жовчі і соку підшлункової залози, що супроводжується розвитком запального процесу і в жовчному міхурі, і в підшлунковій залозі. Серед факторів ризику хронічного панкреатиту патологія жовчовивідних шляхів має місце в 35-56% випадків, в Європі – від 30% до 50% гострого панкреатиту [29, 31, 103, 159, 244, 266].

Травми живота, наприклад, при падінні чи ударі, можуть приводити до пошкодження підшлункової залози, та, як наслідок, ферменти, які виробляє підшлункова залоза починають активуватися безпосередньо в цій залозі та перетравлювати її [244, 266].

Наявність таких захворювань як ентерит, виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки негативно впливає на роботу підшлункової залози. При запаленні слизової оболонки 12-палої кишки знижується швидкість відтоку соку підшлункової залози, що приводить до набряку тканин та затруднення відтоку панкреатичного соку в просвіт кишківника. Порушення моторики кишківника затрудняє виведення соку підшлункової залози. Можлива penetрація виразки в підшлункову залозу з подальшим руйнуванням її тканини, що приводить до виникнення хронічного панкреатиту [29].

Тютюнопаління – це фактор ризику хронічного панкреатиту, оскільки тютюн інгібує секрецію бікарбонатів, при палінні сигарети запускається процес вироблення ферментів. Коли в ротову порожнину потрапляють аміак, нікотин, смола та інші подразники запускається процес вироблення слини, а через нервові імпульси виділяється панкреатичний сік в підшлунковій залозі, але вплив нікотину приводить до спазму судин та перекриває шлях для його виходу. У пацієнтів, що палять діагноз хронічного панкреатиту встановлюється в середньому на 4,7 роки раніше, ніж у тих, які не палять [5, 88]. Тютюнопаління в 4,9 разів збільшує ризик кальцифікації підшлункової залози у тих осіб, що зловживають алкоголем [88]. При тютюнопалінні розвивається фіброз, який збільшується після повторної запальної реакції зі зменшенням об'єму екзокринної та ендокринної паренхіми [1, 27, 29, 265, 266, 275].

Психоемоційне напруження негативно впливає на роботу всіх органів і систем, в тому числі і системи травлення. Стрес займає серед психологічних факторів провідне місце, зустрічається як в повсякденному житті, так і на робочому місці. Відбувається активізація нервової системи та поява в крові біологічно активних речовин, які змінюють діяльність внутрішніх органів: кровообігу, дихання, травлення. Спазми судин і м'язів, в тому числі протоків підшлункової залози і жовчного міхура, що викликані психоемоційним напруженням та стресами негативно впливає на функціонування цих органів. Згідно пріоритетних цілей глобального плану ВООЗ на 2006-2025 роки зменшення поширеності хвороб, що виникають під впливом стресу, є дуже актуальним завданням. У формуванні здоров'я населення в даний час не викликає сумніву важливість ролі стресу, в тому числі виробничого стресу [14, 83].

Порушення режиму харчування також негативно впливає на ефективність роботи травної системи, нормальне засвоєння їжі та перебіг обміну речовин, погіршує самопочуття [1, 29, 156, 267, 305].

Вроджені аномалії підшлункової залози призводять до зміни просвіту протоки підшлункової залози, в наслідок чого порушується відток панкреатичного соку [244].

Схильність до переїдання має негативний вплив на організм людини в тому числі на підшлункову залозу, оскільки вона повинна переробляти велику порцію їжі. Переїдання також часто призводить до виникнення жовчнокам'яної хвороби через осідання великої кількості холестерину в жовчному міхурі людини [1, 28, 31, 156, 223].

Прийом токсичних лікарських препаратів має токсичну дію на підшлункову залозу, дані препарати призводять до порушення синтезу ферментів та запалення самої залози, що вкрай негативно позначається на її роботі [1, 27, 103, 266].

Одним з факторів ризику хронічного панкреатиту є генетичні мутації, що приводять до виникнення ферментопатій і як наслідок виникає хронічне рецидивуюче запалення. Ген муковісцидозу, ген панкреатичного секреторного інгібітору трипсину та ген катіонного трипсиногену – це основні гени, в яких відбуваються мутації [1, 15, 40, 66, 244, 266].

Спадковий панкреатит має чотири форми: 1) істинно спадковий панкреатит (відсутність інших етіологічних факторів з аутосомно-домінантним типом успадкування); 2) сімейний панкреатит (панкреатит різної етіології, що виникає в даній сім'ї з більш високою частотою, ніж в популяції); 3) ранній і пізній ідіопатичний панкреатит; 4) тропічний панкреатит [88, 244, 288].

Таким чином, хронічний панкреатит розпочинається внаслідок взаємодії факторів внутрішнього та зовнішнього середовища. Проведення ідентифікації факторів зовнішнього середовища, які сприяють виникненню захворювання – це основний простий засіб профілактики хронічного панкреатиту. Усунення впливу факторів зовнішнього середовища надає можливість більш реально знизити ризик виникнення захворювання, ніж проведення зміни внутрішнього середовища індивідуума.

Основні напрямки, в яких повинно проводитись дослідження – це виявлення факторів ризику хронічного панкреатиту, а також є необхідність в розробці ефективних схем для попередження даного захворювання. Проведення первинної профілактики хронічного панкреатиту є ефективним засобом вирішення тих важливих медико-соціальних проблем, що стоять перед медичною спільнотою. В той же час це дозволяє проводити економію матеріальних коштів, оскільки хронічний панкреатит є захворюванням, яке достатньо витратне для країн всього світу, незалежно від їхніх систем організації надання медичної допомоги. Вчасно проведені заходи первинної профілактики даного захворювання дозволяють заощадити кошти, що мали бути витрачені на лікування цього медико-соціального захворювання.

Отже, провівши аналіз літератури по факторах ризику хронічного панкреатиту серед населення були виявлені основні фактори, що призводять до даного захворювання, проаналізовано різні класифікації, що використовуються для класифікації хронічного панкреатиту. При цьому аналізі було визначено, що в літературі відсутні кількісні характеристики факторів ризику хронічного панкреатиту, а саме питома вага фактору, сила впливу та інші, що стане предметом власного дослідження.

Важливим аспектом політики в галузі охорони здоров'я України є дослідження якості життя (QL). ВООЗ також приділяє велику увагу, характеризуючи системи охорони здоров'я, а саме дослідження їх ефективність, що має вивчатися з допомогою показників, які характеризують якість життя. В свою чергу якість життя має бути основою коли є необхідність розподілу матеріальних ресурсів в організації охорони здоров'я [9].

Якість життя досліджується на різних рівнях, а саме на двох основних рівнях - індивідуальному та популяційному. Проведення такого дослідження дає свої переваги при прогнозуванні хвороби, складанні плану проведення лікувальних заходів для окремого хворого та надає можливість об'єктивно оцінити стан пацієнта.

Дослідження якості життя стало одним з найбільш важливих моментів в організації медичної допомоги населенню при проведенні оцінки як терапевтичного, так і хірургічного втручання, як правило, у пацієнтів з хронічними захворюваннями, невиліковними захворюваннями з метою надання можливості хворому на протязі певного часу проживати без проявів або з мінімальними незручностями, які з'являються при виникненні захворювань, в тому числі і при хронічному панкреатиті [84].

До основних показників, що характеризують здоров'я населення з оцінкою надання йому медичної допомоги (захворюваність, смертність та інші) мають місце також критерії оцінки результатів самими пацієнтами, а саме оцінка якості життя, яка оцінюється ними по характеристиці їх самопочуття, активності, наявності дискомфорту [115].

Галузь охорони здоров'я також не могла залишитися осторонь розвитку такого поняття як «якість життя», так як відбувався розвиток цього напрямлення, проходили зміни в складі загальної захворюваності зі збільшенням кількості хворих з хронічними захворюваннями та невиліковними захворюваннями, що мали необхідність в покращенні їх якості життя. А після прийняття в 1946 р. Уставу ВООЗ в місті Нью-Йорк, США, в якому було надано одне з основних визначень поняття «здоров'я», яким користуються і в теперішній час, де йшлося про те, що здоров'я – це не лише коли немає хвороб та фізичних дефектів, а людина знаходиться в стані повного соціального, фізичного та душевного добробуту. Після цього і почалися фундаментальні дослідження якості життя в медичній сфері, якому останнім часом приділяється значна увага [10]. Ці дослідження проходили поетапно. На першому в 1950-х роках були здійснені перші оцінки якості життя. Через 35-40 років на наступному етапі по окремим захворюванням було складено путівник по оцінці якості життя хворих. А вже на третьому етапі методики оцінки якості життя хворих були використані для аналізу стану пацієнтів в процесі проведення клінічних досліджень.

Існує достатньо багато підходів до визначення поняття «якість життя». ВООЗ в 1999 році надала визначення поняттю «якість життя», згідно з яким – це ступінь сприйняття окремими людьми або їх групами того, що їх потреби задовольняються, а необхідні для досягнення благополуччя та самореалізації можливості представляються. На думку інших експертів ВООЗ, якість життя – це індивідуальне співвідношення цілей людини в суспільстві, його планів і можливостей з положенням індивіда в житті суспільства в контексті культури і систем цінностей цього суспільства [186].

Вплив на здоров'я населення великої кількості факторів громадського життя, стану зовнішнього середовища призвело до виникнення і розповсюдження в літературі та в практичній медицині використання терміну «якість життя по відношенню до здоров'я пацієнта [51].

Вивчаючи ефективність і якість медичної допомоги, з урахуванням основних критеріїв, де окрім економічності та науково-технічного рівня велике значення має поняття адекватності, що за даними групи ВООЗ – це необхідність для пацієнта досягти прийнятної якості життя. При цьому показник якості життя може бути основою для розробки програм, моніторингу стану здоров'я хворого як під час проведення лікування, так і через певні проміжки часу [186].

Міжнародне загальноприйняте поняття «якості життя» базується на 9 основних складових, а саме: вартості життя, культурі та дозвіллі, економіці, зовнішньому середовищі, свободі, здоров'ї, інфраструктурі в місці проживання, безпечності і ризику та клімату. При цьому за кордоном був введений термін «Health-related quality of life», що в перекладі на українську має назву «Якість життя, що пов'язана зі здоров'ям» та широко використовується в літературі [219].

Якість життя визначається рівнем задоволеності індивідуума своїми потребами, що характеризує наскільки є задоволеність життям в цілому у даної особи [56, 98].

Проведення анкетування – це основний метод вивчення якості життя, що дозволяє відтворити здоров'я пацієнта з допомогою показників, які мають кількісне відображення за основними напрямками, а саме: духовністю, самостійністю, зовнішнім середовищем, факторами психології, фізичними факторами та іншими. В результаті його проведення ми отримуємо інтегральну характеристику психологічного, фізичного та соціального функціонування особи, що ґрунтується на її суб'єктивному сприйнятті [10, 188].

Отримання інформації щодо вивчення якості життя хворих проходить за допомогою анкетування пацієнтів з використанням багатьох опитувальників, які поділяють на неспецифічні (загальні) та специфічні для окремого захворювання. Недоліком використання загальних опитувальників при вивченні якості життя в динаміці лікування конкретної патології є те, що вони не враховують зв'язок між змінами, що відбуваються та захворювання, що вивчається. Тим не менше, для оцінки здоров'я в цілому використовуються загальні опитувальники. Специфічні опитувальники розроблені не для всіх захворювань, хоча дають можливість оцінити вплив конкретного методу лікування на конкретну нозологію [219].

Досліджувати якість життя можна за різними методиками. Для цього необхідно мати сам опитувальник, в який ввійшли основні питання, обрати яким чином проводити опитування та визначити яким чином буде розраховуватись показник якості життя на основі відповідей респондента в опитувальнику. Якщо за допомогою загальних методик можливо провести оцінку якості життя без урахування стану особи, то використання специфічних методик дозволяє показати як впливає захворювання та його прояви на якість життя хворого. При цьому має місце інтеграція загальних і специфічних шкал та їх адаптація для більш ефективного визначення якості життя у пацієнтів з тією чи іншою патологією [85].

Для вивчення якості життя хворих на хронічний панкреатит рекомендовано використовувати загальний міжнародний опитувальник MOS SF-36 в комбінації зі шкалами опитувальника EORTC QLQ-C30 V3.0, що

дозволяє визначити його високу ефективність. Крім цього використовується опитувальник EORTC QLQ-PAN28. Представлені опитувальники повинні бути адаптовані для можливості самостійного заповнення респондентом, включати ті питання, на основі яких проводиться оцінка впливу захворювання на якість життя хворих [85, 159, 222].

Проведення дослідження якості життя в тому числі і при хронічному панкреатиті, базується на визначенні тих суб'єктивних відчуттів хворого, що є одним з основних показників в оцінці проведення лікувально-профілактичних заходів [85].

При організації дослідження впливу на якість життя хворих на хронічний панкреатит рівня виконання рекомендацій лікаря високий рівень якості життя був виявлений у пацієнтів, що знаходяться під активним динамічним спостереженням [10].

На якість життя при захворюванні на хронічний панкреатит має вплив велика кількість факторів, серед основних є такі: додержання дієти, постійний прийом ліків, наявність больового синдрому, ознаки тривоги та депресії, матеріальні витрати на придбання ліків та інші [10].

Проводячи дослідження якості життя, однозначно необхідно враховувати те, що якість життя є доволі умовним непостійним показником, на який впливає багато факторів, але він дозволяє на нижньому рівні проводити в динаміці дослідження хворого, даючи оцінку проведенню лікування та відновлення пацієнта з прогнозуванням ефективності цих заходів, динаміки зміни стану здоров'я, а на вищому рівні проводити оцінювання якості надання лікувально-профілактичної допомоги населенню з метою якісного її покращення, сприяти вибору найбільш точно направлених способів лікувального впливу, впливати на витрати, пов'язані з необхідністю проведення лікування [186].

Отже, організація дослідження якості життя, в тому числі і для оцінки лікувально-профілактичних заходів, особливо на первинному рівні надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит в Україні, є актуальним

завданням, що дозволяє бути критерієм оцінки результатів захворювання з позиції пацієнта [115].

1.2. Стан медико-санітарної допомоги та реабілітаційних заходів хворим на хронічний панкреатит.

За програмою ВООЗ “Здоров’я для всіх у 21 столітті” було визначено основні задачі для країн щодо досягнення здоров’я населення на всіх рівнях (державному, регіональному та місцевому). Удосконалення медико-санітарної допомоги, розробка та впровадження реабілітаційних заходів для хворих на хронічний панкреатит має бути одним з основних напрямів роботи Міністерства охорони здоров’я.

На теперішній час допомога хворим на хронічний панкреатит в Україні надається згідно нормативно-правового документу: Наказу МОЗ України від 10.09.2014 року № 638 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті» з затвердженням Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації "Хронічний панкреатит". Положення уніфікованого клінічного протоколу, побудованого на доказах, спрямовані на створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам із хронічним панкреатитом і охоплюють всі етапи. Заходи з профілактики, своєчасного виявлення даного захворювання, лікування, реабілітації дозволять суттєво поліпшити якість та зменшити витрати на медичну допомогу.

Покращення організаційних заходів з надання медичної допомоги з повною реалізацією реабілітаційних заходів хворим на хронічний панкреатит – це одне з актуальних завдань, що стоїть перед медичною спільнотою не тільки в Україні, але і за її межами.

Реформування в галузі охорони здоров’я з запровадженням електронної системи e-health в Україні дозволить удосконалити медико-статистичну

реєстрацію хронічного панкреатиту, дозволить на більш високому рівні проводити динамічне спостереження за хворими, надасть можливість швидкого формування наукових висновків, що призведе до оптимізації та удосконалення надання медичних послуг пацієнтам з цим захворюванням на всіх рівнях, починаючи з первинної ланки до проведення ефективних реабілітаційних заходів по відновленню працездатності громадянина. Водночас надання якісної медичної допомоги з досягненням високого рівня задоволеності населення та максимально можливих показників здоров'я має стати головною метою системи охорони здоров'я при організації надання медичної допомоги та проведенні реабілітаційних заходів населенню.

В організації надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит важливе значення приділяється профілактичним заходам як первинної, так і вторинної, та третинної профілактики, що має забезпечити вирішення комплексу медико-соціальних проблем, а також зниженню затрат як пацієнта, так і держави. Особливо в цьому відіграє значну роль організація проведення профілактичних заходів по дотриманню здорового способу життя, раціонального харчування, дозованого фізичного навантаження, відмова від шкідливих звичок, зниження впливу стресових факторів та інші.

Моніторинг за станом здоров'я відіграє важливу роль в системі організації медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит. Якісно організоване спостереження підвищує ефективність лікування, знижує частоту рецидивів захворювання. Оскільки, у хворих в наявності є структурні зміни підшлункової залози, повного відновлення функцій цього органу не відбувається навіть в період після загострення, тому важливо дотримуватися спадкоємності лікарям стаціонару та поліклініки з подальшим проведенням нагляду в амбулаторно-поліклінічних умовах та проведенням реабілітаційних заходів в умовах санаторію [8].

За останні роки в літературі все частіше дослідники ставлять питання по необхідності надання психологічної допомоги хворим на хронічний панкреатит. До цього призводить неухильне зростання захворюваності і поширеності

хронічного панкреатиту та розвиток загрозливих наслідків як для життя хворого, так і для нормального психо-соціального функціонування [89].

Хронічний панкреатит – це соматичне захворювання з вираженим психологічним компонентом. Соматичний дистрес проявляється як диспепсичний та больовий синдроми, а розвиток ускладнень з подальшою інвалідизацією та підвищеним ризиком розвитку раку підшлункової залози призводить до глибоких переживань в зв'язку з захворюванням. Хвороба спричиняє різноманітні зміни у психоемоційній сфері хворого: від ситуативних реакцій до важких переживань. Саме вивчення ролі та значення індивідуально-психологічних особливостей індивідуума є важливою задачею при розробці та застосуванні диференційованого психокорекційного індивідуального підходу при лікуванні пацієнта з даною патологією [116].

Включення діагностики та психологічної корекції у програму комплексної медико-психологічної допомоги хворим на хронічний панкреатит дозволить відкоригувати поведінку пацієнта, що без цих заходів здатен порушувати правила поведінки у закладі охорони здоров'я, конфліктувати з медичним персоналом та пацієнтами, самовільно змінювати лікарські призначення, можливі негативні наслідки через різні види залежностей, а саме: вживання алкогольних напоїв, «заїдання стресу», роботоголізм та інші. Для таких хворих характерна схильність до самопошкоджуючої та саморуйнівної поведінки, що проявляється в легковажному ставленні до свого здоров'я, знеціненні власного життя, самозвинувачуванні, характерно підвищення показників за шкалою агресії, низький вольовий контроль емоційних реакцій. Всі вищеназвані фактори значно впливають на лікування хворих, а їх усунення та корекція призведе до значно кращих результатів в лікуванні та реабілітації пацієнтів з хронічним панкреатитом [117].

Кількість непсихотичних психічних розладів серед хворих має тенденцію до зростання, в тому числі і серед пацієнтів з хронічним панкреатитом, серед яких провідне місце займають розлади тривожно-депресивного спектру та астено-невротичною симптоматикою, що призводить до виникнення

депресивного світосприйняття, і, в свою чергу, негативно впливає на результати лікування та проведення реабілітаційних заходів [245, 248].

Поєднання депресій та соматичних захворювань – це несприятливий фактор, що ускладнює процес діагностики, лікування та медичного обслуговування даного контингенту та негативно впливає на прояви і результат як психічного, так і соматичного захворювання. Песимістичне сприйняття хвороби, гіпертрофована оцінка її наслідків, тривожні побоювання, іпохондричні фобії, домінування уявлення про небезпеку порушення діяльності внутрішніх органів (як правило перебільшену) призводить до необхідності оцінки ступеня депресивності та її обов'язкову корекцію в кожному випадку [90, 179].

Отже, враховуючи високий рівень наявних психічних порушень, надання психологічної допомоги при лікуванні хворих на хронічний панкреатит та їх реабілітації з урахуванням усіх вищевказаних факторів має важливе значення для досягнення кінцевого позитивного результату.

Ефективність проведених профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів нерозривно пов'язана з якістю медичної допомоги. За визначенням ВООЗ (1998 р.) якість медичної допомоги – це точне (у відповідності зі стандартами) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нераціонального харчування. По даним ВООЗ при оцінці якості надання медичної допомоги важливе місце займає якість системи охорони здоров'я, що визначається як рівень досягнення системами охорони здоров'я істотних цілей в покращенні здоров'я та відповідності до справедливих очікувань населення [198].

ВООЗ виділяє три основні складові в наданні медичної допомоги: власне медична допомога (діяльність медичних працівників для забезпечення потреб пацієнтів в сфері охорони здоров'я, що характеризує рівень знань та досвід медичного персоналу), умови, в яких вона надається (місце надання, медична

апаратура, лікарські препарати, що характеризує умови роботи), стан хворого на момент початку надання медичної допомоги (вплив різних факторів: стать, вік, тяжкість хвороби, що характеризує сам об'єкт впливу) [230].

В Україні питаннями контролю якості медичної допомоги опікується Міністерство охорони здоров'я на основі чинних документів, а саме: Наказ МОЗ України від 18.12.2013 № 1110 "Про створення клініко-експертної комісії Міністерства охорони здоров'я України", Наказ МОЗ України від 06.08.2013 № 693 "Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги", Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 "Про порядок контролю якості медичної допомоги", Наказ МОЗ України від 21.09.2012 № 732 "Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року", Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 "Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги", Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 "Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року", Наказ МОЗ України від 20.07.2011 № 427 "Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги".

Якість медичної допомоги – це ступінь відповідності медичної допомоги встановленим стандартам її надання, вимогам та правилам, потребам та очікуванням пацієнтів, а також ступінь, в якій вона сприяє поліпшенню показників здоров'я населення [180].

Висока якість надання медичної допомоги – це основна мета функціонування системи охорони здоров'я, саме вона дозволить досягти максимально можливих показників громадського здоров'я та високого рівня задоволеності населення якістю медичної допомоги. Нажаль, дослідження, що мають оцінити якість надання медичних послуг показують, що велика частина пацієнтів не задоволена цією якістю. Можна виділити основні причини даної проблеми, а саме: недосконалість системи фінансування та недостатнє фінансування охорони здоров'я і як наслідок - недостатній рівень матеріально-

технічного оснащення та кадрового забезпечення, відсутність мотивації, висока ціна лікарських засобів, недосконалість структури надання медичної допомоги, недостатній розвиток первинної медико-санітарної допомоги, недостатня інформованість населення про їх права в області охорони здоров'я, відсутність єдиних підходів та критеріїв єдиної системи забезпечення якості та інші [174].

На якість медичної допомоги впливають ряд керованих факторів: рівень кваліфікації медичного персоналу, своєчасне та повне обстеження пацієнта, спадкоємність між етапами надання медичної допомоги, постійний аналіз діяльності лікарів, впровадження сучасних методів діагностики та лікування, дотримання санітарно-протиепідемічного режиму та інші [230].

Якість надання медичної допомоги нерозривно пов'язана з питанням якості організації надання медичної допомоги. Виділяють основні критерії якості організації надання медичної допомоги, а саме: доступність медичної допомоги, послідовність та непереривність медичної допомоги, орієнтування на пацієнта, його задоволеність, безпека процесу лікування, своєчасність медичної допомоги та науково-технічний рівень [230].

Важливим є те, що оцінка ступеня задоволеності якістю надання медичної допомоги як пацієнта, так і лікаря. Як наслідок, у кожного з них є об'єктивні та суб'єктивні критерії оцінки якості надання медичної допомоги, що впливає на сприйняття основних характеристик процесу надання медичної допомоги, рівня та якості медичних послуг, що надаються [81].

Концепція якості передбачає взаємопов'язану наявність трьох основних процесів: планування якості – процес підготовки до досягнення цілей якості; контроль якості – процес досягнення цілей якості та удосконалення якості [230].

Для оцінки якості медичної допомоги використовують велику кількість опитувальників, але незважаючи на їх кількість та широке впровадження в практику, частина з них має низьку якість, а результати, що тримані з їх використанням, не можуть бути порівняні між собою. Це одна з головних

причин, що не дозволяє відслідковувати динаміку рівня задоволеності пацієнта якістю медичної допомоги з можливістю подальшого її покращення [89].

Проблема в забезпеченні та оцінці якості медичної допомоги за даними експертних оцінок, низький її рівень в Україні, незадоволеність населення якістю медичної допомоги ставить високі задачі по вирішенню гострих питань перед Міністерством охорони здоров'я, особливо актуально це під час реформування системи охорони здоров'я.

Відсутність реальних інструментів по оцінці та контролю якості медичної допомоги призводить до того, що провести якісну оптимізацію якості надання медичної допомоги в практичній площині якщо і можливо, то, як правило, не в повному обсязі. Важливим є також здійснення забезпечення якості медичної допомоги на етапі проведення реабілітаційних заходів. На даному етапі на якість медичної допомоги впливають ряд факторів, а саме: якість проведених медичних заходів, якість засобів та умов досягнення цілей відновного лікування та медичної реабілітації, якість кінцевого результату медичної послуги. Основними принципами оптимізації якості медичного допомоги на етапі відновного лікування є: постійність цілей лікувально-відновного процесу, постійне удосконалення якості відновного лікування та медичної реабілітації, впровадження сучасних методів керівництва, використання положень та рекомендацій міжнародних і національних стандартів [164].

Комітет експертів з реабілітації ВООЗ (1963р.) наголосив, що реабілітація – це процес, метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювань і допомога хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах існуючого захворювання. А згодом Комітет ВООЗ (1980 р.) вніс корективи і визначення поняття «медична реабілітація» набуло такого вигляду: «медична реабілітація – це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це нереально, – оптимальна реалізація фізичного, психічного і

соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві».

В сучасних умовах медична реабілітація – це комплекс лікувальних заходів, що направлені на відновлення та розвиток фізіологічних функцій хворого з метою його адаптації до нових умов, що виникли внаслідок захворювання [12].

Виділяють наступні етапи реабілітації - амбулаторно-поліклінічний, стаціонарний та санаторно-курортний. На кожному етапі є свої задачі процесу відновного лікування, об'єм та зміст заходів, тривалість реабілітації та організаційні форми роботи з хворими. Реабілітація хворого на хронічний панкреатит в амбулаторно-поліклінічних умовах досить складна, так як основні задачі, що стоять перед фахівцем на цьому етапі, полягають в зменшенні дії етіологічних факторів, що призводять до виникнення чи рецидиву захворювання, а саме: психоемоційних, аліментарних, інфекційних та підвищення можливостей організму до адаптації з активізацією вегетативних, імунних, нейрогуморальних, регенераторних, ендокринних та психічних механізмів [12].

В зв'язку з тим, що основне навантаження при проведенні реабілітації хворих на хронічний панкреатит припадає на амбулаторно-поліклінічний етап через брак часу на прийомі дільничного лікаря для повноцінного проведення огляду, збору анамнезу, надання дієвих рекомендацій по дотриманню охоронного режиму, дієтичному харчуванню, лікувальній фізкультурі. В вирішенні даної проблеми для підвищення якості відновного лікування хворих на хронічний панкреатит все частіше ставиться завдання організації та функціонування спеціальних медико-педагогічних нозологічних гастрошкіл для пацієнтів, що дозволить покращити якість надання медичної допомоги та їх реабілітацію [184].

Санаторно-курортне лікування відіграє важливе значення у комплексі реабілітаційних заходів у хворих на хронічний панкреатит. Воно показане хворим у фазі ремісії або нестійкої ремісії. Курорти, що рекомендовані для

лікування хворих на хронічний панкреатит: питні курорти Закарпаття (санаторії – «Шаян», «Свалява», «Сонячне Закарпаття», «Квітка Полонини»), курорт Березовські мінеральні води (Харківська обл.), курорт Моршин (санаторії – «Дністер», «Лаванда», «Перлина Прикарпаття»), курорт Одеса (санаторій ім. Горького). Термін санаторно-курортного лікування складає 21-30 днів. Стимулювання захисно-приспосувальних сил організму внаслідок перебування в умовах санаторію сприяє відновленню організмом своїх функцій. Вживання мінеральних вод малої та середньої мінералізації гідрокарбонатного та сульфатного складу позитивно впливає стан хворого на хронічний панкреатит, а в поєднанні з дотриманням дієти № 5п, ранковою гігієнічною гімнастикою, груповою лікувальною фізкультурою складає фундамент ефективної реабілітації.

Після проведеної реабілітації хворих на санаторно-курортному етапі для оцінки медичної результативності реабілітації використовують наступні критерії: якість життя хворих до та після лікування в санаторії, віддалені результати лікування та оцінка лікувально-діагностичної діяльності [79, 163].

Висновки до розділу

На основі даних, що були отримані після аналізу фахової літератури можна зробити висновок, що хронічний панкреатит – це актуальна медико-соціальна проблема, для якої характерно зростання показників захворюваності та поширеності, наявність факторів ризику розвитку хронічного панкреатиту, необхідності досліджень аспектів якості життя, особливостей організації надання медико-санітарної допомоги та реабілітації хворим на хронічний панкреатит з вивченням критеріїв оцінки якості медичної допомоги.

При цьому питання вивчення проблеми хронічного панкреатиту залишається відкритим. На основі комплексного медико-соціального дослідження є можливість проведення кількісної оцінки впливу окремих факторів ризику з впровадженням методики раннього прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення, більш детального

вивчення якості життя хворих як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях з оцінкою обмежень, покращення організації надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит. Результати проведення даного дослідження дозволять оптимізувати та якісно підвищити рівень надання медико-санітарної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

РОЗДІЛ II

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення мети були визначені комплексні завдання дослідження, що базувались на системному підході, розроблена програма дослідження (рис. 2.1), яка вмістила 6 етапів із застосуванням відповідних методів.

На першому етапі дослідження було проведено вибір напрямку, формування мети, завдань, програми, обґрунтування комплексу методів, що використовуються, визначення обсягу та періодів проведення дисертаційного дослідження, а також проведений аналіз вітчизняних та світових науково-інформаційних джерел, нормативно-правових актів, статистично-довідникових матеріалів з питань поширеності хронічного панкреатиту серед населення, вивчення факторів ризику виникнення даного захворювання, якості життя хворих з цією патологією та організації надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

На другому етапі було проведено вивчення захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози серед дорослого населення м. Харкова та районів Харківської області залежно від статі та в динаміці за п'ятирічний період. Аналіз рівнів захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози серед дорослого населення, їх структури проведений за даними офіційної статистики. Первинним матеріалом були звітні форми № 12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу», що зведені за певними адміністративними територіями.

На третьому етапі необхідно було виявити фактори ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення, провести їх аналіз, надати кількісну характеристику по кожному фактору ризику. Також на цьому етапі проводилася розробка методики раннього індивідуального прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту, що дозволяє виявити ступені ризику виникнення хронічного панкреатиту для окремого індивідуума.



Рис. 2.1. Програма, матеріали та обсяги дослідження

Четвертий етап статистичного дослідження – це вивчення та оцінка якості життя хворих на хронічний панкреатит. Для цього з допомогою опитувальника, розробленого на основі як вітчизняних, так і міжнародних аналогів було проведено соціологічне дослідження.

На п'ятому етапі був проведений аналіз стану організації медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит. Був проведений аналіз даних соціологічного опитування та даних, отриманих з статистичних карт хворого, який вибув зі стаціонару (форма № 066/о).

На шостому, заключному етапі на основі отриманих результатах дослідження за допомогою методу концептуального моделювання було розроблено оптимізовану модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит та проведена її експертна оцінка. Для її ефективного функціонування була розроблена функціонально-організаційна модель реабілітації хворих на хронічний панкреатит, яка складається з об'єктів і суб'єктів управління та блоку наукового регулювання з його складовими, такими як: нормативно-правова складова, організаційно-структурне забезпечення, ресурсне забезпечення, кадрова складова, інформаційне забезпечення, клінічна складова та наукове забезпечення.

Залучені експерти методом експертних оцінок проводили оцінку ефективності запропонованої якісно нової моделі. За рядом критеріїв було проведено дослідження моделі, а саме: її етапність та наступність надання лікувально-профілактичної медичної допомоги, її профілактична складова, безпечність, системність, комплексність та зручність. Для оцінки була використана 10-бальна шкала. Проведення оцінювання експертами оптимізованої системи управління проходило за параметрами системності, стандартизованості, комплексності, профілактичної направленості та з прогнозуванням очікуваних наслідків впровадження даної моделі в практику охорони здоров'я. В дослідженні було використано комплекс обґрунтованих методів (рис. 2.2).

| МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ | |
|------------------------------------|-------------------|
| Методи дослідження | Етапи дослідження |
| 1. Системного підходу | I–VI |
| 2. Бібліосемантичний | I |
| 3. Статистичний | II–V |
| 4. Соціологічний | III–V |
| 5. Концептуальне моделювання | IV, VI |
| 6. Прогнозування | III, IV |
| 7. Експертних оцінок | VI |

Рис. 2.2. Методичний апарат дослідження

Системний підхід – для комплексної оцінки проблеми на всіх етапах дослідження;

Бібліосемантичний – для вивчення вітчизняного та зарубіжного досвіду досліджуваної патології;

Статистичний – для збору, обробки та оцінки отриманої інформації;

Соціологічний – для вивчення чинників ризику, якості життя, стану медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

Концептуальне моделювання – для розробки оптимізованої моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

Прогнозування – для розробки методики прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту та прогностичної матриці якості життя хворих на хронічний панкреатит;

Експертних оцінок – для оцінки експертами оптимізованої моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

У дослідженні використано багатофакторну класифікаційну схему хронічного панкреатиту M-ANNHEIM [88, 244], розроблену німецькими вченими в 2007 році на основі етіології, клінічної стадії та тяжкості захворювання, з урахуванням великої кількості факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту.

Множинні фактори ризику

A

Вживання алкоголю:

- надмірне споживання (> 80 г / день);
- високі дози (20 – 80 г / день);
- помірне споживання (< 20 г / день)

N

Дія нікотину: серед курців обчислення параметра пачко-років

Харчові фактори:

- особливості харчування (наприклад, високе споживання жирів і дефіцит білків);
- гіперліпідемія

H

Спадкові фактори:

- спадковий панкреатит;
- сімейний панкреатит;
- ідіопатичний панкреатит с ранніми проявами;
- ідіопатичний панкреатит с пізніми проявами;
- тропічний панкреатит (можливі мутації в генах PRSS1, CFTR та SPINK1)

E

Фактори, що впливають на діаметр панкреатичних протоків та відтік секрету підшлункової залози (еферентні фактори):

- pancreas divisum;
- кільцевидна підшлункова залоза та інші аномалії підшлункової залози;
- блокада протоків підшлункової залози (наприклад, пухлиною);
- посттравматичні рубцеві стенози протоків підшлункової залози;
- дисфункція сфінктера Одді

I

Імунологічні фактори. Аутоімунний панкреатит:

- асоційований з синдромом Гужеро-Шегрена;

- асоційований з запальними захворюваннями кишківника;
- асоційований з аутоімунними захворюваннями (наприклад, з первинним склерозуючим холангітом, первинним біліарним цирозом печінки)

М

Різні рідкісні та метаболічні фактори:

- гіперкальціємія и гіперпаратиреоз;
- хронічна ниркова недостатність;
- лікарський панкреатит;
- токсичний панкреатит

В дисертаційному дослідженні приймало участь доросле населення, в кількості 500 чоловік, з них 300 – це мешканці міста Харкова та Харківської області, які хворіли на хронічний панкреатит і звернулись за медичною допомогою в ЗОЗ з приводу цього захворювання. Соціологічне дослідження здійснювалося в умовах закладу охорони здоров'я м. Харкова, а саме у Харківській міській клінічній лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова. Крім цього, в дослідженні було задіяно 200 чоловік контрольної групи. Всі респонденти надали мотивовану інформаційну згоду.

Для вивчення факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту серед дорослого населення було проведено соціологічне дослідження з використанням розроблених анонімних анкет: “Карта опитування пацієнтів, з хронічним панкреатитом” (Додаток Б) та “Карта опитування респондентів контрольної групи (Додаток В). Позитивними властивостями використаного методу є оперативність отримання інформації та масовість охоплення.

Карти опитування окрім паспортних даних містять питання, щодо:

- загальних даних – стать, вік, матеріальне становище родини, освіта респондента;
- анамнезу життя – відомості стосовно наявності шкідливих звичок, психологічні особливості, фізична активність; хвороби, травми, операції, режим

дня, відпочинок, спадковість; питання харчування з урахуванням особливостей досліджуваної патології;

– організації лікувально-профілактичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит – кількість планових відвідувань лікарів в закладах охорони здоров'я з оцінкою їх діяльності пацієнтом, кількість випадків стаціонарного лікування протягом року, частоту проходження профілактичних оглядів, наявності у пацієнта рекомендацій по слідуванню за станом свого здоров'я та виконання ним цих рекомендацій, джерела отримання інформації з актуальних питань хронічного панкреатиту, надання йому перед госпіталізацією екстреної медичної допомоги, обізнаність пацієнтів щодо дотримання дієти при хронічному панкреатиті, питання довіри лікуючому лікареві та задоволеності медичною допомогою та інші.

Після заповнення респондентом анкети їй присвоювався свій код, проводилася обробка та статистичне групування інформації з використанням таблиць розподілу явищ за ознаками.

Для виявлення факторів, що сприяють виникненню хронічного панкреатиту було проведено порівняльний аналіз результатів основної та контрольної груп. Це дозволило виявити фактори ризику хронічного панкреатиту серед населення. Для обробки отриманих даних були використані методи дисперсійного аналізу. З допомогою стандартного значення критерія Фішера визначали ступінь достовірності впливу окремого фактору, а по критерію Ст'юдента – ступінь достовірності різниці розбіжностей основної та контрольної груп. При отриманні результату при $t \geq 2,0$ можна вважати, що різниця в показниках достовірна, для клінічних досліджень вона відповідає високому рівню безпомилковості – $p \leq 0,05$ та високому рівню достовірності при рівні надійності висновків – 95,0%.

Використання показника сили впливу, а також показника інформативності було необхідне для відображення значущості і точності окремо взятого фактору. отримані фактори були використані при прогнозуванні ризику виникнення хронічного панкреатиту.

Отримані дані були використані при прогнозуванні ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення, для цього крок за кроком відбувається накопичення інформації, але тільки до досягнення певного порогу. Як тільки цього порогу було досягнуто, подальше використання даних припиняється. Цим порогом являється значення суми прогностичних коефіцієнтів +13 або -13. Для інтерпретації отриманих даних використовується такий підхід: при сумі коефіцієнтів +13 і більше – це наявний ризик виникнення хронічного панкреатиту з достовірністю більше 95%, а отримане значення коефіцієнта -13 свідчить про відсутність ризику. Якщо отриманий результат становить від -12 до -12 – це відповідає наявності ймовірного ризику. Фактори, що були віднесені до групи відбору для проведення методики прогнозування повинні мати високий ступінь достовірності ($p < 0,05$). Завдяки проведенню даних розрахунків формуються три групи по визначенню належності особи до однієї з цих груп для проведення по відношенню до неї відповідних профілактичних заходів.

Після розрахунку відносного ризику було зроблено висновок про кількісний характеристику дії фактору ризику на рівні популяції. Показник відношення шансів – це показник, який використовується у дослідженнях групи „випадок-контроль” коли необхідно провести оцінку відносного ризику. Розрахувавши показник відношення шансів, було отримано дані про частоти впливу факторів в основній та контрольній групах. Математичне порівняння отриманих частот рівнозначно відносному ризику та характеризується як відношення шансів події в одній групі до шансів події в іншій групі. Вірогідність того, що подія відбудеться до вірогідності того, що подія не відбудеться називається шансом.

Відносний ризик розраховувався з допомогою показника відношення шансів [121] (Формула 2.1)

$$\text{Відношення шансів (ВШ)} = \frac{\frac{a/(a+c)}{b/(b+d)}}{\frac{c/(a+c)}{d/(b+d)}} = \frac{a/c}{b/d} = \frac{ad}{bc} \quad (2.1)$$

Оцінка показника відношення шансів залежить від кількісної характеристики отриманих даних. Якщо він знаходиться в межах від 0 до 1 – це вказує на зниження ризику. При показнику більше 1 – це свідчить про те, що частота впливу більша в основній групі і це характерно для підвищеного ризику. Високі числа показника відношення шансів свідчать про сильний зв'язок між захворюванням та фактором ризику [121].

Вивчення та розробка методики дослідження якості життя хворих на хронічний панкреатит та оцінка отриманих результатів, як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях – це завдання, що вирішувалося на наступному етапі дослідження. Для цього був розроблений анонімний опитувальник – «Карта з вивчення якості життя пацієнта, хворого на хронічний панкреатит» (Додаток Г), що складається з двох частин. В першій частині опитувальника знаходяться перераховані види діяльності, що можуть формувати обмеження в повсякденному житті пацієнта, який хворий на хронічний панкреатит, при цьому респондент вносить до таблиці найбільш обмежувальні фактори. Друга частина анкети включає в себе питання для розкриття таких блоків обмежень як: обмеження у харчуванні, фізичній, психологічній, соціальній сферах, що характерні для хронічного панкреатиту та інші.

Градація обмежень по коефіцієнтам була наступною: при повному обмеженні коефіцієнт 4, при значному обмеженні – 3, помірному – 2, незначному – 1 та при відсутності обмежень коефіцієнт 0. По отриманим даним ми можемо оцінити показник якості життя пацієнта таким чином: коли отриманий показник якості життя знаходиться в діапазоні 71-100% – це оптимальна якість життя, 51-70% – це середня якість життя та якщо 50% та менше – це низька якість життя.

Для розрахунку коефіцієнту якості життя пацієнта була використана формула, де результат повинен бути у відсотках (Формула 2.2):

$$QL = 100 - 100 \times \frac{\bar{Q}}{\max Q} \quad (2.2), \text{ де}$$

QL – відносний коефіцієнт якості життя пацієнта

\bar{Q} – середній показник обмеження якості життя

$\max Q$ – максимальний рівень обмеження по кожному з блоків

При статистичній обробці отриманих даних використовувались програми «Statistica 8» та «Microsoft Excel». З допомогою моделі складових якості життя ми відобразили більш детально та наглядно якість життя хворого на хронічний панкреатит. Використавши методи регресійного аналізу, були проведені розрахунки коефіцієнту множинної регресії для отримання абсолютного розміру впливу по тому чи іншому блоці обмежень, а також таких коефіцієнтів регресії як: коефіцієнт еластичності (α), стандартизований коефіцієнт регресії (β -коефіцієнт) та дельта коефіцієнт (Δ).

Отримана прогностична модель якості життя пацієнтів, хворих на хронічний панкреатит дає можливість для прогнозування значення показника якості життя при змінах в тих чи інших блоках.

Організація медико-санітарної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит вивчалася на наступному етапі дослідження. Для цього використовувалися дані, отримані при проведенні соціологічного дослідження, використовуючи Карту опитування пацієнтів з хронічним панкреатитом (Додаток Б), а також дані з медичної документації, а саме: «статистична карта хворого, що вибув зі стаціонару» (ф.066/о).

На основі аналізу отриманих даних на вищеперерахованих етапах проведення дослідження була розроблена оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит. За допомогою методу експертних оцінок було досліджено ефективність даної моделі, яку провели досвідчені експерти, в кількості 33 чоловік, що викладають на кафедрах вищих медичних навчальних закладів. Про високий рівень експертного дослідження свідчить той факт, що середній вік експертів склав $54,5 \pm 1,8$ років з загальним стажем роботи в медицині $29,7 \pm 2,2$ років, з них по спеціальності – $19,7 \pm 2,1$ років. Серед експертів докторів медичних наук 42%, кандидатів медичних наук – 55%. Вчене звання професора мали 30,3%, доцента – 51,5%. Оцінка

проводилася по десятибальній шкалі за наступними параметрами: етапність та наступність в наданні лікувально-профілактичної допомоги хворим на хронічний панкреатит, профілактична спрямованість медичної допомоги, системність, комплексність та інші. Протокол для проведення експертної оцінки розробленої оптимізованої моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит відображений в Додатку Д.

Статистична обробка матеріалу була проведена за допомогою комп'ютерних статистичних пакетів програм Statistica 8 та Microsoft Excel, дослідження оформлено з допомогою текстового редактора «Microsoft Word».

Таким чином, методи, що були використані при виконанні дисертаційного дослідження є сучасними, що дозволило отримати репрезентативні результати та досягти мети дослідження.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах [1-13].

РОЗДІЛ III

АНАЛІЗ РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРЕНОСТІ ХВОРОБ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вивчення захворюваності та поширеності хвороб має велике значення для якісного планування надання медичної допомоги населенню, розробки профілактичних заходів, заходів, що направлені на зниження рівня захворюваності та поширеності хвороб, що в свою чергу має призвести до покращення якості життя хворих, зниження рівня смертності, інвалідності, тимчасової непрацездатності населення.

Відповідно до програми та завдань дисертаційного дослідження виникла необхідність провести аналіз стану здоров'я населення. Оскільки хронічний панкреатит є одним з провідних захворювань підшлункової залози, нами було вивчено та проаналізовано дані про стан захворюваності та поширеності захворювань за класом «Хвороби підшлункової залози» в Харківській області у 2013-2017 роках.

3.1. Захворюваність дорослого населення Харківської області хворобами підшлункової залози у 2013-2017 роках.

Аналіз захворюваності в Харківській області на хвороби підшлункової залози за 2017 рік показав, що даний показник в області в цілому знаходився на високому рівні та склав 186,67 на 100000 населення, відповідно в місті Харкові – 216,35⁰/₀₀₀₀ та в районах області – 153,39⁰/₀₀₀₀, при цьому, найвища захворюваність була виявлена в таких районах області як: Борівський (400,42⁰/₀₀₀₀), Сахновщинський (371,89⁰/₀₀₀₀) та Золочівський (315,28⁰/₀₀₀₀).

Динаміка захворюваності в Харківській області за період з 2013 року по 2017 рік мала тенденцію до зниження з 216,21 на 100000 населення у 2013 році до 186,67 на 100000 населення у 2017 році, темп убутку склав 13,7 відсотків.

При цьому, в 2014 році вона була 226,19 на 100000 населення, що є максимальним значенням за даний період.

В м. Харкові показник захворюваності хворобами підшлункової залози за 5-річний період постійно варіював в межах від 205,01⁰/0000 до 238,85⁰/0000 з максимальним значенням в 2013 році та мінімальним в 2016 році.

Найбільша захворюваність хворобами підшлункової залози в районах Харківської області була зареєстрована в 2015 році та склала 227,63 на 100000 населення. Сахновщинський, Золочівський райони та м. Люботин мали стабільно високу захворюваність хворобами підшлункової залози за п'ятирічний період і відповідно склали: 581,12; 416,23 та 451,90 на 100000 населення. В Печенізькому районі вона зростає більше, ніж в 4 рази з 9,61 в 2013 році до 40,03 на 100000 населення в 2017 році. Найбільші темпи приросту захворюваності за ці 5 років спостерігаються в Зачепилівському (на 145,41%), Борівському (на 94,49%), Валківському (на 48,14%), Харківському (на 36,20%), а також інших районах Харківської області.

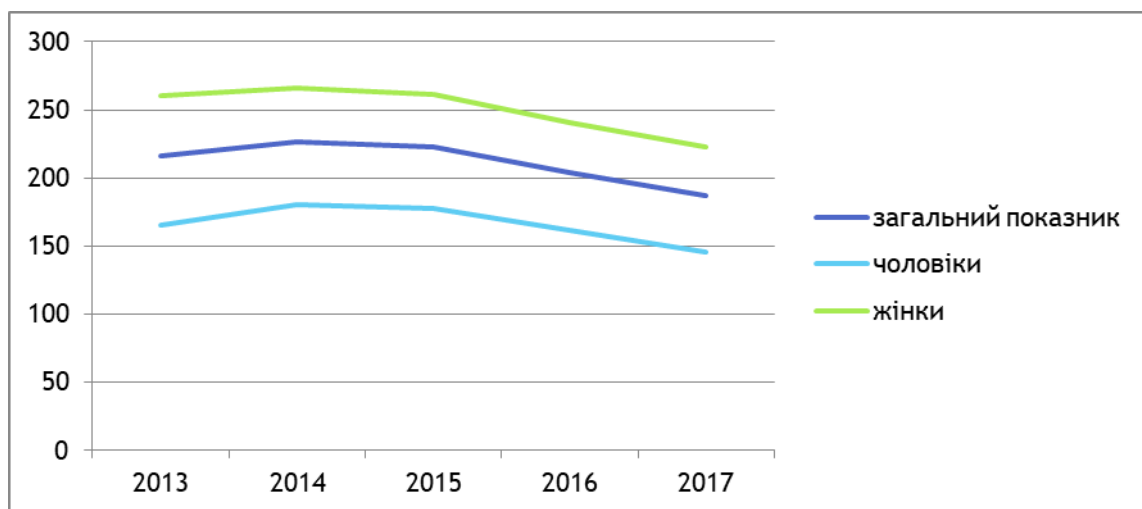


Рис. 3.1. Динаміка захворюваності хворобами підшлункової залози серед населення Харківської області за період 2013-2017 р.р. (на 100 тис. населення).

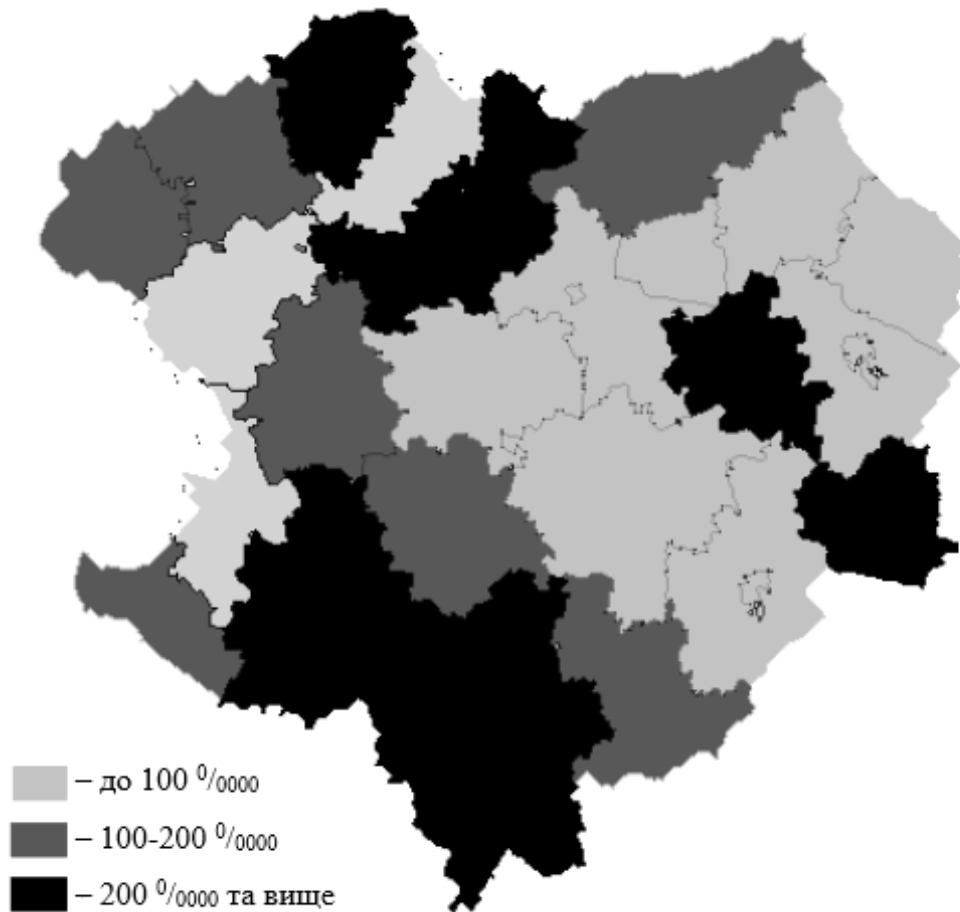


Рис. 3.2. Картограма захворюваності хворобами підшлункової залози серед населення Харківської області за 2017 р. (на 100 тис. населення).

Таблиця 3.1

**Захворюваність населення
Харківської області хворобами підшлункової залози у 2013-2017 р.р.,
на 100000 осіб**

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

При проведенні аналізу захворюваності хворобами підшлункової залози залежно від статі у 2013-2017 р.р. серед населення Харківської області були отримані дані, що в переважній більшості випадків, за рідкісним виключенням, показник захворюваності у жінок був вищим, ніж у чоловіків. Це знаходить своє відображення в проведених раніше інших дослідженнях та даних доступної літератури.

В 2017 році захворюваність хворобами підшлункової залози серед жінок в Харківській області склала 222,51, відповідно в м. Харкові – 272,14, в районах області – 166,89 на 100000 жіночого населення. Найвищий рівень захворюваності за 2013-2017 роки серед жіночого населення в Харківській області склав в 2014 році (265,66 на 100000 жіночого населення).

В м. Харкові максимальний показник захворюваності хворобами підшлункової залози серед жіночого населення склав в 2013 році 294,26, а мінімальний – в 2016 році – 254,99 на 100000 жіночого населення.

В районах області показник захворюваності хворобами підшлункової залози серед жіночого населення мав найбільший рівень в 2015 році – 251,26 на 100000 жіночого населення.

Високі показники захворюваності хвороб підшлункової залози серед жіночого населення за звітний період спостерігалися в Сахновщинському районі, м. Люботині та Шевченківському районі відповідно 645,90; 512,05 та 490,87 на 100000 жіночого населення. Найбільше збільшення за ці 5 років показника відбулося в Зачепилівському районі, де він зріс майже в 2 рази з 70,44 в 2013 році до 133,67 на 100000 жіночого населення в 2017 році. Збільшення показника також спостерігається в Борівському (на 74,25%), Балаклійському (на 30,20%), Харківському (на 28,29%) та інших районах Харківської області.

Захворюваність населення
Харківської області хворобами підшлункової залози у 2013-2017 р.р.,
на 100000 осіб в залежності від статі

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

Серед чоловічого населення захворюваність хворобами підшлункової залози в 2017 році була найбільш високою в м. Харкові (151,80 випадки на 100000 чоловічого населення порівняно з відповідними показниками в Харківській області) та в районах області (145,17⁰/₀₀₀₀ і 137,74⁰/₀₀₀₀). Максимально висока захворюваність хворобами підшлункової залози в Харківській області серед чоловічого населення за 5-ти річний період відзначена в 2014 році та склала 180,22 на 100000 чоловічого населення. В м. Харкові максимальний рівень цього показника виявлено в 2013 році (174,02⁰/₀₀₀₀), а мінімальний – в 2016 році (147,06⁰/₀₀₀₀). В районах області найбільше значення цей показник мав в 2015 році, який склав 200,20 на 100000 чоловічого населення. Серед чоловічого населення максимально високими показники захворюваності хвороб підшлункової залози в районах області були в Борівському, Сахновщинському районах та м. Люботині, та склали відповідно 594,38; 507,23 та 380,74 на 100000 чоловічого населення. Найбільше збільшення захворюваності за ці 5 років спостерігалось в Зачепилівському районі, де він зріс більше ніж в 4 рази з 26,72 в 2013 році до 110,21 на 100000 чоловічого населення в 2017 році. Збільшення також спостерігається в Валківському (на 174,15%), Борівському (на 116,86%), Харківському районах

(на 47,76%), м. Люботині (на 30,46%), Краснокутському (на 21,48%) та інших районах Харківської області .

3.2. Поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області у 2013-2017 роках

На наступному етапі дослідження була вивчена поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення. Вивчаючи поширеність хвороб підшлункової залози в Харківській області в 2017 році, були отримані такі дані: в Харківській області поширеність склала 2025,43, в м. Харкові вона була вище, ніж в Харківській області та складала – 2072,75, в районах області відповідно – 1972,38 на 100000 населення. Найвища поширеність виявлена в Борівському ($4728,54^{0/0000}$), Шевченківському ($3647,96^{0/0000}$) та Лозівському ($3232,53^{0/0000}$) районах.

Динаміка поширеності хвороб підшлункової залози в цілому в області за 2013-2017 роки мала тенденцію до зростання (+2,93%) з 1967,80 на 100000 населення у 2013 році до 2025,43 на 100000 населення у 2017 році. При цьому, максимальне значення показника було відмічено в 2016 році (2070,38 на 100000 населення).

В м. Харкові максимальні значення показника поширеності хвороб підшлункової залози виявлені в 2016 році – 2100,67 на 100000 населення, та за звітній період він майже не змінився, а саме: в 2013 році склав 2093,94, у 2017 році – 2072,75 на 100000 населення.

Показник поширеності хвороб підшлункової залози в районах області в цілому з 2013 року по 2017 рік зріс з 1822,99 до 1972,38 на 100000 населення, що склало 8,19%. Найбільший рівень даного показника був в 2016 році, коли він склав 2036,35 на 100000 населення.

Поширеність хвороб підшлункової залози за даний період в Борівському, Шевченківському та Лозівському районах мала високі показники та склала відповідно 3478,33; 3324,43 та 2911,60 на 100000 населення. Найбільше за ці 5

років показник зріс майже в 3 рази в Борівському районі з 1658,47 до 4728,54 на 100000 населення. Зростання темпу приросту показника спостерігалось в м. Люботині (на 118,16%), Лозівському районі (на 37,53%), Балаклійському районі (на 34,02%), Великобурлуцькому районі (на 32,94%), Сахновщинському районі (на 26,85%), Шевченківському районі (на 24,83%) та в інших районах Харківської області.

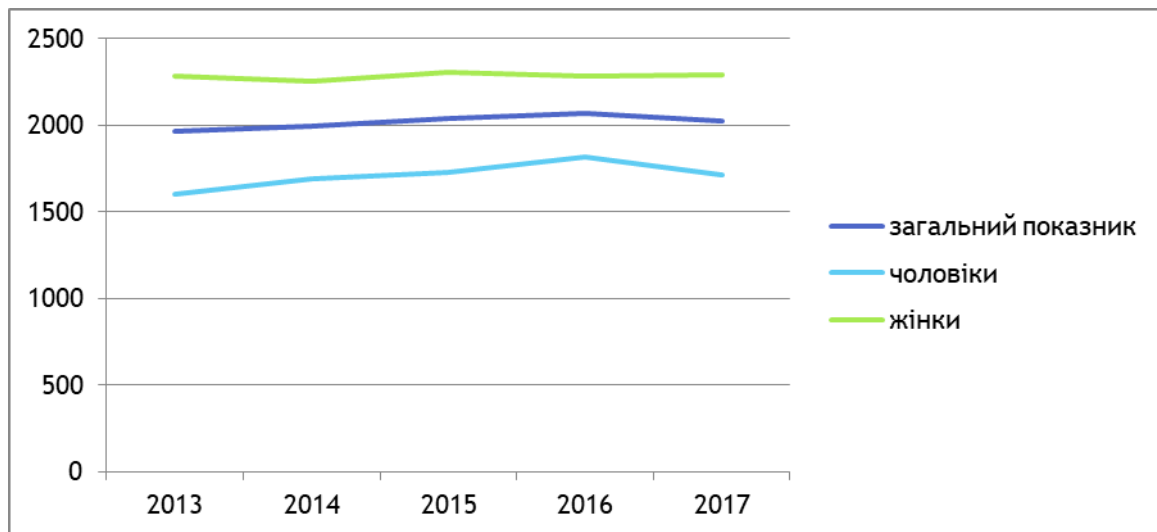


Рис. 3.3. Динаміка поширеності хвороб підшлункової залози серед населення Харківської області за період 2013-2017 р.р. (на 100 тис. населення).

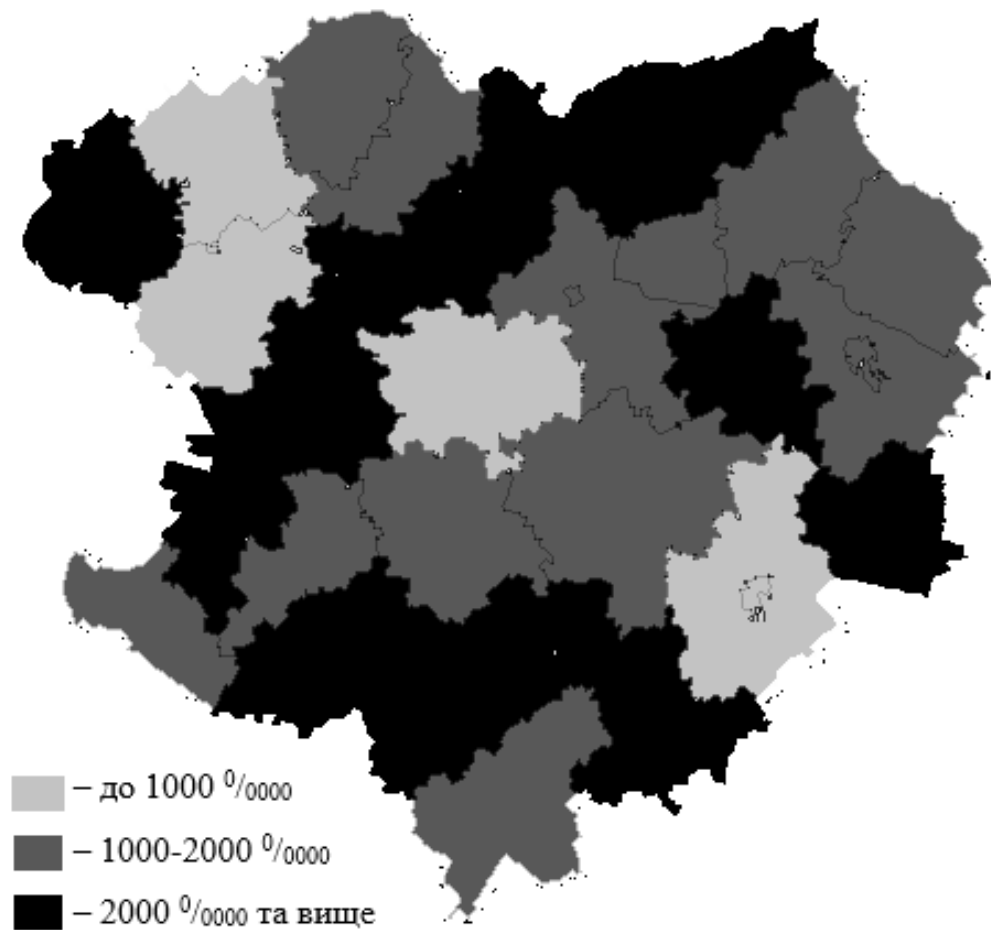


Рис. 3.4. Картограма поширеності хвороб підшлункової залози серед населення Харківської області за 2017 р. (на 100 тис. населення).

Таблиця 3.3

**Поширеність хвороб
підшлункової залози в Харківській області у 2013-2017 р.р.,
на 100000 осіб**

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

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

За 2017 рік поширеність хвороб підшлункової залози серед жінок в Харківській області була на рівні 2291,99, при цьому в м. Харкові вона була нижча – 2283,15, в районах відповідно 2301,88 на 100000 жіночого населення.

При оцінці поширеності хвороб підшлункової залози в динаміці за 2013-2017 роки в Харківській області серед жіночого населення встановлено, що показник поширеності мав тенденцію до зростання з 2281,54 у 2013 році до 2291,99 у 2017 році на 100000 жіночого населення (+0,46%), при цьому, максимальний рівень відзначений в 2015 році (2307,83 на 100000 жіночого населення).

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

В районах області поширеність хвороб підшлункової залози серед жінок за досліджуваний період збільшилась з 2159,64 до 2301,88 на 100000 жіночого населення, що склало 6,59%. Найбільше значення даного показника виявлено в 2016 році – 2465,43 на 100000 жіночого населення. Важливо відмітити, що такі райони як Борівський, Лозівський та Шевченківський мали високі показники поширеності хвороб підшлункової залози серед жіночого населення за звітній період – 3918,82; 3583,60 та 3578,62 на 100000 жіночого населення відповідно. Найбільше збільшення показника за ці 5 років спостерігалось в Шевченківському районі, де він зріс майже в 3,5 рази з 1308,31 в 2013 році до 4523,92 на 100000 жіночого населення в 2017 році. Збільшення також спостерігається в Борівському районі (на 177,28%), м. Люботині (на 103,79%), Нововодолазьському (на 49,46%), Великобурлуцькому районі (на 45,89%), Балаклійському районі (на 37,94%), Лозівському районі (на 35,32%), Сахновщинському районі (на 34,14%) та інших районах.

**Поширеність хвороб
підшлункової залози в Харківській області у 2013-2017 р.р.,
на 100000 осіб в залежності від статі**

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

В Харківській області показник поширеності хвороб підшлункової залози серед чоловічого населення був на рівні 1716,87, в місті Харкові – 1829,33, в районах – 1590,70 на 100000 чоловічого населення. Динаміка поширеності за період 2013-2017 р.р. - дещо збільшилася з 1601,48 у 2013 році до 1716,87 у 2017 році на 100000 чоловічого населення, при цьому максимальний рівень відзначався в 2016 році, коли він склав 1818,90 на 100000 чоловічого населення.

В м. Харкові показник поширеності хвороб підшлункової залози серед чоловічого населення за цей період виріс на 4,4 відсотка з 1752,31 в 2013 році до 1829,33 на 100000 чоловічого населення в 2017 році. В 2016 році він був максимальним – 1992,29, в 2013 році мінімальний – 1752,31 на 100000 чоловічого населення

В районах Харківської області показник поширеності хвороб підшлункової залози серед чоловіків з 2013 року по 2017 рік збільшився на 11,2 відсотка з 1430,75 до 1590,70 на 100000 чоловічого населення. Найбільше значення даного показника було зареєстровано в 2016 році (1624,07 на 100000 чоловічого населення). При аналізі динаміки показника поширеності хвороб підшлункової залози серед чоловіків з 2013 року по 2017 рік було виявлено, що їх показники в Борівському, Харківському та Шевченківському районах були

лідерами та склали відповідно 2978,52; 2461,92 та 2235,82 на 100000 чоловічого населення. Найбільше збільшення за ці 5 років показника спостерігалось у Борівському районі, де він зріс майже в 3 рази з 1408,80 в 2013 році до 4190,19 на 100000 чоловічого населення в 2017 році. Зростання рівня поширеності хвороб підшлункової залози також спостерігалось в місті Люботині (на 150,17%), Вовчанському (на 55,65%), Коломацькому (на 52,83%), Лозівському (на 42,09%), Близнюківському (на 34,05%), Шевченківському (на 32,28%) та інших районах Харківської області.

Висновки за розділом:

1. Аналіз захворюваності в Харківській області на хвороби підшлункової залози за 2017 рік показав, що захворюваність в області знаходилася на високому рівні та склала 186,67 на 100000 населення, відповідно в місті Харкові – 216,35^{0/0000} та в районах області – 153,39^{0/0000}, при цьому, найвища захворюваність була виявлена в таких районах області як: Борівському (400,42^{0/0000}), Сахновщинському (371,89^{0/0000}) та Золочівському (315,28^{0/0000}).

2. Визначено, що показник захворюваності на хвороби підшлункової залози у 2013-2017 роках серед жінок вище, ніж серед чоловіків. При цьому захворюваність в 2017 році серед жінок Харківської області склала 222,51, в місті Харкові – 272,14, в районах Харківської області – 166,89 на 100000 жіночого населення. Серед чоловіків Харківської області цей показник склав 145,17, в місті Харкові – 151,80, а в районах – 137,74 на 100000 чоловічого населення.

3. Динаміка захворюваності в Харківській області за період з 2013 року по 2017 рік мала тенденцію до зниження з 216,21 випадка на 100000 населення у 2013 році до 186,67 випадка на 100000 населення у 2017 році, що склало 13,7%. При цьому, в 2014 році вона була максимальною і складала 226,19 на 100000 населення.

4. Поширеність хвороб підшлункової залози в Харківській області в 2017 році склала 2025,43 на 100000 дорослого населення, при цьому, найбільший

рівень її відмічається в м. Харкові $2072,75^0/0000$, а в районах області дещо нижче – $1972,38$ на 100000 населення, в той же час, в окремих районах області зареєстровані високі показники поширеності (Борівський – $4728,54^0/0000$, Шевченківський – $3647,96^0/0000$ та Лозівський – $3232,53^0/0000$).

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

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах [4, 12].

РОЗДІЛ IV

ОЦІНКА РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ

4.1. Визначення факторів ризику та їх ролі у виникненні хронічного панкреатиту серед населення.

Значна поширеність хронічних неінфекційних захворювань є актуальною проблемою світового рівня у XXI столітті. ООН у 2011 році оголосила про епідемію у світі неінфекційних хвороб, однією з яких є хронічний панкреатит. До 2030 року ВООЗ прогнозує збільшення смертей від неінфекційних хвороб до 52 млн. на рік, що визначає питання виявлення і корекція факторів ризику неінфекційних захворювань як актуальну проблему сучасної медицини.

Визначення причинно-слідчого зв'язку між станом здоров'я та захворюванням є основним завдання епідеміології неінфекційних захворювань, що обумовлює велике значення пошуку факторів ризику з розробкою ефективних схем попередження захворювання. Для оцінки впливу факторів ризику на здоров'я населення проводиться аналіз ризиків. Розробка ВООЗ концепції профілактики хронічних неінфекційних захворювань відіграє велике значення і є науковим підґрунтям профілактики цих захворювань. У 1982 р. ВООЗ була розроблена інтегральна програма профілактики неінфекційних захворювань, яка впроваджувалась Європейським регіональним бюро під назвою Програма CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention). Впровадження даної програми дає можливість розробити інтегровані профілактичні заходи, що спрямовані на зниження рівня поширеності факторів ризику. Більшість відомих факторів ризику залежить від способу життя населення і належить до керованих причин, або населення має можливість їх попередити. Проведення таких заходів має стати частиною діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги населенню і

призвести до зниження поширеності хронічного панкреатиту як однієї з актуально важливих хронічних неінфекційних хвороб.

Концепція факторів ризику, на базі якої будуть розроблені профілактичні заходи, стане основою для досягнення нового рівня здоров'я та якості життя населення, що хворіє на хронічний панкреатит.

Згідно з визначенням фактор ризику – це будь-який фактор, що не може бути причинним у виникненні хвороби, але підвищує вірогідність несприятливих наслідків для здоров'я. Для визначення основних та вагомих серед факторів ризику було досліджено їх вплив на організм людини. Виявлення факторів, що сприяють виникненню хронічного панкреатиту серед населення проводилось соціологічним методом опитування респондентів основної групи (300 осіб) та контрольної групи (200 осіб).

Проведений комплекс медико-соціальних досліджень дав можливість визначити найбільш значущі фактори ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення.

Зіставлення даних опитування хворих на хронічний панкреатит і респондентів контрольної групи дало можливість виявити фактори ризику при цьому захворюванні, для чого використано метод дисперсійного аналізу, що визначає значущість розбіжностей в даних основної та контрольної груп. В результаті дослідження було виявлено 26 факторів, які мали достовірну різницю в показниках між основною та контрольною групами, а саме: переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі, хронічне вживання алкоголю, захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба), наявність травм живота, тютюнопаління, психоемоційне напруження, наявність таких захворювань як ентерит і виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки, неповноцінний нічний відпочинок, наявність паразитарних захворювань, вроджені аномалії підшлункової залози, порушення режиму харчування, надмірні фізичні навантаження, схильність до переїдання та спадкова схильність, генетичні мутації (такі як муковісцидоз та полікістоз), вживання токсичних лікарських препаратів, наявність серцево-судинної або печінкової

недостатності, наявність ендокринних хвороб, зокрема, цукрового діабету, смерть близьких родичів, перенесені або наявні інфекційні хвороби, великі перерви між прийомами їжі, наявність зайвої ваги або ожиріння, низький дохід на 1-го члена сім'ї, відсутність активного відпочинку, відсутність вищої освіти та неврівноваженість характеру.

Всі фактори для зручності та наочності їх аналізу були розподілені на три групи – соціальні, біологічні та психологічні.

Дані з питань харчування, наявності шкідливих звичок та фізичної активності формують групу соціальних факторів; відомості щодо сімейного анамнезу, захворювань, спадковості та анамнезу життя увійшли до групи біологічних факторів; інформація щодо емоційного стану включена до групи психологічних факторів (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Фактори ризику виникнення хронічного панкреатиту

| Соціальні | Біологічні | Психологічні |
|---|--|---------------------------------|
| переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі | захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) | психоемоційне напруження |
| хронічне вживання алкоголю | наявність таких захворювань як: ентерит і виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки | неповноцінний нічний відпочинок |
| наявність травм живота | наявність паразитарних захворювань | смерть близьких родичів |
| тютюнопаління | вроджені аномалії підшлункової залози | неврівноваженість характеру |
| порушення режиму харчування | спадкова схильність | |
| надмірні фізичні навантаження | генетичні мутації такі як муковісцидоз, полікістоз | |
| схильність до переїдання | наявність серцево-судинної або печінкової недостатності | |
| прийом токсичних | наявність ендокринних | |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| лікарських препаратів | захворювань | |
| великі перерви між прийомами їжі | перенесені або наявність інфекційних захворювань | |
| наявність зайвої ваги або ожиріння | | |
| низький дохід на 1-го члена сім'ї | | |
| відсутність активного відпочинку | | |
| відсутність вищої освіти | | |

Характеристика соціальних факторів.

При дослідженні факторів ризику хронічного панкреатиту до групи соціальних факторів, увійшли фактори режиму харчування, шкідливі звички, надмірні фізичні навантаження та інші. Організація харчування займає провідне місце у формуванні характеристики здоров'я населення. При проведенні даного статистичного дослідження було доведено, що організація харчування має значний вплив на виникнення такого захворювання як хронічний панкреатит.

Переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі негативно впливає на організм і відноситься до фактору ризику виникнення хронічного панкреатиту. Вживання такої їжі призводить до додаткового навантаження на підшлункову залозу, в зв'язку з чим їй необхідно посилено виробляти необхідні для травлення ферменти, які можуть чинити шкідливу дію на саму залозу. Так, $68,6 \pm 2,7\%$ респондентів основної групи схильні до вживання м'ясної жирної гострої смаженої їжі, тоді як у контрольній групі цей відсоток був більше ніж в два рази менший, а саме $33,3 \pm 3,4\%$ ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору складає 12%.

Зловживання алкоголем є важливим фактором ризику виникнення хронічного панкреатиту. Під впливом етанолу, що входить в склад алкоголю, відбувається спазм сфінктера Одді, в наслідок чого розвивається застій підшлункового соку в протоці підшлункової залози. Крім того, алкоголь змінює

склад підшлункового соку, підвищуючи в ньому рівень білків, які, в свою чергу, випадають в осад з відкладанням солей кальцію, що призводить до закупорки протоків підшлункової залози та застою підшлункового соку, а застій підшлункового соку призводить до запального процесу. У $65\pm 2,8\%$ респондентів основної групи і $31,2\pm 3,3\%$ контрольної групи виявлено вплив даного фактору ризику ($p < 0,001$), сила впливу якого становила 11%.

Встановлено, що травми живота, наприклад, при падінні чи ударі в анамнезі є фактором ризику хронічного панкреатиту. При травмах також може статися пошкодження підшлункової залози, внаслідок чого ферменти починають активуватися безпосередньо в підшлунковій залозі і перетравлювати її. У основній групі цей показник складав $43\pm 2,9\%$, тоді як в контрольній групі – $14,8\pm 2,5\%$ ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору складала 9%.

Тютюнопаління – важливий фактор ризику хронічного панкреатиту. При палінні сигарети запускається процес вироблення ферментів. Нікотин, смола, аміак та інші подразники слизової потрапляють в ротову порожнину та викликають підвищене вироблення слини. Мозок при цьому посилає нервові імпульси до шлунково-кишкового тракту і в підшлунковій залозі виділяється панкреатичний сік. Слина насичена нікотином, смолою і аміаком. Нікотин, що надійшов у кров, діє на гіпоталамус, крім того відбувається спазм фатерова соска, через що панкреатичний сік не може надійти в дванадцятипалу кишку для початку повноцінного процесу травлення. У відповідь на сигнал мозку підшлункова залоза виробляє панкреатичний сік, але вплив нікотину перекриває шлях для його виходу. Також нікотин призводить до спазму судин, в тому числі й підшлункової залози. Нікотин впливає на секрецію бікарбонатів підшлунковою залозою, знижуючи її та сприяє зниженню трипсин-інгібуючої здатності сироватки, а також рівня $\alpha 1$ -антитрипсину. $61,2\pm 2,8\%$ респондентів основної групи і $31,5\pm 3,3\%$ контрольної групи були піддані впливу даного фактору ($p < 0,001$), сила впливу якого становила 8%.

Порушення режиму харчування є також важливим фактором ризику хронічного панкреатиту. Правильний режим харчування забезпечує

ефективність роботи травної системи, нормальне засвоєння їжі та перебіг обміну речовин і добре самопочуття. В основній групі відсоток за даним фактором ризику склав $54 \pm 2,9\%$, в контрольній – $29,2 \pm 3,3\%$ ($p < 0,001$). Сила впливу цього вищезазначеного фактору ризику становив 6%.

При надмірних фізичних навантаженнях збільшується внутрішньо черевний тиск, внаслідок чого органи стискаються. Відбувається порушення відтоку жовчі, в жовчному міхурі утворюються перегини, процес просування їжі по кишечнику ускладнюється та погіршується загальне самопочуття. Під час м'язової діяльності активізується обмін речовин, його продукти надходять у кров після чого виводяться через нирки. Ці продукти здатні негативно впливати на підшлункову залозу, загострюючи хронічний перебіг захворювання. Частка хворих в основній і контрольній групах склала $44,3 \pm 2,9\%$ і $69,3 \pm 3,3\%$ відповідно ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору склала 6%.

Схильність до переїдання негативно впливає на організм людини і кардинально порушує роботу підшлункової залози, оскільки виникає постійна необхідність переробляти велику порцію їжі. В деяких випадках можуть виникати закупорювання, що негативно впливають на роботу підшлункової залози. Також регулярне вживання зайвої їжі часто призводить до виникнення жовчнокам'яної хвороби через осідання великої кількості холестерину в жовчному міхурі. $55,7 \pm 2,9\%$ респондентів основної групи і $30,8 \pm 3,3\%$ контрольної групи були піддані впливу даного фактору ($p < 0,001$), сила впливу якого становила 6%.

Вживання токсичних лікарських препаратів супроводжується токсичною дією на підшлункову залозу. Дані препарати призводять до порушення синтезу ферментів та запалення самої залози, що вкрай негативно позначається на її роботі. $30,2 \pm 2,7\%$ респондентів основної групи і $10,1 \pm 2,1\%$ контрольної групи були піддані впливу даного фактору ($p < 0,001$). Сила впливу фактору ризику вживання токсичних лікарських препаратів становила 5%.

Негативно впливають на організм також великі перерви між прийомами їжі. При харчуванні через великі проміжки часу під час наступного прийому їжі

підшлункова залоза знаходиться в стресовому стані, виділяючи надзвичайно велику кількість інсуліну. В основній групі відсоток за даним фактором ризику склав $58 \pm 2,9\%$, в контрольній – $41,9 \pm 3,5\%$ ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору ризику становила 2%.

Наявність зайвої ваги призводить до того, що при надмірній вазі підшлункова залоза функціонує в умовах великого навантаження, і, як наслідок швидко розвивається патологія, яка у людей з зайвою вагою переходить в хронічну форму і дуже складно виліковується. Також ожиріння сприяє виникненню жовчнокам'яної хвороби, що також є фактором ризику виникнення хронічного панкреатиту. В основній групі наявність зайвої ваги або ожиріння склав $57,3\% \pm 2,9$, тоді як в контрольній групі – $43,2\% \pm 3,5$ ($p < 0,01$). Сила впливу цього фактору склала 2%.

Низький дохід на 1-го члена сім'ї є фактором ризику, що впливає на всі сфери життєдіяльності людини. Через брак коштів виникають матеріально-побутові (фінансові) проблеми, частка витрат на продовольчі товари вище, а структура харчування менш різноманітна. Крім того, не вистачає коштів на культурний, спортивний розвиток та на літній відпочинок. $63,4\% \pm 2,8$ респондентів основної групи і $47,2\% \pm 3,6$ контрольної групи були піддані впливу даного фактору ($p < 0,001$), сила впливу якого становила 2%.

Серед соціальних факторів важливими є ті, що характеризують активний відпочинок, відсутність якого впливає на самопочуття, психологічний стан та на можливість нормального функціонування всіх органів і систем. Досліджено, що активний відпочинок був відсутній в основній групі у $51\% \pm 2,9$, а в контрольній – $65,5 \pm 3,4\%$ ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору склала 2%.

Відсутність вищої освіти – це фактор ризику, який характеризується тим, що спостерігається безпосередній зв'язок між рівнем здоров'я та рівнем освіти. В певному соціальному середовищі чим вище середній рівень освіти, тим кращими будуть узагальнені показники здоров'я. В основній групі відсоток за даним фактору ризику склав $46,1\% \pm 2,9$, в контрольній – $32,1\% \pm 3,3$ ($p < 0,01$). Сила впливу цього фактору ризику становила 2%.

Характеристика біологічних факторів.

Захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) є біологічним фактором ризику хронічного панкреатиту. Оскільки протоки жовчного міхура та підшлункової залози формують загальний проток, то камінь, що вийшов з жовчного міхура та застряв в цьому протоці, з розвитком запального процесу як в жовчному міхурі, так і в підшлунковій залозі, буде перешкоджати виведенню жовчі і соку підшлункової залози. $55\pm 2,9\%$ респондентів основної групи і $22,2\pm 3,0\%$ контрольної групи були піддані впливу даного фактору ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору ризику становила 10%.

Наявність таких захворювань як ентерит, виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки негативно впливає на роботу підшлункової залози. Запалення слизової оболонки 12-палої кишки впливає на швидкість відтоку соку підшлункової залози, спостерігається набряк тканин та затруднення відтоку панкреатичного соку в просвіт кишківника. Крім цього порушення моторики кишківника затрудняє виведення соку підшлункової залози. Також до розвитку хронічного панкреатиту приводить penetрація виразки в підшлункову залозу з подальшим руйнуванням її тканини. За даними нашого дослідження були піддані впливу даного фактору в основній групі $30,5\pm 2,7\%$, а в контрольній групі – $8,1\pm 1,9\%$ ($p < 0,001$). Показник сили впливу цього фактору склав 7%.

Наявність паразитарних захворювань в організмі представляє загрозу для його нормального функціонування. Гельмінти та інші мікроорганізми здатні закупорити протоки, призвести до дисфункції, чим спровокувати запальний процес в підшлунковій залозі. У $25,3\pm 2,5\%$ респондентів основної групи і $5,6\pm 1,6\%$ контрольної групи визначено вплив даного фактору ($p < 0,001$), сила впливу якого становила 6%.

Вроджені аномалії підшлункової залози в більшості випадків пов'язані зі зміною просвіту протоки підшлункової залози, через що порушується відтік панкреатичного соку. $21,7\pm 2,4\%$ респондентів основної групи і $4,1\pm 1,4\%$

контрольної групи були піддані впливу даного фактору ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору ризику становила 6%.

Спадкова схильність до хронічного панкреатиту – це фактор ризику, який в нашому дослідженні був вивчений в формі сімейного хронічного панкреатиту, що характеризує наявність хронічного панкреатиту у близьких родичів. Сімейний панкреатит найчастіше обумовлений генетичними дефектами, тому являється однією з форм спадкового хронічного панкреатиту. 57,3±2,9% респондентів основної групи і 33,5±3,3% контрольної групи мали випадки захворювання на хронічний панкреатит серед близьких родичів ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору ризику становила 5%.

Генетичні мутації, що проявляються в таких захворюваннях як муковісцидоз, полікістоз, при цьому виникають структурно-функціональні зміни кальцій залежного регуляторного білка, що локалізується в потоковому епітелії підшлункової залози та затрудняється аніонний транспорт в білковий субстрат. Внаслідок цих змін секрет підшлункової залози стає в'язким та густим. Виникає прогресуюча деструкція і атрофія одинарного і потокового епітелію підшлункової залози з заміщенням їх на фіброзну тканину, що негативно впливає на її роботу. Доля в основній групі складає 17,7±2,2%, контрольній – 2,6±1,2% ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору склала 5%.

Наявність серцево-судинної або печінкової недостатності призводить до набряку та запалення підшлункової залози і, як наслідок, спостерігається венозний застій в підшлунковій залозі, що порушує виконання органом своїх функцій. В основній групі відсоток по даному фактору ризику склав 25,1±2,5%, в контрольній – 8,2±2,0% ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору ризику становила 4%.

Наявність ендокринних захворювань впливає на роботу підшлункової залози, оскільки крім того, що вона виробляє панкреатичний сік і поставляє його в дванадцятипалу кишку, підшлункова залоза виробляє гормони – інсулін та глюкагон, що забезпечують нормальне функціонування всього організму. 21,5±2,4% респондентів основної групи і 7,3±1,9% контрольної групи були

піддані впливу даного фактору ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору ризику складала 3%.

Перенесення або наявність інфекційних захворювань є фактором ризику виникнення хронічного панкреатиту. При інфекційному ураженні підшлункової залози активація травних ферментів починається безпосередньо в самій залозі, а не в просвіті кишківника. Крім цього інфекційні захворювання призводять до запалення підшлункової залози, негативно впливаючи на її роботу. За даними нашого дослідження були піддані впливу даного фактору $20,9 \pm 2,4\%$ в основній групі і $8,8 \pm 2,0\%$ – в контрольній ($p < 0,001$). Показник сили впливу цього фактору склав 2%.

Характеристика психологічних факторів.

Психологічні фактори ризику виникнення хронічного панкреатиту – це група факторів, які включають ряд психологічних моментів, які мають безпосередній вплив разом з соціальними та біологічними факторами на виникнення хронічного панкреатиту.

Серед психологічних факторів провідне місце займає психоемоційне напруження, що має місце як в повсякденному житті, так і на роботі. Стрес супроводжується активізацією нервової системи і появою в крові біологічно активних речовин, які змінюють діяльність внутрішніх органів - кровообігу, дихання, травлення. Психоемоційне напруження і стреси викликають спазм судин і м'язів на виході протоку підшлункової залози і жовчного міхура, що негативно впливає на функціонування цих органів. По одержаним даним піддаються впливу даного фактору в основній групі $72 \pm 2,6\%$ респондентів, в контрольній – $42,6 \pm 3,5\%$ ($p < 0,001$). Показник сили впливу цього фактору склав 8%.

Неповноцінний нічний відпочинок є причиною багатьох захворювань. При неповноцінному нічному відпочинку після пробудження наявна втома, дратівливість, істотно знижена працездатність, погіршене самопочуття. Особливо негативно на здоров'ї позначаються проблеми з відпочинком, що спостерігаються протягом тривалого часу. І, як наслідок, підвищується ризик

кардіологічних проблем, з'являються проблеми з психікою, розвивається цукровий діабет або ожиріння. $60 \pm 2,9\%$ респондентів основної групи і $33,3 \pm 3,4\%$ контрольної групи були піддані впливу даного фактору ($p < 0,001$). Сила впливу цього фактору ризику становив 7%.

Смерть близьких родичів стає потрясінням організму. Почуття втрати – це глибоке та сильне страждання, що викликане втратою близької людини. Характеризується як поєднання душевного болю, смутку, гніву, безпорадності, почуття вини і розпачу. Тобто втрата близької людини завжди пов'язана з втратою визначеності меж свого власного психологічного простору, що безпосередньо впливає на психологічний стан. За даними нашого дослідження в основній групі були піддані впливу даного фактору ризику $73,3 \pm 2,6\%$, а в контрольній групі – $55 \pm 3,6\%$ ($p < 0,001$). Показник сили впливу цього фактору склав 3%.

Неврівноваженість характеру людини також може вплинути на стан його здоров'я, а саме – на виникнення хвороби. При зміні характеру в негативну сторону, організм не витримує цього психічного навантаження, що призводить до виникнення захворювань. В основній групі відсоток за даним фактором ризику склав $64,4 \pm 2,8\%$, в контрольній – $51,5 \pm 3,6\%$ ($p < 0,01$). Сила впливу цього фактору ризику становила 1%.

В табл. 4.2 згруповані фактори ризику щодо виникнення хронічного панкреатиту серед населення.

Таблиця 4.2

**Групи факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту
серед населення по силі впливу**

| № з/п | Фактор ризику | Соціальні | Біологічні | Психологічні | Загальний ранг |
|-------|---|-----------|------------|--------------|----------------|
| 1. | Переважає в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі | 12 | | | 1 |
| 2. | Хронічне вживання алкоголю | 11 | | | 2 |
| 3. | Захворювання жовчного | | 10 | | 3 |

| | | | | | |
|-----|--|---|---|---|------|
| | міхура (жовчнокам'яна хвороба) | | | | |
| 4. | Наявність травм живота | 9 | | | 4 |
| 5. | Тютюнопаління | 8 | | | 5,5 |
| 6. | Психоемоційне навантаження | | | 8 | 5,5 |
| 7. | Наявність таких захворювань як: ентерит і виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки | | 7 | | 7,5 |
| 8. | Неповноцінний нічний відпочинок | | | 7 | 7,5 |
| 9. | Порушення режиму харчування | 6 | | | 9,2 |
| 10. | Надмірні фізичні навантаження | 6 | | | 9,2 |
| 11. | Схильність до переїдання | 6 | | | 9,2 |
| 12. | Наявність паразитарних захворювань | | 6 | | 9,2 |
| 13. | Вроджені аномалії підшлункової залози | | 6 | | 9,2 |
| 14. | Прийом токсичних лікарських препаратів | 5 | | | 14,3 |
| 15. | Спадкова схильність | | 5 | | 14,3 |
| 16. | Генетичні мутації такі як муковісцидоз, полікістоз | | 5 | | 14,3 |
| 17. | Наявність серцево-судинної або печінкової недостатності | | 4 | | 17 |
| 18. | Наявність ендокринних захворювань | | 3 | | 18,5 |
| 19. | Смерть близьких родичів | | | 3 | 18,5 |
| 20. | Великі перерви між прийомами їжі | 2 | | | 20,2 |
| 21. | Наявність зайвої ваги або ожиріння | 2 | | | 20,2 |
| 22. | Низький дохід на 1-го члена сім'ї | 2 | | | 20,2 |

| | | | | | |
|-----|--|---|---|---|------|
| 23. | Відсутність активного відпочинку | 2 | | | 20,2 |
| 24. | Відсутність вищої освіти | 2 | | | 20,2 |
| 25. | Перенесені або наявність інфекційних захворювань | | 2 | | 20,2 |
| 26. | Неврівноваженість характеру | | | 1 | 26 |

В кожній групі факторів ризику відповідно до значення показника сили впливу (3% та більше) було визначено основні фактори.

За соціальними факторам це переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі (сила впливу 12%), хронічне вживання алкоголю (11%), наявність травм в області живота (9%), тютюнопаління (8%), порушення режиму харчування, надмірні фізичні навантаження, схильність до переїдання (всі фактори з силою впливу 6%) та прийом токсичних лікарських препаратів (сила впливу 5%).

Серед біологічних факторів основними виявлені такі: захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) (сила впливу 10%), наявність ентериту, виразкової хвороби шлунку і 12-палої кишки (7%), наявність паразитарних захворювань, вроджені аномалії підшлункової залози (по 6%), спадкова схильність та генетичні мутації такі як муковісцидоз, полікістоз (по 5%), наявність серцево-судинної або печінкової недостатності (4%), наявність ендокринних захворювань (3%). В групі психологічних факторів – це психоемоційне навантаження (8%), неповноцінний нічний відпочинок (7%), смерть близьких родичів (3%).

Фактори, що мали силу менше 3% – другорядні. Ці фактори є в наявності в усіх групах. Так серед соціальних факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту силу впливу менше 3% мають ряд факторів, сила впливу яких становила 2%, а саме: великі перерви між прийомами їжі, наявність зайвої ваги або ожиріння, низький дохід на 1-го члена сім'ї, відсутність активного відпочинку та відсутність вищої освіти. Щодо біологічних факторів, то сила впливу фактору перенесених або наявних інфекційних хвороб склала 2%. В

групі психологічних факторів невірноваженість характеру мала силу впливу 1%.

Розподіл факторів на основні та додаткові поданий у табл. 4.3

Таблиця 4.3

Основні та другорядні фактори ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення (подані згідно рангових місць та показника сили впливу)

| № з/п | Фактори ризику | Основна група (%) | Контроль на група (%) | Ступінь достовірності | Показник сили впливу |
|-------------------------------|--|-------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | | P±m | P±m | | |
| Основні фактори ризику | | | | | |
| 1 | Переважає в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі | 68,6±2,7 | 33,3±3,4 | p<0,001 | 12 |
| 2 | Хронічне вживання алкоголю | 65±2,8 | 31,2±3,3 | p<0,001 | 11 |
| 3 | Захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) | 55±2,9 | 22,2±3,0 | p<0,001 | 10 |
| 4 | Наявність травм в області живота | 43±2,9 | 14,8±2,5 | p<0,001 | 9 |
| 5 | Тютюнопаління | 61,2±2,8 | 31,5±3,3 | p<0,001 | 8 |
| 6 | Психоемоційне напруження | 72±2,6 | 42,6±3,5 | p<0,001 | 8 |
| 7 | Наявність таких захворювань як: ентерит і виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки | 30,5±2,7 | 8,1±1,9 | p<0,001 | 7 |
| 8 | Неповноцінний нічний відпочинок | 60±2,9 | 33,3±3,4 | p<0,001 | 7 |
| 9 | Наявність паразитарних захворювань | 25,3±2,5 | 5,6±1,6 | p<0,001 | 6 |
| 10 | Вроджені аномалії підшлункової залози | 21,7±2,4 | 4,1±1,4 | p<0,001 | 6 |
| 11 | Порушення режиму харчування | 54±2,9 | 29,2±3,3 | p<0,001 | 6 |
| 12 | Надмірні фізичні | 44,3±2,9 | 69,3±3,3 | p<0,001 | 6 |

| | | | | | |
|----------------------------------|---|----------|----------|---------|---|
| | навантаження | | | | |
| 13 | Схильність до переїдання | 55,7±2,9 | 30,8±3,3 | p<0,001 | 6 |
| 14 | Спадкова схильність | 57,3±2,9 | 33,5±3,3 | p<0,001 | 5 |
| 15 | Генетичні мутації такі як муковісцидоз, полікістоз | 17,7±2,2 | 2,6±1,2 | p<0,001 | 5 |
| 16 | Прийом токсичних лікарських препаратів | 30,2±2,7 | 10,1±2,1 | p<0,001 | 5 |
| 17 | Наявність серцево-судинної або печінкової недостатності | 25,1±2,5 | 8,2±2,0 | p<0,001 | 4 |
| 18 | Наявність ендокринних захворювань | 21,5±2,4 | 7,3±1,9 | p<0,001 | 3 |
| 19 | Смерть близьких родичів | 73,3±2,6 | 55,0±3,6 | p<0,001 | 3 |
| Другорядні фактори ризику | | | | | |
| 20 | Перенесені або наявність інфекційних захворювань | 20,9±2,4 | 8,8±2,0 | p<0,001 | 2 |
| 21 | Великі перерви між прийомами їжі | 58,0±2,9 | 41,9±3,5 | p<0,001 | 2 |
| 22 | Наявність зайвої ваги або ожиріння | 57,3±2,9 | 43,2±3,5 | p<0,01 | 2 |
| 23 | Низький дохід на 1-го члена сім'ї | 63,4±2,8 | 47,2±3,6 | p<0,001 | 2 |
| 24 | Відсутність активного відпочинку | 51,0±2,9 | 66,5±3,4 | p<0,001 | 2 |
| 25 | Відсутність вищої освіти | 46,1±2,9 | 32,1±3,3 | p<0,01 | 2 |
| 26 | Неврівноваженість характеру | 64,4±2,8 | 51,5±3,6 | p<0,01 | 1 |

В таблиці 4.4 показано вплив соціальних, біологічних та психологічних факторів на виникнення хронічного панкреатиту серед населення за силою впливу.

Таблиця 4.4

Характеристика впливу факторів ризику на виникнення хронічного панкреатиту серед населення за силою впливу

| № з/п | Фактори ризику | Показник сили впливу |
|-------|----------------|----------------------|
|-------|----------------|----------------------|

| | | |
|---|-----------------------------|------|
| 1 | Соціальні фактори ризику | 5,61 |
| 2 | Біологічні фактори ризику | 5,33 |
| 3 | Психологічні фактори ризику | 4,75 |

Розраховані значення показників відносного ризику при розрахунку показника відношення шансів щодо визначених факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту. В табл. 4.5 фактори ризику розташовані у порядку зменшення показника відношення шансів.

Зазначені показники свідчать про наявність залежності між цими факторами та ризиком виникнення хронічного панкреатиту серед населення.

Таблиця 4.5

Результати розрахунків відношення шансів для досліджених факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення

| № з/п | Фактори ризику | Основна група | Контрольна група | Відношення шансів |
|-------|--|---------------|------------------|-------------------|
| | | P±m (%) | P±m (%) | |
| 1 | Генетичні мутації такі як муковісцидоз, полікістоз | 17,7±2,2 | 2,6±1,2 | 7,94 |
| 2 | Вроджені аномалії підшлункової залози | 21,7±2,4 | 4,1±1,4 | 6,53 |
| 3 | Наявність паразитарних захворювань | 25,3±2,5 | 5,6±1,6 | 5,68 |
| 4 | Наявність таких захворювань як: ентерит і виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки | 30,5±2,7 | 8,1±1,9 | 4,96 |
| 5 | Переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі | 68,6±2,7 | 33,3±3,4 | 4,36 |
| 6 | Наявність травм в області живота | 43±2,9 | 14,8±2,5 | 4,34 |
| 7 | Захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) | 55±2,9 | 22,2±3 | 4,30 |
| 8 | Хронічне вживання алкоголю | 65±2,8 | 31,2±3,3 | 4,10 |

| | | | | |
|-----|---|----------|----------|------|
| 9 | Прийом токсичних лікарських препаратів | 30,2±2,7 | 10,1±2,1 | 3,85 |
| 10 | Наявність серцево-судинної або печінкової недостатності | 25,1±2,5 | 8,2±2 | 3,73 |
| 11 | Наявність ендокринних захворювань | 21,5±2,4 | 7,3±1,9 | 3,51 |
| 12 | Психоемоційне напруження | 72±2,6 | 42,6±3,5 | 3,45 |
| 13 | Тютюнопаління | 61,2±2,8 | 31,5±3,3 | 3,44 |
| 14 | Неповноцінний нічний відпочинок | 60±2,9 | 33,3±3,4 | 3,00 |
| 15 | Порушення режиму харчування | 54±2,9 | 29,2±3,3 | 2,84 |
| 16. | Схильність до переїдання | 55,7±2,9 | 30,8±3,3 | 2,83 |
| 17 | Перенесені або наявність інфекційних захворювань | 20,9±2,4 | 8,8±2,0 | 2,75 |
| 18 | Спадкова схильність | 57,3±2,9 | 33,5±3,3 | 2,67 |
| 19 | Смерть близьких родичів | 73,3±2,6 | 55±3,6 | 2,25 |
| 20 | Низький дохід на 1-го члена сім'ї | 63,4±2,8 | 47,2±3,6 | 1,94 |
| 21 | Великі перерви між прийомами їжі | 58±2,9 | 41,9±3,5 | 1,91 |
| 22 | Відсутність вищої освіти | 46,1±2,9 | 32,1±3,3 | 1,81 |
| 23 | Наявність зайвої ваги або ожиріння | 57,3±2,9 | 43,2±3,5 | 1,76 |
| 24 | Неврівноваженість характеру ня | 64,4±2,8 | 51,5±3,6 | 1,70 |
| 25 | Відсутність активного відпочинку | 51±2,9 | 66,5±3,4 | 0,52 |
| 26 | Надмірні фізичні навантаження | 44,3±2,9 | 69,3±3,3 | 0,35 |

Таким чином встановлено, що провідна роль у виникненню хронічного панкреатиту серед населення належить соціальним, біологічним та психологічним факторам. Найбільш вагомими факторами в цих групах є переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі, захворювання

жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) та психоемоційне напруження відповідно.

Отримані дані покладені в основу прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення, а також для виділення контингентів з високим ризиком формування даної патології.

4.2. Методика раннього індивідуального прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту.

Питання ранньої діагностики та профілактики хронічного панкреатиту на первинному рівні стає найбільш актуальним в умовах розвитку діагностичних можливостей, також покращення методів лікування цього захворювання.

Одне із завдань даного дослідження – це розробка методики прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення на основі вивчених факторів ризику. В основі даної методики знаходиться статистична процедура визначення образу по Гублеру. Після того як відбулося проведення регресійного та дисперсійного аналізів були виявлені по кожній градації ознаки прогностичні коефіцієнти з кількісною характеристикою ступені їх важливості.

На основі отриманих даних за методом, який розробив А.Вальд, проводиться ряд заходів по проведенню певної діагностичної процедури. Використовуючи даний метод, крок за кроком відбувається накопичення інформації тільки щодо досягнення певного порогу. Як тільки було досягнуто цього порогу, подальше використання даних припиняється. Цим порогом є значення суми прогностичних коефіцієнтів $+13$ або -13 .

Інтерпретація отриманих даних: при сумі коефіцієнтів $+13$ і більше – це наявний ризик виникнення хронічного панкреатиту з достовірністю більше 95%, а отримане значення коефіцієнта -13 свідчить про відсутність ризику. Якщо отриманий результат становить від -12 до $+12$ – це відповідає наявності ймовірного ризику (Рис.4.1.).

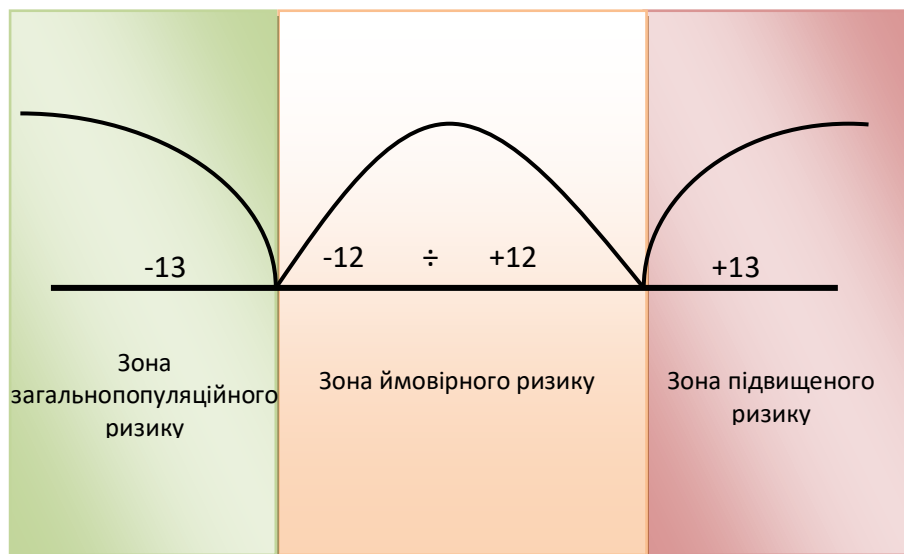


Рис.4.1. Шкала оцінки ступеню ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення.

В таблиці 4.6 представлені дані щодо певних ознак та їх градації для розробки прогностичної таблиці.

Прогностичні коефіцієнти були пораховані по кожній з ознак, що входять в дослідження. Також необхідно провести сортування цих ознак за розрахованим загальним коефіцієнтом інформативності від вищого до нижчого.

Провівши математичні розрахунки, за результатами дослідження було виявлено три групи з межами значення сумарного показника. В залежності від отриманих результатів ми можемо говорити про ступені ризику виникнення хронічного панкреатиту для окремого індивідуума, а саме:

1-а група – сприятливого прогнозу якщо значення суми прогностичних коефіцієнтів -13 та менше;

2-а група – невизначеного прогнозу якщо сума прогностичних коефіцієнтів знаходиться в межах між -12 до $+12$;

3-я група – несприятливого прогнозу якщо значення суми прогностичних коефіцієнтів $+13$ та більше.

Прогностична таблиця для визначення належності осіб до певної групи ризику щодо хронічного панкреатиту

| № з/п | Фактор ризику | Градації факторів ризиків | Прогностичні коефіцієнти | Показник інформативності |
|-------|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Переважає в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі | Так Ні | +3,1 -3,3 | 1,127 |
| 2 | Захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) | Так Ні | +4,0 -2,4 | 1,041 |
| 3 | Хронічне вживання алкоголю | Так Ні | +3,2 -2,9 | 1,037 |
| 4 | Наявність травм в області живота | Так Ні | +4,6 -1,7 | 0,900 |
| 5 | Тютюнопаління | Так Ні | +2,9 -2,5 | 0,797 |
| 6 | Психоемоційне напруження | Так Ні | +2,3 -3,1 | 0,789 |
| 7 | Наявність захворювань: ентериту, виразкової хвороби 12-палої кишки, шлунку | Так Ні | +5,7 -1,2 | 0,777 |
| 8 | Наявність паразитарних захворювань | Так Ні | +6,5 -1,0 | 0,741 |
| 9 | Вроджені аномалії підшлункової залози | Так Ні | +7,3 -0,9 | 0,719 |
| 10 | Генетичні мутації такі як муковісцидоз, полікістоз | Так Ні | +8,3 -0,7 | 0,679 |
| 11 | Неповноцінний нічний відпочинок | Так Ні | +2,6 -2,2 | 0,636 |
| 12 | Прийом токсичних лікарських препаратів | Так Ні | +4,8 -1,1 | 0,587 |
| 13 | Надмірні фізичні навантаження | Так Ні | -1,9 +2,6 | 0,569 |
| 14 | Схильність до переїдання | Так Ні | +2,6 -1,9 | 0,563 |
| 15 | Порушення режиму | Так | +2,7 | 0,562 |

| | | | | |
|----|---|-----------|--------------|-------|
| | харчування | Ні | -1,9 | |
| 16 | Спадкова схильність | Так Ні | +2,3 -1,9 | 0,508 |
| 17 | Наявність серцево-судинної або печінкової недостатності | Так Ні | +4,8 -0,9 | 0,481 |
| 18 | Наявність ендокринних захворювань | Так Ні | +4,7 -0,7 | 0,390 |
| 19 | Смерть близьких родичів | Так Ні | +1,3 -2,3 | 0,323 |
| 20 | Перенесені або наявність інфекційних захворювань | Так Ні | +3,8 -0,6 | 0,266 |
| 21 | Низький дохід на 1-го члена сім'ї | Так Ні | +1,3 -1,6 | 0,234 |
| 22 | Великі перерви між прийомами їжі | Так Ні | +1,4 -1,4 | 0,226 |
| 23 | Відсутність активного відпочинку | Так Ні | -1,2 +1,7 | 0,217 |
| 24 | Відсутність вищої освіти | Так Ні | +1,6 -1,0 | 0,180 |
| 25 | Наявність зайвої ваги або ожиріння | Так Ні | +1,2 -1,2 | 0,173 |
| 26 | Неврівноваженість характеру | Так Ні | +1 -1,3 | 0,149 |

Для того, щоб зробити висновок про те до якої групи ризику належить особа необхідно провести ряд заходів:

1. Підготовку до збору необхідної інформації в особи з допомогою методу її анкетування за даними прогностичної таблиці.

2. На наступному етапі паралельно з отриманням відповідей респондента відбувається додавання чи віднімання наступного прогностичного коефіцієнта до того моменту поки в результаті чергового додавання сума прогностичних коефіцієнтів стане +13 або більше. При отриманні такого результату це свідчить про те, що особа належить до групи підвищеного ризику виникнення захворювання. В тому випадку, якщо отриманий результат після закінчення опитування знаходиться в діапазоні -12 до +12, можна говорити про те, що це

група ймовірного ризику. Сума прогностичних коефіцієнтів, що складає -13 відповідає загально популяційному ризику виникнення захворювання (табл.4.7).

3. Розробка і впровадження основних заходів щодо профілактики хронічного панкреатиту в кожній з груп для зменшення можливого ризику появи хронічного панкреатиту у даної особи.

Таблиця 4.7

**Визначення ступеню ризику виникнення
хронічного панкреатиту серед здорового населення**

| Прогностичні групи | Ступень ризику | Сума прогностичних коефіцієнтів |
|--------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1 | Загально популяційний ризик | -13 та менше |
| 2 | Імовірний ризик | -12 до $+12$ |
| 3 | Підвищений ризик | $+13$ та більше |

Використання прогностичної таблиці для визначення належності особи до певної групи ризику щодо виникнення хронічного панкреату (приклад):

Приклад №1. Опитування громадянина Р.

Таблиця 4.8

| Фактор ризику та його градації | Прогностичні коефіцієнти | Відповідь респондента | Сума прогностичних коефіцієнтів |
|---|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1. Переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі Так Ні | $+3,1$ $-3,3$ | Так | $+3,1$ |
| 2. Захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) Так Ні | $+4,0$ $-2,4$ | Ні | $+0,7$ |
| 3. Хронічне вживання алкоголю Так Ні | $+3,2$ $-2,9$ | Так | $+3,9$ |

| | | | |
|--|--------------|-----|------|
| 4. Наявність травм в області живота Так Ні | +4,6 -1,7 | Ні | +2,2 |
| 5. Тютюнопаління Так Ні | +2,9 -2,5 | Так | +5,1 |
| 6. Психоемоційне напруження Так Ні | +2,3 -3,1 | Так | +7,4 |
| 7. Наявність захворювань: ентериту, виразкової хвороби 12-палої кишки, шлунку Так Ні | +5,7 -1,2 | Ні | +6,2 |
| 8. Наявність паразитарних захворювань Так Ні | +6,5 -1,0 | Ні | +5,2 |
| 9. Вроджені аномалії підшлункової залози Так Ні | +7,3 -0,9 | Ні | +4,3 |
| 10. Генетичні мутації такі як муковісцидоз, полікістоз Так Ні | +8,3 -0,7 | Ні | +3,6 |
| 11. Неповноцінний нічний відпочинок Так Ні | +2,6 -2,2 | Так | +6,2 |
| 12. Прийом токсичних лікарських препаратів Так Ні | +4,8 -1,1 | Ні | +5,1 |
| 13. Надмірні фізичні навантаження Так Ні | -1,9 +2,6 | Так | +3,2 |

| | | | |
|--|--------------|-----|-------|
| 14. Схильність до переїдання Так Ні | +2,6 -1,9 | Так | +5,8 |
| 15. Порушення режиму харчування Так Ні | +2,7 -1,9 | Так | +8,5 |
| 16. Спадкова схильність Так Ні | +2,3 -1,9 | Так | +10,8 |
| 17. Наявність серцево-судинної або печінкової недостатності Так Ні | +4,8 -0,9 | Так | +15,6 |

Отримавши суму прогностичних коефіцієнтів більше +13 (в даному прикладі +15,6), особа повинна бути віднесена до групи підвищеного ризику виникнення хронічного панкреатиту. На основі отриманих даних необхідно розробити та провести заходи первинної профілактики хронічного панкреатиту.

Висновки за розділом:

1. Виявлено, що провідна роль у виникненні хронічного панкреатиту серед населення належить соціальним факторам ризику, серед них: переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі (η -12; $p < 0,001$; OR= 4,36), хронічне вживання алкоголю (η -11; $p < 0,001$; OR= 4,10), наявність травм в області живота (η -9; $p < 0,001$; OR= 4,34), тютюнопаління (η -8; $p < 0,001$; OR= 3,44), біологічним факторам ризику, основними з них є: захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) з силою впливу (η -10; $p < 0,001$; OR= 4,30), наявність захворювань: ентериту, виразкової хвороби 12-палої кишки, шлунку (η -7; $p < 0,001$; OR= 4,96), наявність паразитарних захворювань (η -6; $p < 0,001$; OR= 5,68), вроджені аномалії підшлункової залози (η -6; $p < 0,001$; OR= 6,53) та психологічним факторам, таким як: психоемоційне напруження (η -8;

$p < 0,001$; OR= 3,45) та неповноцінний нічний відпочинок ($\eta=7$; $p < 0,001$; OR= 3,00).

2. Доведено, що розроблена методика прогнозування ризику розвитку хронічного панкреатиту серед населення, яка базується на системному підході та орієнтована на формування груп ризику серед пацієнтів (1-а група – сприятливого прогнозу якщо значення суми прогностичних коефіцієнтів -13 та менше; 2-а група – невизначеного прогнозу – -12 до $+12$ прогностичних коефіцієнтів; 3-я група – несприятливого прогнозу – $+13$ та більше) з метою виявлення осіб з високим ризиком виникнення хронічного панкреатиту на індивідуальному рівні. Методика прогнозування є потужним резервом для вчасної розробки та проведення комплексу ефективних та раціональних заходів первинної профілактики з метою попередження виникнення даного захворювання серед населення.

3. Отримано дані кількісної характеристики соціальних, біологічних та психологічних факторів ризику хронічного панкреатиту, таких як переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі, хронічне вживання алкоголю, захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба), наявність травм в області живота, тютюнопаління, психоемоційне напруження, наявність захворювань: ентериту, виразкової хвороби 12-палої кишки, шлунку, неповноцінний нічний відпочинок, наявність паразитарних захворювань, вроджені аномалії підшлункової залози, порушення режиму харчування, надмірні фізичні навантаження, схильність до переїдання, спадкова схильність, генетичні, мутації такі як муковісцидоз, полікістоз, прийом токсичних лікарських препаратів, наявність серцево-судинної або печінкової недостатності, наявність ендокринних захворювань, смерть близьких родичів, перенесені або наявність інфекційних захворювань, великі перерви між прийомами їжі, наявність зайвої ваги або ожиріння, низький дохід на 1-го члена сім'ї, відсутність активного відпочинку, відсутність вищої освіти та невірноваженість характеру.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах [1, 6, 7].

РОЗДІЛ V

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Хронічний панкреатит – це досить тяжке захворювання, при якому повного одужання пацієнта, навіть після проведених лікувально-профілактичних заходів, практично не наступає. В зв'язку з цим основним завданням при наданні лікувально-профілактичної допомоги хворим на хронічний панкреатит є запобігання виникненню ускладнень, загострень та інвалідизації, що впливають як на тривалість, так і на якість життя і призводить до виникнення обмежень за різними напрямками життєдіяльності хворих на хронічний панкреатит.

Проведення оцінки якості життя хворих на хронічний панкреатит дозволяє проаналізувати та провести оцінку ефективності роботи закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги та проведення реабілітаційних заходів даному контингенту населення. Важливим моментом в проведенні активного динамічного спостереження за окремим пацієнтом з хронічним панкреатитом має бути оцінка якості його життя в динаміці, що дозволить покращити як якість проведеного спостереження, так і якість медичної допомоги з комплексом реабілітаційних заходів.

Для дослідження якості життя хворих на хронічний панкреатит було проанкетовано 300 осіб, що проживають в місті Харкові та в Харківській області. За даними цього дослідження середній показник якості життя у хворих на хронічний панкреатит склав $55,73 \pm 0,50\%$, середнє квадратичне відхилення становило $\pm 8,74$, коефіцієнт варіації $= 15,14\%$. Методика розрахунку та оцінки якості життя представлена в розділі II. Використовуючи шкалу оцінки якості життя, можна зробити такі висновки: при показнику в межах 71-100% – якість життя визначається як оптимальна, в межах 51-70 – середня якість життя, а показник 50% та менше відповідає низькій якості життя.

Середній рівень якості життя мали 66,67% проанкетованих хворих на хронічний панкреатит, що склав більшість з даної статистичної сукупності, 4,33% з оптимальною якістю життя, та 29,00% мають низьку якість життя.

Проаналізувавши отримані дані, необхідно відмітити, що рівень якості життя хворих на хронічний панкреатит у чоловіків дещо вищий, ніж у жінок і має тенденцію до зменшення в залежності від збільшення вікових груп. Дані представлені в табл. 5.1, 5.2, 5.3.

Таблиця 5.1

**Показник якості життя залежно від статі хворого на
хронічний панкреатит**

| Розрахункові показники | Стать | |
|---|------------|------------|
| | чоловіча | жіноча |
| Середнє значення показника якості життя | 58,67±0,72 | 53,15±0,64 |
| Мінімальне значення показника якості життя | 35,29 | 33,87 |
| Максимальне значення показника якості життя | 76,15 | 74,17 |
| Середнє квадратичне відхилення | ±8,55 | ±8,07 |
| Коефіцієнт варіації у % | 14,57 | 15,18 |

Таблиця 5.2

**Показник якості життя серед хворих чоловічої статі на
хронічний панкреатит залежно від віку**

| Розрахункові показники | Вік | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| | 18-30 років | 31-50 років | 51-69 років | 70 років та старше |
| Середнє значення показника якості життя | 67,53±0,90 | 61,85±0,77 | 54,38±1,10 | 46,27±1,47 |
| Мінімальне значення показника якості життя | 62,05 | 47,40 | 35,29 | 37,15 |
| Максимальне значення показника якості життя | 73,52 | 76,15 | 66,21 | 55,85 |
| Середнє квадратичне відхилення | ±3,47 | ±6,27 | ±1,10 | ±4,89 |
| Коефіцієнт варіації у % | 5,14 | 10,14 | 2,02 | 10,57 |

**Показник якості життя серед хворих жіночої статі на
хронічний панкреатит залежно від віку**

| Розрахункові показники | Вік | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| | 18-30 років | 31-50 років | 51-69 років | 70 років та старше |
| Середнє значення показника якості життя | 63,21±1,42 | 60,10±0,78 | 51,54±0,64 | 44,64±0,85 |
| Мінімальне значення показника якості життя | 53,04 | 52,66 | 40,59 | 33,87 |
| Максимальне значення показника якості життя | 72,43 | 74,17 | 63,78 | 59,89 |
| Середнє квадратичне відхилення | ±5,30 | ±4,92 | ±5,33 | ±5,10 |
| Коефіцієнт варіації у % | 8,38 | 8,19 | 10,34 | 11,42 |

Однак вік та стать не єдині фактори впливу на якість життя хворих на хронічний панкреатит. Саме тому було проведено дослідження інших факторів, які теж можуть мати істотний вплив на параметр, що досліджується. Вплив кожного фактору був оцінений за шкалою, де

- 0 – немає обмежень;
- 1 – незначне обмеження;
- 2 – помірне обмеження;
- 3 – велике обмеження;
- 4 – повне обмеження.

В ході дослідження всі фактори були згруповані в 4 групи обмежень, а саме: обмеження в фізичній сфері, обмеження в психологічній сфері, обмеження в харчуванні та обмеження в соціальній сфері життя.

Обмеження в кожній групі були розраховані за допомогою середніх величин. Саме така методика розрахунку була обрана через те, що в різних групах була різна кількість факторів, тому використання суми факторів призвело б до спотворення результату моделі оцінки якості життя хворих на хронічний панкреатит в сторону впливу групи обмежень з більшою кількістю

факторів. При цьому були досліджені всі фактори за групами та виключені ті, які взаємопов'язані з іншими факторами групи, але на якість життя істотно не впливали.

За результатами дослідження за допомогою кореляційно-регресійного аналізу було встановлено, що найбільш вагомий вплив на якість життя хворих на хронічний панкреатит має група обмежень в психологічній сфері, що підтверджується коефіцієнтом парної кореляції $r_{xy} = -0,742$, група обмежень в харчуванні має коефіцієнт парної кореляції $r_{xy} = -0,696$, група обмежень в фізичній сфері – $r_{xy} = -0,651$ та група обмежень в соціальній сфері – $r_{xy} = -0,606$.

Таким чином, усі групи обмежень мають істотний вплив на показник якості життя, тому усі ці групи були враховані при побудові прогностичної моделі оцінки якості життя хворих на хронічний панкреатит за допомогою методу найменших квадратів (МНК).

Використання методу найменших квадратів дозволило побудувати модель залежності якості життя хворих на хронічний панкреатит від обмежень в різних сферах життя. Отримана математична модель має такий вигляд:

$$Y = 92,25409 - 3,86322 * X_1 - 5,22107 * X_2 - 6,96241 * X_3 - 3,29702 * X_4, \quad (1), \text{ де}$$

Y – якість життя

X_1 – обмеження в фізичній сфері

X_2 – обмеження в психологічній сфері

X_3 – обмеження в харчуванні

X_4 – обмеження в соціальній сфері

Всі фактори моделі значимі, що підтверджується значенням t-критерія Стьюдента. Адекватність даної моделі складає 0,9121.

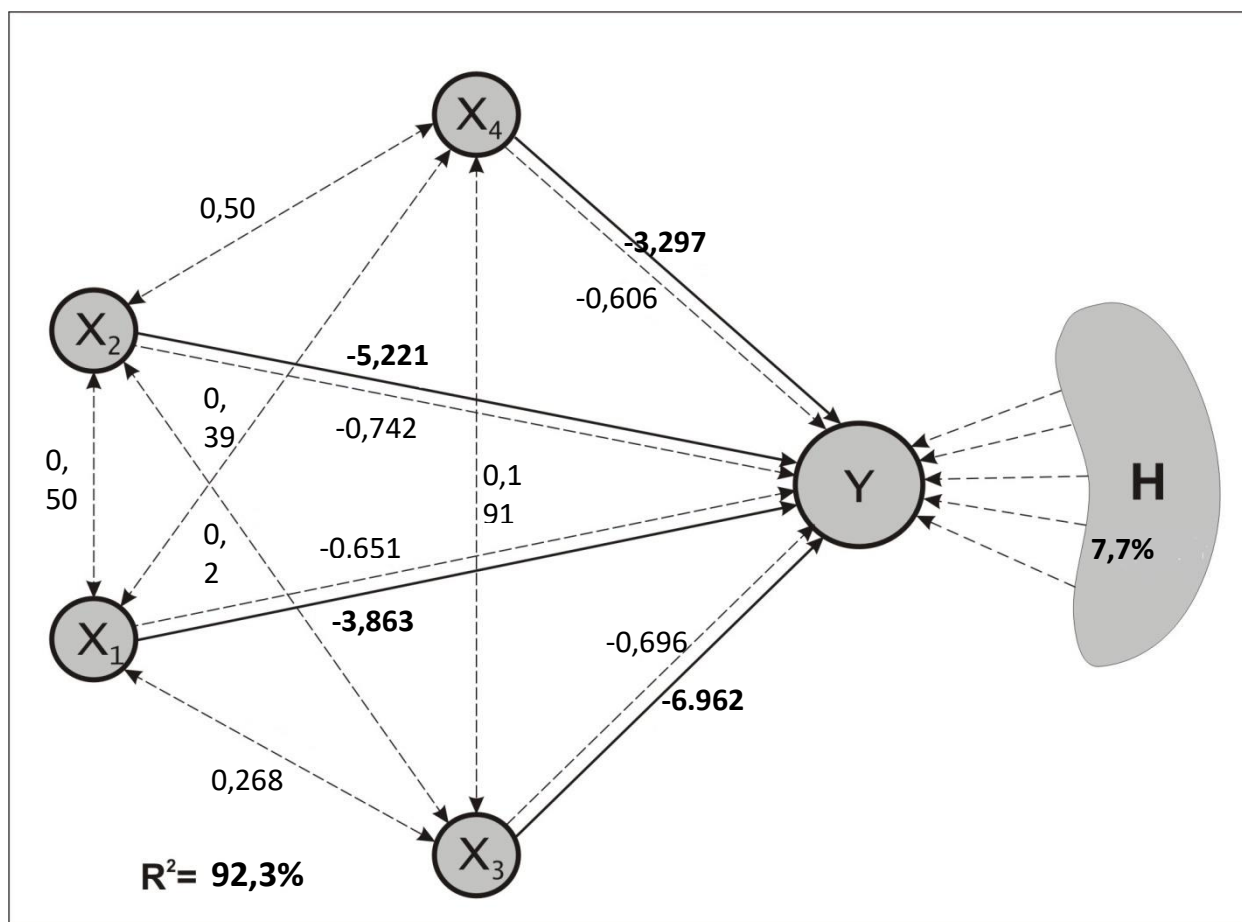


Рис. 5.1. Модель складових якості життя хворих на хронічний панкреатит

X₁ – обмеження в фізичній сфері

X₂ – обмеження в психологічній сфері

X₃ – обмеження в харчуванні

X₄ – обмеження в соціальній сфері

Y – якість життя

R² – відсоток врахованих факторів в моделі якості життя

H – відсоток неврахованих факторів в моделі якості життя

_____ коефіцієнт множинної лінійної регресії

----- коефіцієнт простої лінійної кореляції

В результаті аналізу отриманих даних можна відзначити, що сукупний вплив врахованих факторів на якість життя хворих на хронічний панкреатит складає 92,3% (R²), що характеризує отриману модель як модель, що має

високий ступінь інформативності. При цьому питома вага факторів, що не враховані, але мають вплив на якість життя становить 7,7 %.

Для прогнозування якості життя хворого на хронічний панкреатит можна використовувати отриману математичну модель розрахунку якості життя:

$Y = 92,25409 - 3,86322 * X_1 - 5,22107 * X_2 - 6,96241 * X_3 - 3,29702 * X_4$, маючи відомості про спосіб життя хворого при змінах його складових.

Прогнозування показника якості життя у хворого на хронічний панкреатит складається з кількох етапів, а саме:

1. Розрахунок середнього значення показника даних в кожному блоці обмежень, а саме: обмеження в фізичній сфері, обмеження в психологічній сфері, обмеження в харчуванні та обмеження в соціальній сфері;

2. Занесення отриманих даних в математичну модель розрахунку якості життя.

В якості прикладу для прогнозування якості життя були взяті дані, що наведені в табл. 5.4.

Таблиця 5.4

Показники середніх значень обмежень в блоках для розрахунку якості життя хворих на хронічний панкреатит

| Обмеження в фізичній сфері | Обмеження в психологічній сфері | Обмеження в харчуванні | Обмеження в соціальній сфері |
|----------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------------------|
| 1,286 | 2,500 | 3,833 | 1,667 |

За наявності даних щодо обмежень у різних сферах можемо зробити прогноз якості життя хворого на хронічний панкреатит за допомогою моделі, що наведена в формулі (1):

$$Y = 92,25409 - 3,86322 * 1,286 - 5,22107 * 2,500 - 6,96241 * 3,833 - 3,29702 * 1,667.$$

В даному прикладі якість життя хворого становить 42,05.

При проведенні заходів, що направлені на покращення якості життя хворого та отримання результату зниження середнього значення кожного показника обмежень в групі на 1 та підставивши ці значення в формулу моделі, ми отримуємо:

$$Y = 92,25409 - 3,86322 * 0,286 - 5,22107 * 1,500 - 6,96241 * 2,833 - 3,29702 * 0,667.$$

Отже, при зниженні середнього значення обмеження життєдіяльності пацієнта в даному прикладі по кожній групі на 1, якість життя хворого покращиться на 19,34 і становитиме 61,39.

Отже, отримана модель дозволила визначити найбільш впливові групи на показник якості життя та використовувати її для прогнозування якості життя та розробки комплексу заходів, спрямованих на покращення якості життя хворих на хронічний панкреатит шляхом усунення впливу негативних факторів в кожній групі.

В процесі проведення дослідження з метою проведення аналізу виділених груп обмежень виникла необхідність в розрахунку додаткових коефіцієнтів регресії, що мають вплив на якість життя хворого на хронічний панкреатит, а саме: α -коефіцієнт, β -коефіцієнт, Δ -коефіцієнт.

Для проведення оцінки отриманих даних необхідно визначити що відображає кожен з вищевказаних показників:

1. α -коефіцієнт (коефіцієнт еластичності) – це коефіцієнт, що показує наскільки відсотків відхилиться результативний показник від свого середнього значення, якщо значення певного фактору відхилиться на 1 відсоток від своєї середньої величини. Цей показник необхідний для порівняння впливу окремих факторів на показник якості життя.

2. β -коефіцієнт (стандартизований коефіцієнт регресії) – це коефіцієнт, що визначає для кожного фактору ступінь впливу варіації даного фактору на варіацію результативного показника, при цьому не враховуються супутні варіації інших факторів, що входять до складу рівняння регресії.

3. Δ -коефіцієнт визначає питому вагу серед усіх блоків обмежень [57].

Отримані результати подані у табл. 5.5

Вплив блоків обмежень на якість життя хворих на хронічний панкреатит

| Обмеження | R_{xy} | α - коефіцієнт | β - коефіцієнт | Δ - коефіцієнт |
|-----------------------|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| в фізичній сфері | -3,863 | -0,0947 | -0,2436 | 0,1739 |
| в психологічній сфері | -5,221 | -0,1227 | -0,3710 | 0,3019 |
| в харчуванні | -6,962 | -0,3537 | -0,4850 | 0,3701 |
| в соціальній сфері | -3,297 | -0,0843 | -0,2318 | 0,1541 |
| | | | | 1,0000 |

Проаналізувавши отримані дані, можна зробити висновки по кожному з показників:

1. α -коефіцієнт еластичності вказує на те, що показник якості життя матиме найбільше відхилення від середнього рівня при відхиленні на 1% показників факторів в першу чергу в харчуванні (-0,3537) та в психологічній сфері (-0,1227).

2. За допомогою β -коефіцієнту можна зробити висновок, що варіації обмежень в харчуванні (-0,4850) та в психологічній сфері (-0,3710) найбільш впливають на показник якості життя. Варіації у фізичній (-0,2436) та у соціальній сферах (-0,2318) менше впливають на показник якості життя. Отримані дані дозволяють розробити ряд цілеспрямованих заходів, що направлені на покращення показника якості життя.

3. За розрахунковими даними Δ -коефіцієнту можна зробити висновок, що найбільшу питому вагу з чотирьох блоків обмежень мають обмеження в харчуванні (0,3701) та в психологічній сфері (0,3019).

При вивченні якості життя у хворих на хронічний панкреатит даному контингенту було запропоновано обрати п'ять найбільш значимих на їхню думку обмежень, що обмежують їх в повсякденному житті із запропонованих варіантів в анкеті. Кожен з респондентів оцінив вплив запропонованих

обмежень. Отримані дані відображені в табл. 5.6 в порядку зменшення їх впливу. Всього було вибрано 1500 обмежень.

Таблиця 5.6

Розподіл обмежень, що впливають на якість життя хворих на хронічний панкреатит

| № п/п | Вид обмеження | Кількість обмежень | % |
|-------|---|--------------------|-------|
| 1 | Можливість їсти будь-які продукти | 285 | 19 |
| 2 | Можливість їсти будь-яку кількість їжі | 259 | 17,27 |
| 3 | Можливість їсти солодощі | 166 | 11,07 |
| 4 | Фізична праця на дачі | 164 | 10,93 |
| 5 | Тривалі походи, туризм | 141 | 9,4 |
| 6 | Планування дозвілля | 125 | 8,33 |
| 7 | Дотримання посту | 89 | 5,93 |
| 8 | Заняття спортом | 70 | 4,67 |
| 9 | Спілкування з однолітками | 60 | 4 |
| 10 | Вибір хобі | 60 | 4 |
| 11 | Участь в рухливих іграх | 26 | 1,73 |
| 12 | Прибирання в кімнаті | 26 | 1,73 |
| 13 | Участь в релігійних святах та обрядах | 17 | 1,13 |
| 14 | Заняття в художній самодіяльності | 7 | 0,47 |
| 15 | Вибір професії | 4 | 0,27 |
| 16 | Можливість утримувати вдома домашніх тварин | 1 | 0,07 |
| | Всього | 1500 | 100,0 |

Після проведеного аналізу отриманих даних можна зробити такі висновки:

- найбільша кількість обраних респондентами обмежень з запропонованих стосуються обмежень в харчуванні (можливість їсти будь-які продукти 19,00%, можливість їсти будь-яку кількість їжі 17,27%, можливість їсти солодощі 11,07%, дотримання посту 5,93%) сумісно склали 53,33% з всіх обмежень;

- основні обмеження щодо фізичних навантажень (фізична праця на дачі 10,93%, тривалі походи, туризм 9,4%, заняття спортом 4,67%) займають сумарно 25% обмежень;

- обмеження, що не ввійшли до вищеперерахованих займають 21,67%, найбільш значним з яких є планування дозвілля – 8,33%.

Висновки за розділом:

1. Встановлено, що якість життя хворих на хронічний панкреатит в середньому складає 55,73%, серед хворих чоловічої статі – 58,67%, а жіночої – 53,15%. До основних факторів, що знижують якість життя відносяться: обмеження в психологічній сфері ($r_{xy} = -0,742$), обмеження в харчуванні ($r_{xy} = -0,696$), в фізичній сфері ($r_{xy} = -0,651$) та в соціальній сфері ($r_{xy} = -0,606$).

2. Доведено, що зі зростанням повікових показників, показник якості життя має тенденцію до зниження з $67,53 \pm 0,90$ у групі чоловіків 18-30 років до $46,27 \pm 1,47$ у групі старше 70 років. В хворих жіночої статі $63,21 \pm 1,42$ до $44,64 \pm 0,85$ відповідно.

3. Розроблена математична модель залежності якості життя хворих на хронічний панкреатит від обмежень в різних сферах життя з допомогою методу найменших квадратів дозволяє спрогнозувати показник якості життя хворого на хронічний панкреатит, маючи дані про його спосіб життя. Сукупний вплив врахованих факторів на якість життя хворого на хронічний панкреатит складає 92,3%, а питома вага факторів, що не враховані, але мають вплив на якість життя склала 7,7%, що характеризує запропоновану модель як модель, що має високий ступінь інформативності.

4. При аналізі додаткових показників регресії виявлено, що за даними α -коефіцієнту показник якості життя матиме найбільше відхилення від середнього рівня при відхиленні на 1% показників факторів найбільше в харчуванні ($-0,3537$) та в психологічній сфері ($-0,1227$). За даними β -коефіцієнту, варіації обмежень в харчуванні ($-0,4850$) та в психологічній сфері ($-0,3710$) найбільш впливають на показник якості життя. За розрахунковими даними Δ -коефіцієнту можна зробити висновок, що найбільшу питому вагу з

чотирьох груп обмежень мають обмеження в харчуванні (0,3701) та в психологічній сфері (0,3019).

5. Отримані дані в результаті проведеного дослідження якості життя хворих на хронічний панкреатит дозволяють розробляти та впроваджувати заходи щодо надання медичної допомоги та реабілітації даного контингенту населення з метою підвищення якості їх життя.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах [2, 9, 10, 14].

РОЗДІЛ VI

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ.

Організація та удосконалення медико-санітарної допомоги і реабілітації хворих на хронічний панкреатит є важливим завданням у сфері охорони здоров'я не тільки для України, але й для інших держав світу. Воно є актуальним, оскільки забезпечує збереження, зміцнення, покращення стану здоров'я населення, призводить до зниження таких негативних показників, як показники захворюваності, смертності, інвалідності, що знаходить своє відображення в покращенні якості життя населення.

Для вирішення завдання щодо зміни пріоритету проведення профілактичних заходів, а не лікування хворих, в Україні у співпраці з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, було затверджено Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», що направлена на профілактику хронічних неінфекційних захворювань, зниження впливу визначених факторів ризику, пропаганди здорового способу життя, підвищення санітарної культури населення, що в свою чергу призведе до більш раціонального розподілу наявних фінансових ресурсів, які виділяються на функціонування медичної галузі та дозволить удосконалити надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічні неінфекційні захворювання, зокрема і на хронічний панкреатит.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 530-р від 26 липня 2018 р. для досягнення глобальних цілей сталого розвитку затверджено Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань, що включає ряд завдань та заходів щодо їх впровадження за такими напрямками: заходи з організації та координації виконання Національного плану заходів, між секторальна взаємодія щодо підвищення рівня інформованості та обізнаності населення з питань профілактики неінфекційних захворювань, заходи зі

зменшення впливу факторів ризику неінфекційних захворювань на здоров'я населення, організація надання медичної допомоги та моніторинг ефективності виконання Національного плану заходів. Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку включає такі завдання як: забезпечення ефективної між секторальної взаємодії щодо виконання Національного плану заходів; формування інформаційної політики та забезпечення громадської підтримки у напрямі профілактики неінфекційних захворювань; формування освітніх матеріалів з питань пропагування здорового способу життя та профілактики неінфекційних захворювань в навчальних програмах; удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я; зниження рівня споживання тютюнових виробів та паління; профілактика зловживання алкоголем; підтримка та пропагування здорового харчування; профілактика недостатньої фізичної активності; використання природних факторів (повітря, води, зелених насаджень, пішохідних маршрутів, рекреаційних зон тощо); профілактика несприятливого впливу факторів навколишнього природного середовища на здоров'я населення; оптимізація управління та забезпечення надання медичної допомоги; профілактика, раннє виявлення та лікування хвороб системи кровообігу; профілактика, раннє виявлення та лікування цукрового діабету; профілактика, раннє виявлення та лікування злоякісних новоутворень; профілактика, раннє виявлення та лікування хронічних форм респіраторних захворювань; формування та вдосконалення існуючих баз даних щодо захворювань, забезпечення інформаційного та наукового супроводження неінфекційних хвороб; проведення моніторингу споживання тютюнових виробів; проведення моніторингу споживання алкоголю та слабоалкогольних напоїв; проведення моніторингу стану харчування населення; проведення оцінки рівня фізичної активності населення; проведення моніторингу безпеки дорожнього руху; проведення моніторингу несприятливих факторів навколишнього природного середовища; проведення моніторингу дотримання безпечного способу життя і умов навчання дітей.

Успішне виконання заходів, що увійшли до Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку дозволить поліпшити стан здоров'я населення, мотивувати здоровий спосіб життя, покращити якість надання медичної допомоги на всіх рівнях, призведе до зниження впливу негативних факторів ризику на здоров'я населення, що, в свою чергу, має призвести до покращення якості життя населення в цілому, в тому числі і хворих на хронічний панкреатит.

Отже, організація медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит та їх реабілітація поряд з іншими неінфекційними захворюваннями є одним з найбільш актуальних завдань, що стоїть перед сучасною системою охорони здоров'я в Україні.

Надання медико-профілактичної допомоги хворим на хронічний панкреатит в Україні згідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації проводиться в закладах охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу та в закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу населенню.

В закладах охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу проводяться заходи з первинної профілактики для зменшення та виключення впливу факторів ризику, що призводять до виникнення хронічного панкреатиту та його подальшого розвитку, діагностиці з підтвердженням попереднього діагнозу лікарем гастроентерологом та диференційній діагностиці з проведенням збору анамнезу, фізикального обстеження, використанням лабораторних та інструментальних методів обстеження, направленням пацієнта на консультацію до гастроентеролога, хірурга (якщо є тривожні симптоми: лихоманка, інтоксикація, виражений больовий синдром, немотивована втрата ваги, при підозрі на гострий панкреатит, наявності ускладнень – негайно), та ендокринолога (якщо є симптоми цукрового діабету). Лікування проводиться лікарем гастроентерологом, при цьому лікар загальної практики-сімейний лікар

/ терапевт дільничний проводить корекцію способу життя та призначення симптоматичного лікування. Подальше спостереження за пацієнтом на обліку у лікаря загальної практики-сімейного лікаря / дільничного терапевта, який веде необхідну медичну документацію, сприяє виконанню пацієнтом рекомендацій спеціалістів та призначає за необхідності симптоматичне лікування. Активному динамічному спостереженню пацієнт підлягає 2 рази на рік та проводиться оцінка стосовно направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань.

В закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу проводяться заходи з профілактики виникнення хронічного панкреатиту, усунення факторів ризику, корекція способу життя хворого.

Діагностичні заходи націлені на встановлення діагнозу хронічного панкреатиту, диференційну діагностику з іншими захворюваннями, оцінку ризику важких ускладнень, при цьому необхідно провести збір анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторні та інструментальні методи обстеження та направити пацієнта на консультацію до хірурга при наявності тривожних симптомів (лихоманка, інтоксикація, виражений больовий синдром), немотивована втрата ваги; при підозрі на гострий панкреатит, наявності ускладнень, онколога (при підозрі на наявність злоякісного новоутворення) та ендокринолога (якщо є симптоми цукрового діабету).

Лікування здійснюється амбулаторно, за винятком випадків ускладненого перебігу хронічного панкреатиту та необхідності хірургічного лікування з призначенням корекції режиму харчування, праці та відпочинку. В подальшому проводиться спостереження та реабілітація. Пацієнти перебувають на обліку у лікаря гастроентеролога з періодичними оглядами 2 рази на рік з призначенням обстежень згідно плану, наданням рекомендацій щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень. Проводиться оцінка стосовно направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань.

В закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу проводяться заходи по госпіталізації пацієнтів з хронічним панкреатитом при наявності показань або якщо необхідне хірургічне лікування. Проводяться діагностичні заходи з метою підтвердження наявності хронічного панкреатиту, диференційну діагностику з іншими захворюваннями, виявлення важких ускладнень з цією метою проводиться збір анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторні, інструментальні методи дослідження. Лікування в умовах стаціонару включає як медикаментозну терапію, так і при необхідності хірургічне лікування. По закінченні лікування в стаціонарі при виписуванні пацієнту надається виписка з медичної карти стаціонарного хворого (форма № 027/о), яка містить інформацію про проведення лікування, особливості перебігу захворювання, рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження, надається інформація щодо необхідності проведення періодичних обстежень відповідно до плану спостереження, повторного звернення та обстеження при появі нових симптомів захворювання, рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю, тютюну. Медична реабілітація має показання, коли санаторно-курортному лікуванню підлягають хворі на хронічний панкреатит у фазі ремісії або нестійкої ремісії та протипоказання коли курортне лікування не показано хворим у стадії загострення хронічного панкреатиту, дієта: № 5 п або № 5 за Певзнером, санаторний режим: II – III, кліматотерапія: загальна, руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова), вживання мінеральної води малої та середньої мінералізації гідрокарбонатного та сульфатного складу. Термін санаторно-курортного лікування складає 21-30 днів.

Основним завданням первинної ланки надання медичної допомоги є рання діагностика та лікування захворювань. Відомо, що вчасно та якісно надана первинна допомога дозволяє в рази покращити прогноз та знизити ймовірність розвитку ускладнень. За даними дослідження, на етапі надання первинної медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит за останні 12

місяців кількість візитів через прояви захворювання на хронічний панкреатит здійснено до дільничного терапевту (сімейного лікаря) в середньому 3,6 рази. Жодного разу 19,3±2,3%, 1-3 рази 17,3±2,2%, 4 рази та більше 63,0±2,8%, при цьому для планового контролю захворювання в середньому 2,0 рази. Жодного 20,3±2,3%, 1-3 рази 70,3±2,6%, 4 та більше 9,7±1,7%.

До лікаря гастроентеролога за останні 12 місяців кількість візитів через прояви захворювання хронічний панкреатит здійснено в середньому 2,4 рази. Жодного разу 22,0±2,4%. 1-3 рази 53,0±2,9%, 4 рази 25,0±2,5%, для планового контролю захворювання в середньому 1,3 рази. Жодного разу 26,0±2,5%, 1-3 рази 74,0±2,5%.

Після встановлення діагнозу хронічного панкреатиту хворого згідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації необхідно направити до лікаря гастроентеролога для підтвердження діагнозу. Були направлені 82,7±2,2% опитаних, не направленими виявились 17,3±2,2%.

Важливу роль в ефективності лікування хронічного панкреатиту відіграє якісне моніторингове спостереження. По отриманим результатам дослідження моніторинговому спостереженню підлягали 70,7±2,6%, не підлягали 29,3±2,6%. Серед тих, хто перебував на обліку у лікаря гастроентеролога 64,2±3,3%, у дільничного терапевта (сімейного лікаря) 35,8±3,3%.

Розробка та надання пацієнту письмових рекомендацій про те, як необхідно слідкувати за здоров'ям при хронічному панкреатиті для позитивного результату лікування має значення відновлення та запобігання ускладнень. Так, 71,3±2,6% вони наявні, не мають рекомендацій 28,7±2,6%. З тих, хто має письмові рекомендації і отримали їх у лікаря гастроентеролога 63,1±3,3%, дільничного терапевта (сімейного лікаря) 35,0±3,3%, лікаря стаціонару 1,4±0,8% та лікаря хірурга поліклініки 0,5±0,5%. Необхідно відмітити, що про наявність усних рекомендацій відповіли позитивно 99,7±0,3% опитаних.

Для успішного лікування важливим є те, який прогноз пацієнт має щодо свого захворювання. Отримані дані не дозволяють говорити про позитивність такого важливого показника, так що прогноз як благонадійний визначили $15,7 \pm 2,1\%$, неблагонадійний $29,7 \pm 2,6\%$, не визначились $54,7 \pm 2,9\%$. Значно покращити наведені показники та, що більш важливо, змінити відношення до даного важкого захворювання, що часто призводить до виникнення страху за життя, є робота із психологом. За даними дослідження, було рекомендовано звернутися до психолога $13,0 \pm 1,9\%$, при цьому $87,0 \pm 1,9\%$ опитуваних такої рекомендації не отримали. До психолога звернулись $11,3 \pm 1,8\%$, а $88,7 \pm 1,8\%$ залишилися без психологічної допомоги. Покращення свого психологічного стану після роботи зі психологом відмітили $85,3 \pm 6,1\%$ з тих, хто звернувся до нього. При цьому більшість з опитаних $52,7 \pm 2,9\%$ мала бажання та необхідність в психологічній допомозі, відповідно $47,3 \pm 2,9\%$ визначили, що такої необхідності не мають.

Раціональне харчування є дуже важливим при даній патології. Не зважаючи на це лише $36,3 \pm 2,8\%$ звернулись до дієтолога, відповідно $63,7 \pm 2,8\%$ до дієтолога не звертались. З них $92,3 \pm 2,6\%$ відмічають покращення свого стану здоров'я після отриманих та впроваджених рекомендацій даного спеціаліста.

Важливим при наданні медико-профілактичної допомоги населенню є підвищення рівня гігієнічної культури, залучення широких верств населення до процесу зміцнення здоров'я шляхом формування здорового способу життя, що дозволяє в разі покращити результати надання допомоги населенню, в тому числі і хворим на хронічний панкреатит. Такі задачі виконують центри громадського здоров'я. Так, $15 \pm 2,1\%$ зверталися до центрів громадського здоров'я, відповідно $85 \pm 2,1\%$ такої можливості не мали. З тих, хто звернувся в центр громадського здоров'я $97,8 \pm 2,2\%$ відмічають надання їм допомоги, допомоги не отримали $2,2 \pm 2,2\%$. Але всі хворі в повному обсязі зазначають про виконання ними рекомендацій, отриманих в центрі громадського здоров'я.

Бригадою швидкої медичної допомоги було госпіталізовано $69,3 \pm 2,7\%$ опитаних, іншими шляхами госпіталізації - $30,7 \pm 2,7\%$. Отримані дані щодо часу приїзду швидкої в цих випадках були такими: 10-30 хвилин $96,7 \pm 1,2\%$; 30-60 хвилин $2,9 \pm 1,2\%$; більше 1 години $0,5 \pm 0,5\%$. Першу допомогу надавав лікар швидкої у $86,1 \pm 2,4\%$ випадків, допомога не надавалася – у $13,9 \pm 2,4\%$ з тих, хто викликав швидку. Покращення свого стану після надання допомоги лікарем швидкої відмітили $65,9 \pm 3,3\%$ пацієнтів, а відсутність покращення – $34,1 \pm 3,3\%$.

Оскільки важливо вчасно надати допомогу з моменту погіршення стану та госпіталізувати хворого у разі потреби, можна відмітити, що $47,7 \pm 2,9\%$ були госпіталізовані через 5-10 годин з моменту погіршення, $45,7 \pm 2,9\%$ до 5 годин та $6,7 \pm 1,4\%$ через 10 годин і більше.

Необхідно навчити пацієнта самостійно попереджувати загострення захворювань, що особливо стосується хронічного панкреатиту. З огляду на це $70,3 \pm 2,6\%$ хворих знають як це зробити, а $29,7 \pm 2,6\%$ – ні. При чому $91,7 \pm 1,6\%$ мають письмові рекомендації щодо прийому лікарських засобів в період загострення, а $8,3 \pm 1,6\%$ не мають. При загостренні, що призвело до госпіталізації в стаціонар такі письмові рекомендації були з собою у $76,7 \pm 2,4\%$, не було – у $23,3 \pm 2,4\%$.

Загострення, що призвело до госпіталізації хворого до стаціонару лікарні розпочалося вдома у $72,3 \pm 2,6\%$, на робочому місці у $17,7 \pm 2,2\%$, на вулиці $7,0 \pm 1,5\%$, іншому місці – $3,0 \pm 1\%$.

В залежності від часу доби це сталося зранку у $22,7 \pm 2,4\%$, вдень – у $44,7 \pm 2,9\%$, ввечері – у $21,7 \pm 2,4\%$, вночі – у $11,0 \pm 1,8\%$. Для зменшення симптомів хворі мають приймати ліки і $68,7 \pm 2,7\%$ опитаних їх прийняли, але покращення не настало, $14,0 \pm 2\%$ ліків з собою при загостренні не мали, $1,3 \pm 0,7\%$ відмічають, що в аптеці ліки були відсутні, а $6,7 \pm 1,4\%$ їх не купили. В домашній аптечці є ліки, що необхідні при загостренні у $78,7 \pm 2,4\%$, немає – у $21,3 \pm 2,4\%$ опитаних.

В стаціонар лікарні хворі на хронічний панкреатит доставлені машиною швидкої медичної допомоги у $70,3 \pm 2,6\%$ випадках, самозвернення склало

24,3±2,5%, за направленням дільничного терапевта (сімейного лікаря) – 3,3±1%, та за направлення лікаря гастроентеролога – 2,0±0,8%.

За останні 12 місяців кількість госпіталізацій з приводу захворювання на хронічний панкреатит за результатами опитування наступна: жодної – 40,7±2,8%, 1 госпіталізація – 21,0±2,4%, 2 госпіталізації – 36,7±2,8%, 3 та більше – 0,7±0,5%.

В реабілітації пацієнтів з хронічним панкреатитом важливе місце займає санаторно-курортне відновлення. При цьому згідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації санаторно-курортному лікуванню підлягають хворі на хронічний панкреатит у фазі ремісії або нестійкої ремісії. Так, 58,0±2,9% було рекомендовано оздоровлення в санаторії, 42,0±2,9% такої рекомендації не отримали. Реабілітацію в санаторії пройшли 34,7±2,8% хворих, не проходили відповідно 65,3±2,8%. Серед тих, хто пройшов санаторно-курортне лікування позитивний ефект для свого здоров'я у 98,1±1,3%, відсутність такого у 1,9±1,3%.

Оскільки крім санаторно-курортного лікування хворим на хронічний панкреатит обов'язково необхідно слідкувати за харчуванням, 98,7±0,7% додержується дієти, а 1,3±0,7% вказують, що її не додержуються. При цьому 20,0±2,3% вказують, що добре знають про наслідки, які настануть якщо не лікуватися та не дотримуватися дієти, частково знають 72,7±2,6%, не знають 4,7±1,2% пацієнтів. Щодо правильної організації прийому їжі обізнані в повному обсязі 50,3±2,9% хворих, частково обізнані – 47,7±2,9%, не обізнані – 2,0±0,8%.

Рекомендовану мінеральну воду вживають 90,0±1,7%, не вживають 10,0±1,7%. Ранкову гімнастику роблять 64,0±2,8%, не роблять 36,0±2,8%. Фізіотерапевтичні методи застосовують 62,7±2,8%, не застосовують 37,3±2,8% опитаних.

З урахуванням того, що довіра до лікаря, який надає медичну допомогу відіграє важливу роль при лікуванні хворого, визначено, що $66,7 \pm 2,7\%$ хворих повністю довіряють лікарю, що лікує, а $33,3 \pm 2,7\%$ – довіряють частково.

Досить актуальним є питання задоволеності пацієнта отриманою медичною допомогою на різних етапах її надання. Так, при наданні допомоги на дому лікарями швидкої медичної допомоги, в тих випадках, коли вона була надана, були отримані такі дані: задоволеними в повній мірі були $22,6 \pm 2,9\%$ хворих, частково задоволеними – $73,1 \pm 3,1\%$, не задоволеними – $4,3 \pm 1,4\%$. Роботою лікаря прийомного відділення при госпіталізації були задоволені в повній мірі $43,0 \pm 2,9\%$ хворих, частково задоволені – $55,7 \pm 2,9\%$, не задоволені – $1,33 \pm 0,7\%$. Роботою лікаря стаціонару повністю задоволені $80,0 \pm 2,3\%$ хворих, частково задоволені – $19,0 \pm 2,3\%$, не задоволені – $1,0 \pm 0,6\%$.

Також в опитуванні було запропоновано оцінити за 10-бальною шкалою задоволеність організацією діагностики, лікування та санітарно-побутовими умовами перебування в стаціонарі. Щодо задоволеності організацією діагностики отримані такі дані: 3-5 балів надали $2,3 \pm 0,9\%$ опитаних, 6-8 балів – $28,7 \pm 2,6\%$, 9-10 балів – $69 \pm 2,7\%$. Задоволеність організацією лікування наступна: 5-6 балів надали $2,0 \pm 0,8\%$ опитаних, 7-8 балів – $22,0 \pm 2,4\%$, 9-10 балів – $76,0 \pm 2,5\%$. Санітарно-побутові умови перебування в стаціонарі оцінені: 4-6 балів $29,7 \pm 2,6\%$ опитаних, 7-8 балів – $48,3 \pm 2,9\%$ і 9-10 балів – $22,0 \pm 2,4\%$.

Лікування хронічного панкреатиту доволі витратне та створює відчутне фінансове навантаження як на пацієнта, так і на його родину. На жаль, лише $17,0 \pm 2,2\%$ вказують на те, що мають можливість придбати всі лікарські препарати, що необхідні для лікування. Відповідно $83,0 \pm 2,2\%$ в повному обсязі такої можливості не мають. Якщо аналізувати за відсотками, то 30 та менше відсотків ліків може купити $25,0 \pm 2,5\%$ опитаних, 30-50 відсотків – $41,0 \pm 2,8\%$, 50-75 відсотків – $15,3 \pm 2,1\%$ та 75-100 відсотків – $18,7 \pm 2,3\%$ опитаних.

Інформаційна обізнаність пацієнта з питань прийому ліків, побічних ефектів від їх застосування та механізму їх дії є важливою, так як дозволяє розуміти необхідність їх прийому. Серед опитаних $44,3 \pm 2,9\%$ в повній мірі

знають, коли необхідно приймати ліки, частково знають – $53,0 \pm 2,9\%$, не знають – $2,7 \pm 0,9\%$. Про побічні ефекти від прийому ліків повністю знають $3,3 \pm 1\%$ опитаних, частково знають – $59,3 \pm 2,8\%$, не знають – $37,3 \pm 2,8\%$. Механізм дії ліків знають повністю $2,0 \pm 0,8\%$ опитаних, частково – $39,0 \pm 2,8\%$, не знають – $59,0 \pm 2,8\%$ опитаних пацієнтів.

Для більш детального вивчення надання стаціонарної допомоги хворим на хронічний панкреатит в ході даного дослідження було проаналізовано 358 статистичних карт хворого, який вибув зі стаціонару (форма № 066/о). За отриманими даними екстрена госпіталізація була у $39,8 \pm 2,6\%$ випадках, планова – у $60,2 \pm 2,6\%$. При цьому терміни госпіталізації до 6 годин були у $6,3 \pm 1,4\%$, 7-24 годин – у $26,7 \pm 2,5\%$, більше 24 годин – у $67,0 \pm 2,6\%$ випадках госпіталізації.

Вперше за рік з приводу даного захворювання було госпіталізовано $88,7 \pm 1,7\%$ хворих, повторно – $11,3 \pm 1,7\%$ хворих.

Шляхом самозвернення було госпіталізовано $82,7 \pm 2,0\%$ пацієнтів, бригадою швидкої медичної допомоги – $13,7 \pm 1,8\%$, а за направленням інших медичних закладів – $3,6 \pm 1,0\%$. Кількість проведених ліжко-днів: 1-5 – у $18,8 \pm 2,1\%$ випадків, 6-10 – у $35,0 \pm 2,5\%$, 11-15 – у $27,5 \pm 2,4\%$, 16-20 – у $13,7 \pm 1,8\%$, більше 20 – у $5,0 \pm 1,2\%$ випадків госпіталізації. Хірургічне втручання при даній патології було проведено у $8,1 \pm 1,4\%$ хворих, не проводилося – у $91,9 \pm 1,4\%$. За результатами лікування виписані здоровими $0,3 \pm 0,3\%$ хворих, з одужанням – $5,8 \pm 1,3\%$, з поліпшенням стану здоров'я – $90,1 \pm 1,6\%$, без змін – $2,6 \pm 0,9\%$ та з погіршенням – $0,6 \pm 0,4\%$.

Висновки за розділом:

1. Проведеним дослідженням доведено, що надання медичної допомоги та реабілітація хворих на хронічний панкреатит є недостатньо ефективними, що підтверджується недостатнім рівнем охоплення динамічним спостереженням хворих на хронічний панкреатит ($70,7 \pm 2,6\%$). При цьому, не знаходиться на спостереженні у сімейного лікаря $19,3 \pm 2,3\%$ пацієнтів, у лікаря-

гастроентеролога – $22,0 \pm 2,4\%$. Відмічається недостатня спадкоємність лікарів в забезпеченні медичної допомоги та реабілітації. Так, після встановлення діагнозу хронічного панкреатиту, згідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації не були направлені на спостереження до сімейного лікаря $17,3 \pm 2,2\%$ пацієнтів. При наданні екстреної медичної допомоги $47,7 \pm 2,9\%$ хворих було госпіталізовано лише через 5-10 годин після загострення хронічного панкреатиту. Щорічно в екстреному порядку було госпіталізовано $58,4 \pm 2,9\%$ пацієнтів, з них більша частина 2 і більше разів ($37,4 \pm 3,7\%$).

2. Встановлено відсутність єдиного системного підходу до організації та проведення медичної, соціальної та психологічної реабілітації хворих на хронічний панкреатит. Так, хворі на хронічний панкреатит недооцінюють роль психолога та дієтолога в забезпеченні реабілітаційних заходів, до психолога звернулись лише $11,3 \pm 1,8\%$ хворих, до дієтолога – $36,3 \pm 2,8\%$, при цьому $88,7 \pm 1,8\%$ хворих залишилися без психологічної допомоги та $63,7 \pm 2,8\%$ – без консультації дієтолога. В той же час, з числа тих, хто звернувся за психологічною та дієтологічною допомогою відповідно $85,3 \pm 6,1\%$ та $92,3 \pm 2,6\%$ хворих відмічають покращення стану свого здоров'я. Встановлено, що тільки $15 \pm 2,1\%$ зверталися до регіональних центрів громадського здоров'я, а з тих, хто звернувся в цей заклад $97,8 \pm 2,2\%$ відмічають надання їм кваліфікованої медичної допомоги. Негативним є те, що $29,7 \pm 2,6\%$ хворих на хронічний панкреатит визначають прогноз стану свого здоров'я як неблагонадійний.

3. Виявлено недостатній рівень інформованості населення щодо сучасних методів медичної, соціальної, професійної та психологічної реабілітації. Так, $70,3 \pm 2,6\%$ пацієнтів не можуть самостійно провести заходи з попереджування хвороби на долікарському рівні, охоплення проведеного оздоровлення в санаторно-курортних закладах склало лише $34,7 \pm 2,8\%$ хворих, відповідно не отримали санаторно-курортного лікування $65,3 \pm 2,8\%$. Серед тих, хто отримав санаторно-курортне лікування позитивний ефект визначили $98,1 \pm 1,3\%$ пацієнтів, відмічається недостатність рівень знань у пацієнтів щодо

організації дієтичного харчування (лише $50,3 \pm 2,9\%$ в повному обсязі володіють необхідною інформацією), недооцінюються фізіотерапевтичні методи (їх застосовують лише до $62,7 \pm 2,8\%$), недостатньо уваги приділяється фізичним вправам (ранкову гімнастику робили лише $64,0 \pm 2,8\%$), що, в цілому, свідчить про необхідність удосконалення моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах [3, 8, 11].

РОЗДІЛ VII

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Захворювання органів шлунково-кишкового тракту посідають значне місце серед загальної захворюваності в Україні. Хронічний панкреатит, як одне з основних захворювань підшлункової залози, є вагомою медико-соціальною проблемою, оскільки має високу розповсюдженість в структурі захворювань органів черевної порожнини, характеризується розвитком ускладнень, що несуть загрозу життю хворого, труднощами діагностики стадії захворювання та оцінки стану пацієнта, організації проведення реабілітації. Для вирішення цієї актуальної проблеми необхідне якісне удосконалення системи профілактичних, діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів.

Організація надання медичної допомоги та проведення якісної реабілітації хворих на хронічний панкреатит має важливе значення як для окремо взятого пацієнта, так і для соціуму в цілому, оскільки це стосується різних аспектів життєдіяльності, а саме – медичного, економічного, соціального, психологічного тощо.

Відсутність якісно проведеної медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит призводить до збільшення числа ускладнень, що, в свою чергу, призводить до втрати працездатності на більш тривалий термін, а при більш тяжкому перебігу захворювання – виникнення стійких морфо-функціональних змін в підшлунковій залозі, і як наслідок – інвалідності.

Отже, розробка оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит – є важливим завданням, яке повинне удосконалити систему надання медичної допомоги та реабілітації даного контингенту населення і, як наслідок, призвести до покращення якості життя хворих на хронічний панкреатит.

7.1. Основні положення моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит та шляхи її оптимізації.

При розробці оптимізованої моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит був використаний метод моделювання. В її основу були покладені дані, що отримані при аналізі загальносвітового досвіду та дані, які отримані в результаті проведеного дослідження, а саме: оцінки якості життя хворих на хронічний панкреатит, встановлення основних обмежень в різних сферах життєдіяльності, факторів ризику розвитку захворювання з використанням методики раннього індивідуального прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту, якості медичного обслуговування та проведених реабілітаційних заходів. З цією метою було проведено соціологічне опитування 500 респондентів віком старше 18 років (300 основної групи та 200 контрольної групи) та викопіювання даних з медичної документації (358 статистичних карт хворих, які вибули зі стаціонару (форма № 066/о)).

При проведенні дослідження було проаналізовано якість життя хворих на хронічний панкреатит та встановлено, що середній показник якості життя становить $55,73 \pm 0,50\%$. При цьому у хворих чоловічої статі середній показник склав $58,67 \pm 0,72$, а у жіночої – $53,15 \pm 0,64$. Середній рівень якості життя мали 66,7 % опитаних, що склало більшість спостережень, відповідно лише 4,3% мали оптимальну якість життя та 29,00% – низьку.

В процесі дослідження були виділені 4 блоки обмежень, що мають вплив на показник якості життя хворих на хронічний панкреатит. Так, найбільш вагомий вплив має блок обмежень в психологічній сфері з коефіцієнтом парної кореляції ($r_{xy} = -0,742$), блок обмежень в харчуванні ($r_{xy} = -0,696$), блок обмежень в фізичній сфері ($r_{xy} = -0,651$) та блок обмежень в соціальній сфері ($r_{xy} = -0,606$).

Отже, з метою покращення якості життя хворих необхідно проводити корегування саме цих обмежень, запроваджувати заходи, що направлені на зменшення впливу обмежень на якість життя пацієнта як на етапі надання

медичної допомоги, так і при проведенні реабілітаційних заходів хворим на хронічний панкреатит.

Для визначення причинно-слідчого зв'язку між станом здоров'я та захворюванням на хронічний панкреатит необхідно було провести дослідження факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення. За результатами дослідження встановлено, що 26 факторів ризику мають достовірну різницю в показниках між основною та контрольною групами. Виявлені фактори ризику були розподілені на 3 групи, а саме – соціальні, біологічні та психологічні. Провідними факторами були соціальні та біологічні.

Соціальними факторами ризику виявилися: переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі (η -12; $p < 0,001$; OR=4,36); хронічне вживання алкоголю (η -11; $p < 0,001$; OR=4,10); наявність травм живота (η -9; $p < 0,001$; OR=4,34); тютюнопаління (η -8; $p < 0,001$; OR=3,44); порушення режиму харчування (η -6; $p < 0,001$; OR=2,84); надмірні фізичні навантаження (η -6; $p < 0,001$; OR=0,35); схильність до переїдання (η -6; $p < 0,001$; OR=2,83); прийом токсичних лікарських препаратів (η -5; $p < 0,001$; OR=3,85); великі перерви між прийомами їжі (η -2; $p < 0,001$; OR=1,91); наявність зайвої ваги або ожиріння (η -2; $p < 0,01$; OR=1,76); низький дохід на 1-го члена сім'ї (η -2; $p < 0,001$; OR=1,94); відсутність активного відпочинку (η -2; $p < 0,001$; OR=0,52) та відсутність вищої освіти (η -2; $p < 0,01$; OR=1,81).

На розвиток захворювання також впливають біологічні фактори ризику, а саме – захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) (η -10; $p < 0,001$; OR=4,30); ентерит та виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки (η -7; $p < 0,001$; OR=4,96); паразитарні хвороби (η -6; $p < 0,001$; OR=5,68); вроджені аномалії підшлункової залози (η -6; $p < 0,001$; OR=6,53); спадкова схильність (η -5; $p < 0,001$; OR=2,67); генетичні мутації, такі як муковісцидоз та полікістоз (η -5; $p < 0,001$; OR=7,94); серцево-судинна або печінкова недостатність (η -4; $p < 0,001$; OR=3,73); ендокринні хвороби (η -3; $p < 0,001$; OR=3,51); перенесені або наявні інфекційні хвороби (η -2; $p < 0,001$; OR= 2,75).

Серед психологічних факторів ризику провідними є: психоемоційне напруження (η -8; $p < 0,001$; $OR = 3,45$); неповноцінний нічний відпочинок (η -7; $p < 0,001$; $OR = 3,00$); смерть близьких родичів (η -3; $p < 0,001$; $OR = 2,25$) та невірноваженість характеру (η -1; $p < 0,01$; $OR = 1,70$).

Таким чином, отримані дані кількісної характеристики соціальних, біологічних та психологічних факторів ризику хронічного панкреатиту дозволяють оцінити вплив кожного виявленого фактору ризику розвитку хронічного панкреатиту та врахувати їх при оптимізації системи надання медичної допомоги та реабілітації хворих з даною патологією.

Важливу роль в організації надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит відіграє санітарна освіта населення. Доступна інформація щодо проведення профілактичних заходів, додержання здорового способу життя, забезпечення населення розробленими рекомендаціями та пам'ятками щодо відмови від шкідливих звичок, організації харчування, режиму сну, рухової активності тощо, призводить до покращення здоров'я населення та підвищення якості його життя.

На рівень та якість життя хворих вагомий вплив має також стан медичної допомоги та організація реабілітації хворих на хронічний панкреатит. Надання первинної медико-санітарної допомоги передбачає проведення профілактичних заходів, ранню діагностику, моніторинг з метою активного динамічного спостереження за хворим, надання лікувально-консультативної допомоги. При проведенні дослідження виявлено, що моніторингом охоплені лише $70,7 \pm 2,6\%$ респондентів, що є недостатнім рівнем. При цьому лише $15 \pm 2,1\%$ опитаних звернулися до центру громадського здоров'я для підвищення рівня гігієнічної культури та зміцнення здоров'я шляхом формування здорового способу життя, що є дуже важливим при хронічному панкреатиті. Відсутність розроблених рекомендацій про те як потрібно слідкувати за здоров'ям при хронічному панкреатиті у $28,7 \pm 2,6\%$ респондентів є теж однією з негативних характеристик надання медичної допомоги даному контингенту населення.

Рання діагностика хронічного панкреатиту дозволяє значно покращити результати проведеного лікування та реабілітаційних заходів. Саме для досягнення цієї мети при проведенні дослідження була розроблена методика індивідуального прогнозування виникнення хронічного панкреатиту серед населення шляхом розробки прогностичних таблиць з урахуванням 26 факторів ризику виникнення захворювання. Дана методика має застосовуватися при проведенні медичних оглядів, на прийомі дільничного терапевта або сімейного лікаря, що позитивно вплине на стан здоров'я та якість життя пацієнтів.

Крім того, хворі на хронічний панкреатит потребують психологічної допомоги. Виявлено, що до психолога звернулися лише $11,3 \pm 1,8\%$ пацієнтів, з яких $85,3 \pm 2\%$ відмічають покращення після допомоги даного спеціаліста, $52,7 \pm 2,9\%$ опитаних декларують необхідність отримання психологічної допомоги.

Ефективна реабілітація хворих на хронічний панкреатит має бути пріоритетом при наданні медичної допомоги. За даними дослідження лише $34,7 \pm 2,8\%$ хворим проведені оздоровчі заходи в санаторіях, що є недостатнім рівнем, тому є необхідність удосконалення системи реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Отже, отримавши результати дослідження, можна зробити висновок, що хронічний панкреатит – це захворювання, при якому організація медичної допомоги та реабілітаційних заходів потребує вирішення питань перш за все на державному рівні, а саме – розробка та прийняття відповідних законів, нормативної бази та цільових програм. Для ефективною роботи системи необхідно впроваджувати рекомендації ВООЗ, розробляти освітні, профілактичні програми, програми з організації здорового способу життя та інші з подальшим їх впровадженням в практику охорони здоров'я з метою удосконалення якості надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит із залученням усіх зацікавлених у вирішенні цієї актуальної проблеми.

Відповідно до мети дисертаційної роботи на основі отриманих даних була розроблена оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит, що базується на багаторівневому підході та надає можливість застосування моніторингу на різних рівнях управління між суб'єктами.

Згідно до Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 19.12.2017 року № 2249-VIII реабілітація – це система лікувальних заходів, що спрямовані на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою забезпечення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання [68].

Проведення медико-соціальної реабілітації хворим на хронічний панкреатит має відбуватися за різними напрямками, серед яких основними є:

- лікувально-оздоровчий;
- санітарно-гігієнічний;
- соціально-побутова адаптація;
- адаптація в середовищі;
- формування здорового способу життя;
- покращення умов побуту та відпочинку.

Для забезпечення ефективного та раціонального медико-соціального реабілітаційного процесу у хворих на хронічний панкреатит було сформульовано мету, визначені принципи, завдання та критерії контролю досягнення кінцевого результату.

Метою проведення медико-соціальної реабілітації є відновлення втрачених функцій організму в максимально можливому обсязі, а у випадку неможливості повноцінного відновлення – часткове відновлення або компенсування втраченої чи порушеної функції для уповільнення прогресування захворювання.

До мети медико-соціальної реабілітації пред'являється ряд вимог, відповідно до яких вона має бути об'єднуючим фактором при проведенні

реабілітаційних заходів в єдине ціле, бути обов'язково досяжною та контрольованою. Вищеперераховані вимоги в кінцевому результаті дозволяють забезпечити ефективність реабілітаційного процесу. Серед вимог, висунутих до мети особливе місце займає контрольованість, у зв'язку з чим нами були розроблені критерії досягнення мети реабілітаційних заходів, серед яких слід визначити:

- зменшення кількості рецидивів захворювання;
- покращення показника якості життя хворого;
- зниження показника первинної інвалідності;
- зменшення кількості супутніх захворювань.

Для досягнення поставленої мети важливе значення мають принципи реабілітації, які повинні реалізовуватися за допомогою проведення державної політики на національному, регіональному, галузевому та індивідуальному рівнях. Для ефективного функціонування вважаємо за необхідне закріпити принципи реабілітації на законодавчому рівні, так як вони можуть трансформуватися в кінцевому підсумку в правові норми.

Серед основних принципів реабілітації хворих на хронічний панкреатит нами були виділені наступні:

- 1) своєчасність початку реабілітації (необхідність проведення реабілітаційних заходів одразу після стабілізації стану здоров'я пацієнта);
- 2) єдність лікування та реабілітації (неможливість відділити лікувальні та реабілітаційні заходи);
- 3) безперервність, послідовність, спадкоємність надання медичної допомоги та проведення реабілітації на всіх етапах;
- 4) комплексність реабілітації (проведення реабілітаційних заходів потребує надання комплексу заходів для ефективного проведення реабілітації);
- 5) індивідуальний підхід до кожного пацієнта, що потребує проведення реабілітаційних заходів (урахування індивідуальних особливостей пацієнта при проведенні реабілітаційних заходів);

б) залучення громадських організацій, органів місцевого самоврядування і населення для розробки та проведення реабілітації, що дозволить на більш якісно проводити реабілітаційні заходи;

7) проведення оцінки ефективності реабілітаційних заходів (для оцінки результату проведеної реабілітації має проводитися оцінка ефективності реабілітаційних заходів, в випадку отримання незадовільної – проведення заходів повторно);

8) багатодисциплінарність (участь організованої команди фахівців в проведенні реабілітаційних заходів);

9) функціональна цілеспрямованість (проведення реабілітаційних заходів для досягнення як короткострокової так і довгострокової мети по збереженню та компенсації втрачених функцій організму).

Загальновідомо, що для досягнення мети медико-соціальної реабілітації, необхідно вирішити ряд пріоритетних завдань, що дозволить послідовно досягти кінцевого результату. Вважаємо, що при організації проведення реабілітаційних заходів необхідно забезпечити виконання ряду завдань, а саме:

- складання та реалізація індивідуальної програми реабілітації хворого;
- використання всіх необхідних методів, форм и способів відновлюваного лікування;
- відновлення здатності пацієнта до самообслуговування;
- відновлення працездатності;
- здійснення заходів вторинної профілактики з метою попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності.

В проведенні реабілітаційних заходів хворим на хронічний панкреатит було виявлено ряд проблем та визначено шляхи їх вирішення, основними з яких є:

- відсутність уніфікованих програм та індивідуальних підходів до реабілітації хворих на хронічний панкреатит;
- недостатність психологічної підтримки хворих та членів його сім'ї;

- відсутність якісної системи реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Для подолання вище перелічених проблем було необхідно вжити ряд заходів:

- розробити та впровадити стандарти реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

- залучити психолога до надання психологічної допомоги не лише пацієнтам, а й членам їх родин;

- залучити дієтолога до надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит;

- розробити оптимізовану модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит та впровадити її в практику.

В процесі проведення дослідження були виявлені зацікавлені сторони в якісно проведеній медико-соціальній реабілітації хворих на хронічний панкреатит, а саме:

- органи державної влади та місцевого самоврядування;
- підприємства всіх форм власності;
- центри громадського здоров'я;
- заклади охорони здоров'я;
- громадські організації підтримки здоров'я;
- медичні навчальні заклади;
- санаторно-курортні установи;
- науково-дослідні центри та інші.

Для якісного надання медико-соціальної реабілітації хворим на хронічний панкреатит необхідно:

- забезпечити розвиток центрів реабілітації в кожному регіоні;
- підвищити ефективність системи державного контролю за наданням послуг в центрах реабілітації;
- розробити та запровадити нові лікувально-оздоровчі технології;

- покращити систему підготовки медичних кадрів для закладів, що проводять медико-соціальну реабілітацію;
- покращити матеріально-технічну складову закладів, що проводять медико-соціальну реабілітацію;
- покращити науково-методичну складову закладів, що проводять медико-соціальну реабілітацію.

Впровадження вище перелічених заходів дозволить збільшити доступність медико-соціальної реабілітації хворим на хронічний панкреатит незалежно від соціального статусу хворих, місця проживання їх та інших.

Відповідно до діючого уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації хворих на хронічний панкреатит, (рис. 7.1.) надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит проводиться в закладах, що надають первинну медико-санітарну допомогу (первинна профілактика, діагностика, лікування, подальше спостереження), вторинну амбулаторну медико-санітарну допомогу (профілактика, діагностика, лікування, подальше спостереження, реабілітація) та вторинну стаціонарну медико-санітарну допомогу (госпіталізація, діагностика, лікування, виписка з рекомендаціями). Щодо реабілітації даного контингенту населення, то згідно даного протоколу її проводять в санаторно-курортних установах.

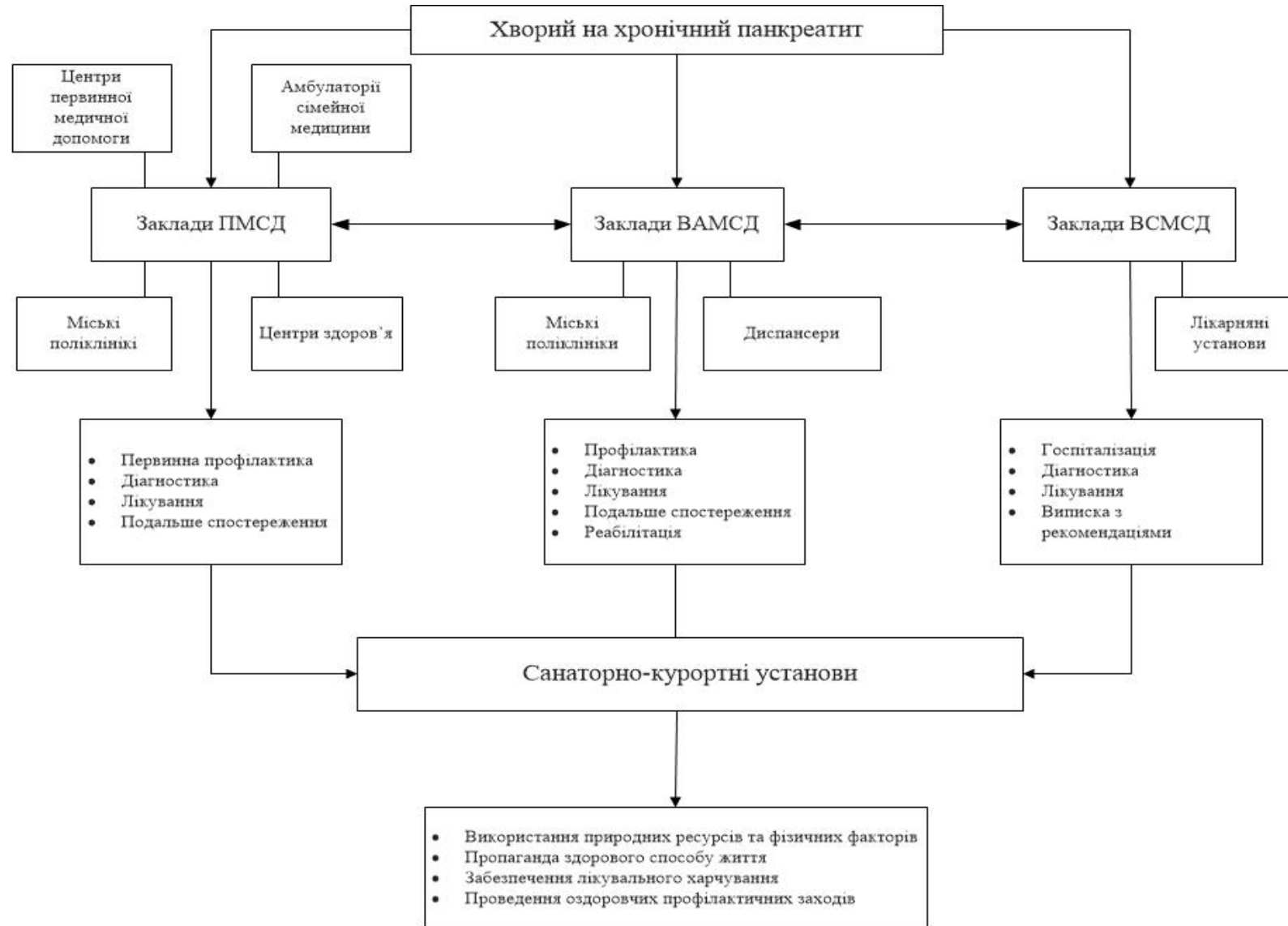


Рис. 7.1. Діюча система надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит

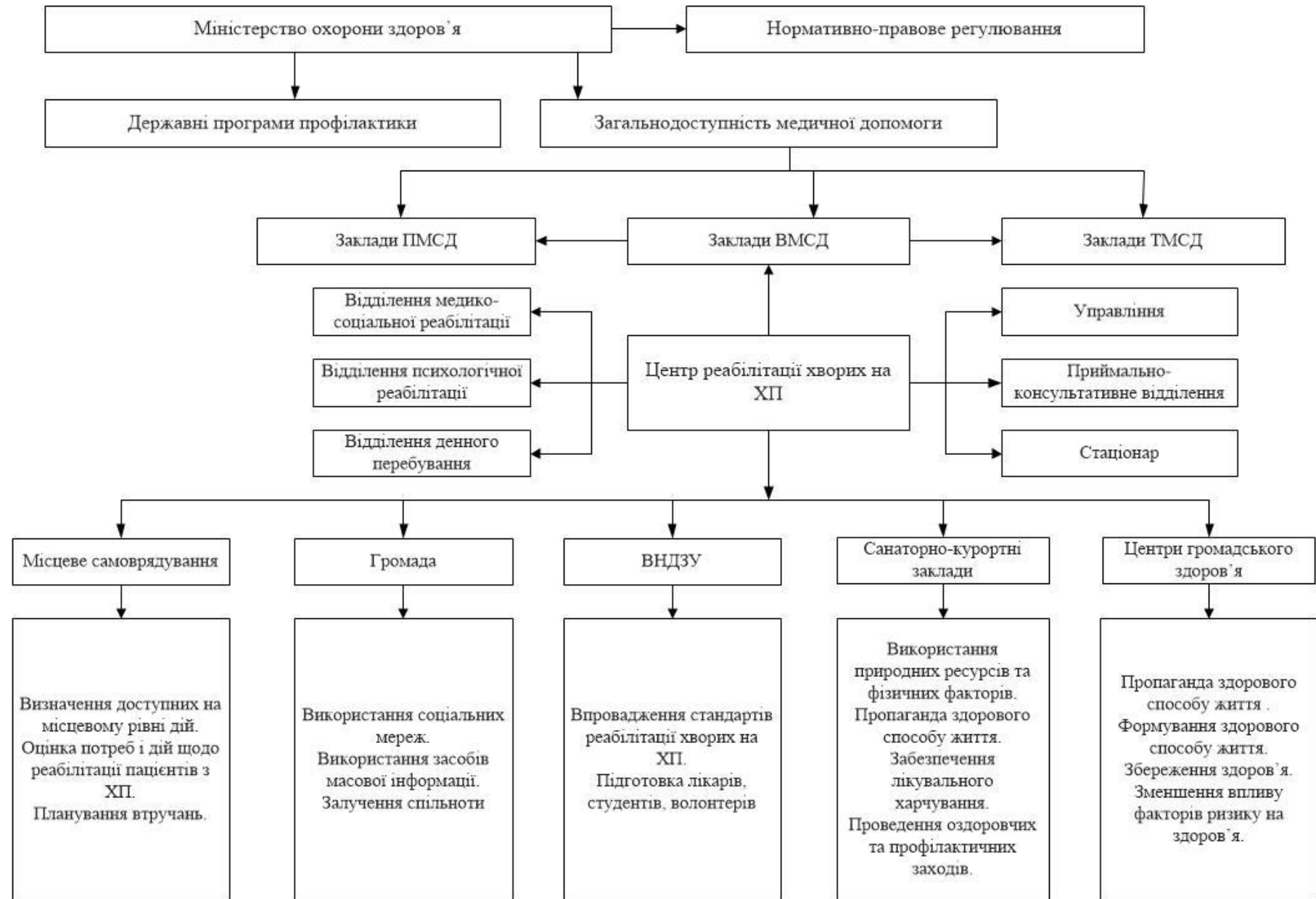


Рис. 7.2. Оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит

В розробленій в результаті проведеного дослідження оптимізований моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит основним закладом при проведенні реабілітаційних заходів є центр реабілітації хворих на хронічний панкреатит, який при взаємодії з іншими діючими закладами дозволить провести реабілітаційні заходи більш ефективно, оскільки має в своїй структурі ряд підрозділів, що забезпечать більш повне, більш якісне надання послуг, а саме:

- управління;
- приймально-консультативне відділення;
- відділення медико-соціальної реабілітації;
- відділення психологічної реабілітації;
- стаціонар;
- відділення денного перебування.

Центр реабілітації хворих на хронічний панкреатит має ряд основних завдань, а саме - психологічну адаптацію, інформування та консультування, навчання самообслуговуванню, медичний супровід, допомогу лікаря-дієтолога, навчання соціальним навичкам та професіональним навичкам.

З метою покращення якості надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит необхідно розробити реєстр захворювань хвороб підшлункової залози серед дорослого населення, що дозволить своєчасно та ефективно проводити профілактичні і реабілітаційні заходи, впровадити ефективну систему реєстрації та обліку хворих, ведення та зберігання облікових даних, ідентифікації хворих, формування узагальнених статистичних та аналітичних даних стосовно показників захворюваності, інвалідності, смертності та факторів, що впливають на перебіг хвороби.

Для удосконалення проведення реабілітаційних заходів було розроблено маршрут пацієнта, хворого на хронічний панкреатит (рис. 7.3.), в якому важливе значення відіграє проведення моніторингу населення, оскільки активне динамічне спостереження за станом здоров'я хворих на хронічний панкреатит, проведення комплексу соціальних, санітарно-гігієнічних, профілактичних та

лікувально-оздоровчих заходів дозволить зберегти та покращити здоров'я населення, підвищити його працездатність та покращити якість життя.

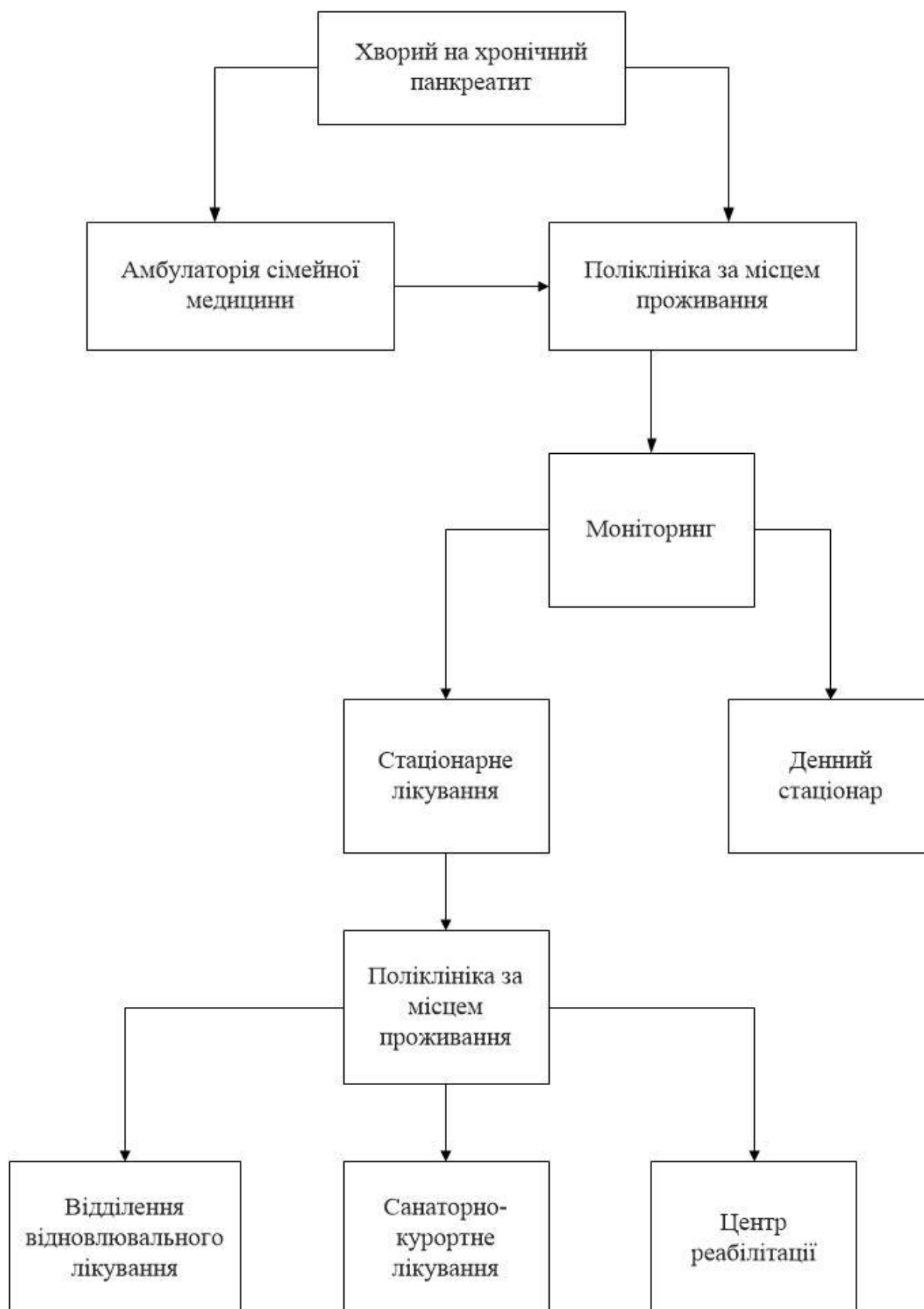


Рис. 7.3. Маршрут пацієнта, хворого на хронічний панкреатит

При проведенні дослідження було розроблено алгоритм реабілітації хворих на хронічний панкреатит, що дозволить покращити якість її надання (рис. 7.4.).

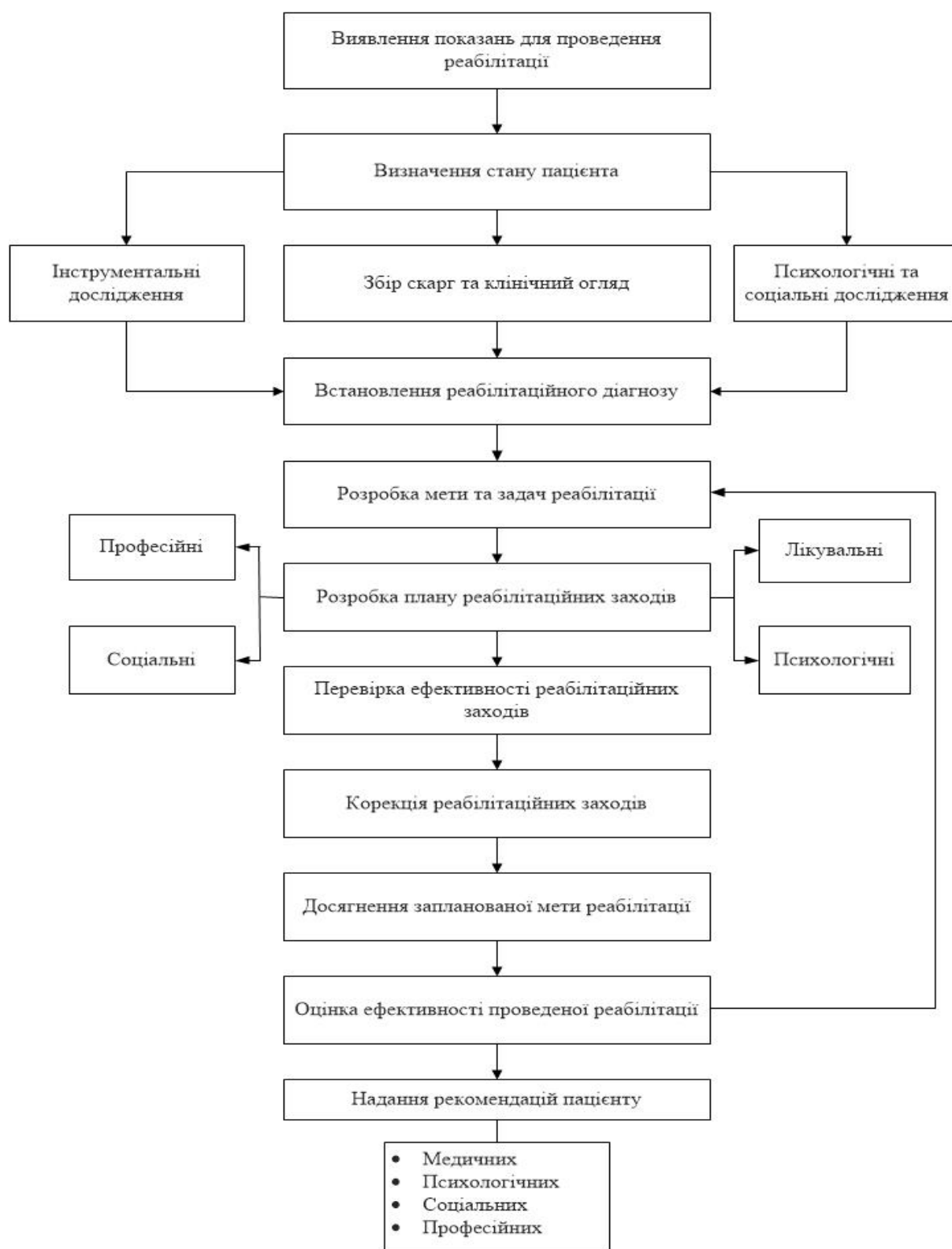


Рис. 7.4. Алгоритм проведення реабілітації хворих на хронічний панкреатит

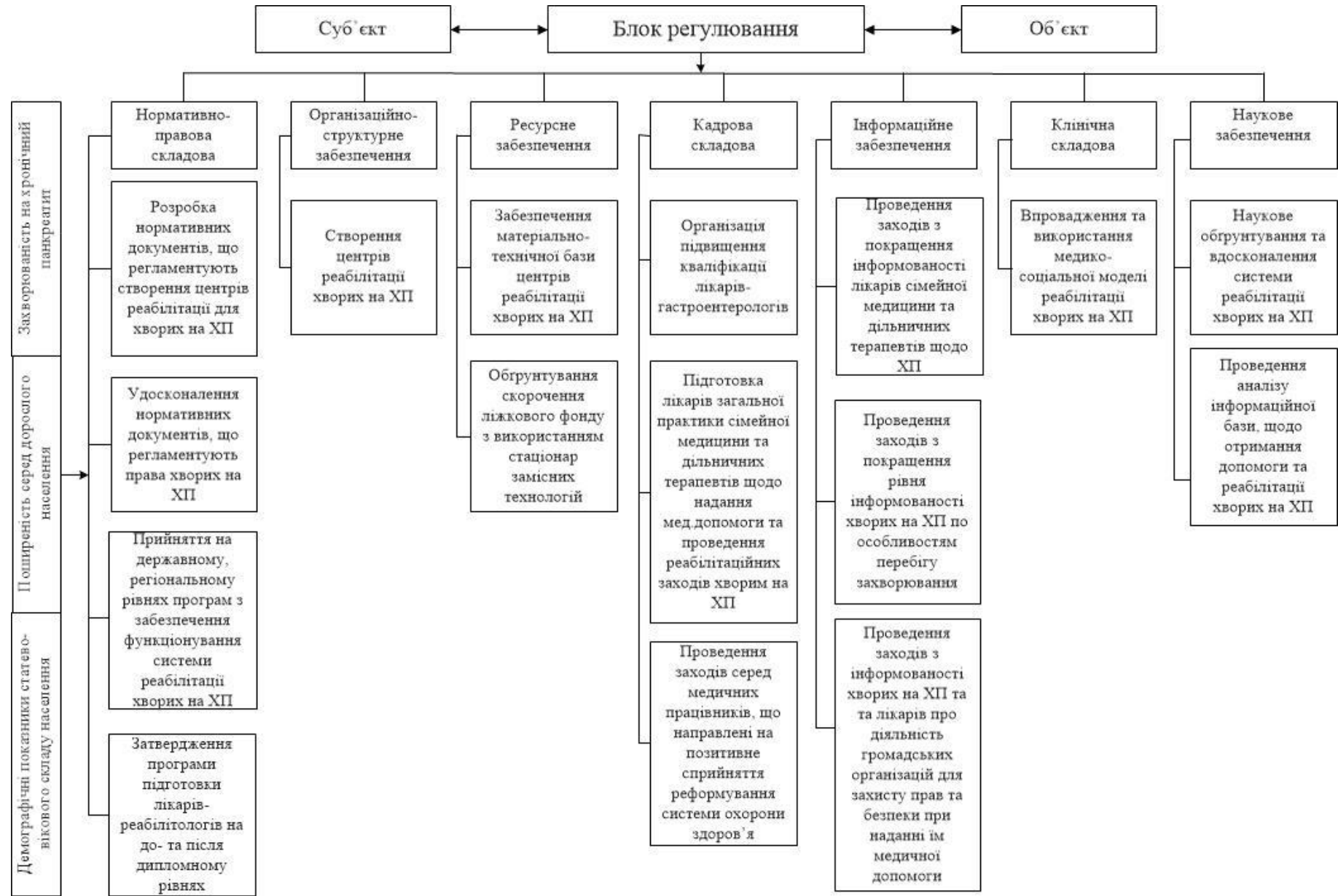


Рис. 7.5. Функціонально-організаційна модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит

На основі отриманих даних дослідження, а саме: розповсюдження захворювання, факторів ризику, даних якості життя хворих з даною патологією, організації надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит можна зробити висновок, що діюча система реабілітації хворих на хронічний панкреатит недосконала і потребує оптимізації, що й знайшло своє відображення в розробленій оптимізованій моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит (рис. 7.2.). Для її ефективного функціонування була розроблена функціонально-організаційна модель реабілітації хворих на хронічний панкреатит, яка складається з об'єктів, суб'єктів управління та блоку наукового регулювання з його складовими (рис. 7.5.).

Суб'єктом управління оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит є головні лікарі, їх заступники, завідувачі підрозділів (відділень), що виконують функції з організації, координації, мотивації, планування, ресурсного забезпечення як матеріальної бази, так і кадрової складової, спостереження, проведення аналізу, прийняття управлінських рішень з метою покращення якості проведення реабілітаційних заходів хворим на хронічний панкреатит.

Об'єктом управління є медичний персонал закладів, що безпосередньо проводить реабілітацію хворим на хронічний панкреатит і при цьому виконує функції щодо здійснення реабілітаційних заходів, аналізу проведеної роботи та підвищення своєї кваліфікації та інші.

Блок наукового регулювання включає нормативно-правову складову, організаційно-структурне забезпечення, ресурсне забезпечення, кадрову складову, інформаційне забезпечення, клінічну складову та наукове забезпечення.

Нормативно-правова складова необхідна для ефективного функціонування медико-соціальної системи реабілітації хворих на хронічний панкреатит, відображають права хворих, містить необхідні програми щодо забезпечення функціонування системи реабілітації хворих на хронічний

панкреатит та забезпечення регламентування підготовки медичних кадрів, тощо.

Організаційно-структурне забезпечення містить організацію створення центрів реабілітації хворих на хронічний панкреатит, що дозволить значно підвищити якість надання медичної допомоги та реабілітації хворих з даною патологією, що в свою чергу приведе до покращення рівня здоров'я та якості життя пацієнтів.

Ресурсне забезпечення є важливим елементом системи, оскільки дозволяє отримати важливу матеріально-технічну базу функціонування центрів реабілітації хворих на хронічний панкреатит та призведе до обґрунтованого скорочення ліжкового фонду стаціонарів за рахунок розвитку стаціонарозамінних технологій в центрах реабілітації для даного контингенту населення.

Кадрова складова потребує проведення підвищення кваліфікації лікарів-гастроентерологів, покращення знань та умінь лікарів первинної ланки при наданні медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Інформаційне забезпечення необхідне для покращення інформованості лікарів первинної ланки щодо питань хронічного панкреатиту, проведення заходів щодо інформованості хворих на хронічний панкреатит з питань профілактики, факторів ризику виникнення захворювання, режиму харчування, тощо. Надання інформації пацієнтам щодо діяльності громадських організацій з метою захисту прав та забезпечення безпеки при наданні їм медичної допомоги та проведенні необхідних реабілітаційних заходів.

Клінічна складова включає впровадження розробленої медико-соціальної моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит в діючу систему надання медичної допомоги та реабілітації хворих з даною патологією.

Наукове забезпечення складається з проведеного наукового обґрунтування та покращення існуючої системи реабілітації хворих на хронічний панкреатит з оцінкою аналізу інформаційної бази щодо отримання медичної допомоги та реабілітації хворих.

7.2. Результати оцінювання ефективності оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит

Оцінка ефективності моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит була проведена за допомогою методу експертних оцінок. При використанні цього методу беруться до уваги думки експертів відповідної спеціалізації. Для оцінки ефективності розробленої моделі було залучено 33 експерта, середній вік яких склав $54,5 \pm 1,8$ років, загальний стаж роботи в галузі охорони здоров'я – $29,7 \pm 2,2$ років, з них за спеціальністю – $19,7 \pm 2,1$ років. Науковий ступінь доктора медичних наук мали 42%, кандидата медичних наук – 55% експертів. Вчене звання професора було у 30,3% експертів, доцента – у 51,5%. Все вищеперелічене дозволило використовувати їх оцінки як експертні.

Розроблена оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит оцінювалась за наступними параметрами: профілактична спрямованість, відповідальність міжнародному досвіду, доступність, системність, комплексність, економічна доцільність та дієвість. Дані за цими критеріями були оцінені за 10-бальною шкалою, де 10 – це найвища оцінка.

Таблиця 7.1

Оцінка експертами досягнення завдань розробленої оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит

| Параметри оцінки | Бали |
|---|------|
| Профілактична спрямованість | 9,3 |
| Системність | 9,2 |
| Відповідальність сучасному міжнародному досвіду | 9,1 |
| Комплексність | 9,0 |
| Економічна доцільність | 8,6 |
| Дієвість | 8,4 |
| Доступність | 8,4 |

За даними, отриманими від експертів, розроблена оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит має наступні характеристики: профілактичну спрямованість ($9,3 \pm 0,2$), економічну доцільність ($8,6 \pm 0,2$), відповідальність сучасному міжнародному досвіду ($9,1 \pm 0,1$), дієвість ($8,4 \pm 0,2$), доступність ($8,4 \pm 0,2$), комплексність ($9,0 \pm 0,2$) та системність ($9,2 \pm 0,1$). При цьому, 100% експертів визначили позитивне ставлення щодо впровадження розробленої оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит в практику охорони здоров'я.

На думку експертів впровадження даної моделі в практику охорони здоров'я вплине на ряд показників, таких як: підвищення якості та тривалості життя, рівень інформованості пацієнтів, рівень звернень за медичною допомогою, задоволеність якістю медичної допомоги, ефективність медичної допомоги, економічність медичної допомоги та науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів.

Таблиця 7.2

Оцінка експертами впливу розробленої оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит на покращення показників

| Показник | Бали |
|--|------|
| Рівень інформованості пацієнтів | 9,0 |
| Задоволеність якістю медичної допомоги | 8,8 |
| Підвищення якості та тривалості життя | 8,7 |
| Ефективність медичної допомоги | 8,7 |
| Рівень звернень за медичною допомогою | 8,6 |
| Науково технічний рівень запропонованих інноваційних елементів | 8,4 |
| Економічність медичної допомоги | 8,0 |

За вище переліченими показниками бали, що встановили експерти були такі: підвищення якості та тривалості життя – $8,7 \pm 0,2$, рівень інформованості пацієнтів – $9,0 \pm 0,2$, рівень звернень за медичною допомогою – $8,6 \pm 0,2$, задоволеність якістю медичної допомоги – $8,8 \pm 0,2$, ефективність медичної

допомоги – $8,7 \pm 0,2$, економічність медичної допомоги – $8,0 \pm 0,2$ та науково технічний рівень запропонованих інноваційних елементів – $8,4 \pm 0,2$.

Отже, розроблена оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит отримала високий рівень експертної оцінки за низкою важливих показників, а її впровадження в практику охорони здоров'я дозволить покращити надання медичної допомоги та реабілітацію хворих з даною патологією.

Висновки за розділом:

1. Розробка та впровадження в практику охорони здоров'я оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит обґрунтована результатами проведеного дослідження, що дозволило отримати дані про розповсюдженість хвороб підшлункової залози, вивчити фактори ризику та можливість прогнозування виникнення хронічного панкреатиту серед населення, отримати дані про якість життя хворих з даною патологією та, використовуючи розроблену математичну модель оцінки якості життя, провести розрахунок і прогнозування показника якості життя при наявності даних про спосіб життя хворого, отримати дані та виявити недоліки в організації медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит і як наслідок підвищити якість надання медичної допомоги, знизити рівень показників захворюваності, смертності, інвалідності серед даного контингенту населення.

2. Визначено, що розроблена оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит є обґрунтованою результатами дисертаційного дослідження (захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози в Харківській області, фактори ризику хронічного панкреатиту та прогнозування його виникнення серед населення, дослідження якості життя хворих з допомогою розробленої математичної моделі оцінки якості життя, прогнозування даного показника при наявності даних про спосіб життя пацієнта та оцінка організації медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит).

3. Доведено, що обґрунтування та розробка оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит, яка при взаємодії елементів функціонально-організаційної моделі дасть можливість на більш високому рівні надавати медичну допомогу та проводити реабілітаційні заходи, призведе до покращення результатів відновлення даного контингенту населення.

4. Розроблена оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит за даними, отриманими від експертів, має наступні характеристики: профілактична спрямованість ($9,3 \pm 0,2$), економічна доцільність ($8,6 \pm 0,2$), відповідність сучасному міжнародному досвіду ($9,1 \pm 0,1$), дієвість ($8,4 \pm 0,2$), доступність ($8,4 \pm 0,2$), комплексність ($9,0 \pm 0,2$) та системність ($9,2 \pm 0,1$), що свідчить про високий рівень експертної оцінки.

5. Впровадження оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит, розробленої з допомогою метода моделювання, відповідає сучасним міжнародним підходам та стратегіям проведення реабілітаційних заходів, доведена соціальна та медична ефективність, позитивно оцінена експертами, характеризується відповідністю до сучасних вимог оптимізації надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит, що дозволяє рекомендувати розроблену оптимізовану модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит у всіх регіонах України.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах [5, 13, 15].

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальне медико-соціальне завдання, а саме – обґрунтування та розробка на базі напрацювань міжнародних та національних професійних співтовариств, а також результатів власного дослідження, оптимізованої моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит, впровадження якої спрямоване на відновлення здоров'я хворих та зменшення впливу несприятливих регіонально-популяційних та медико-соціальних факторів, які є значущі у формуванні ризику на державному, галузевому, регіональному та сімейному рівнях. Доведена медична та соціальна ефективність запропонованої моделі, її потенційну можливість при масштабному впровадженні зменшення глобального медичного тягара хронічного панкреатиту на систему охорони здоров'я та громади. Отримані науково-практичні результати свідчать про досягнення поставленої мети дослідження та дають підставу зробити наступні висновки:

1. Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду засвідчив потребу оптимізації та підвищення ефективності надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит в Україні, проведення оцінки якості надання медичних послуг, кількісної оцінки впливу окремих факторів ризику з впровадженням методики раннього прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення, а також більш детального вивчення якості життя хворих на індивідуальному та популяційному рівнях з оцінкою груп обмежень. Вирішення даного питання дозволить якісно підвищити рівень надання медико-санітарної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит, що в кінцевому результаті призведе до зменшення кількості ускладнень, зниження показників тимчасової і стійкої втрати працездатності у хворих та покращення якості життя пацієнтів.

2. Встановлено, що захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози станом на 2017 рік в Харківській області були на високому рівні та склали 186,67 та 2025,43 на 100000 населення. Виявлено, що дані показники в місті Харкові достовірно вищі ($216,35^{0/0000}$ та $2072,75^{0/0000}$) ніж в районах Харківської області ($153,39^{0/0000}$ та $1972,38^{0/0000}$) відповідно. Отримані дані свідчать про те, що захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози серед жіночого населення Харківської області значно вищі ($222,51^{0/0000}$; $2291,99^{0/0000}$), ніж серед чоловіків ($145,17^{0/0000}$; $1716,87^{0/0000}$). Динаміка поширеності хвороб підшлункової залози в цілому в області за п'ятирічний період мала тенденцію до зростання з 1967,80 на 100000 населення у 2013 році до 2025,43 на 100000 населення у 2017 році.

3. Виявлено, що провідна роль у виникненні хронічного панкреатиту серед населення належить соціальним факторам ризику, серед яких провідними є переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі (η -12; $p < 0,001$; $OR=4,36$), хронічне вживання алкоголю (η -11; $p < 0,001$; $OR=4,10$), травми живота (η -9; $p < 0,001$; $OR= 4,34$), тютюнопаління (η -8; $p < 0,001$; $OR= 3,44$); біологічним факторам, основними з яких є захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) (η -10; $p < 0,001$; $OR=4,30$), ентерит та виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки (η -7; $p < 0,001$; $OR=4,96$), паразитарні хвороби (η -6; $p < 0,001$; $OR=5,68$), вроджені аномалії підшлункової залози (η -6; $p < 0,001$; $OR= 6,53$) та психологічним факторам, таким як: психоемоційне напруження (η -8; $p < 0,001$; $OR=3,45$) та неповноцінний нічний відпочинок (η -7; $p < 0,001$; $OR=3,00$).

4. Доведено ефективність розробленої методики прогнозування ризику розвитку хронічного панкреатиту серед населення, яка базується на системному підході та орієнтована на формування груп ризику серед пацієнтів (1-а група – сприятливого прогнозу якщо значення суми прогностичних коефіцієнтів -13 та менше; 2-а група – невизначеного прогнозу – -12 до +12 прогностичних коефіцієнтів; 3-я група – несприятливого прогнозу – +13 та більше) з метою виявлення осіб з високим ризиком виникнення хронічного панкреатиту на індивідуальному рівні. Методика прогнозування є потужним резервом для

вчасної розробки та проведення комплексу ефективних та раціональних заходів первинної профілактики з метою попередження виникнення даного захворювання серед населення.

5. Встановлено, що якість життя хворих на хронічний панкреатит в середньому складає 55,73% (серед чоловіків – 58,67%, жінок – 53,15%). До основних факторів, що знижують якість життя хворих відносяться: обмеження в психологічній сфері ($r_{xy} = -0,742$), обмеження в харчуванні ($r_{xy} = -0,696$), в фізичній ($r_{xy} = -0,651$) та соціальній сферах ($r_{xy} = -0,606$). На основі отриманих даних обґрунтовано та розроблено математичну модель залежності якості життя хворих на хронічний панкреатит від обмежень в різних сферах життя, що дозволяє спрогнозувати показник якості життя хворого, маючи дані про його спосіб життя. Сукупний вплив врахованих факторів склав 92,3%.

6. Доведено, що надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит є недостатньо ефективним, що підтверджено недостатнім охопленням хворих на хронічний панкреатит динамічним спостереженням ($70,7 \pm 2,6\%$). При цьому, у сімейного лікаря не знаходиться під спостереженням $19,3 \pm 2,3\%$ пацієнтів, у лікаря-гастроентеролога – $22,0 \pm 2,4\%$. Відмічена недостатня спадкоємність лікарів в забезпеченні медичної допомоги та реабілітації. Так, після встановлення діагнозу хронічного панкреатиту згідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації, не були направлені на спостереження до сімейного лікаря $17,3 \pm 2,2\%$ пацієнтів. При наданні екстреної медичної допомоги $47,7 \pm 2,9\%$ були госпіталізовані лише через 5-10 годин після загострення хронічного панкреатиту, при цьому щорічно в екстреному порядку були госпіталізовані $58,4 \pm 2,9\%$ пацієнтів, з них більша частина 2 і більше разів ($37,4 \pm 3,7\%$).

7. Встановлено відсутність єдиного системного підходу до організації та проведення медичної, соціальної та психологічної реабілітації хворих на хронічний панкреатит, так хворі на хронічний панкреатит недооцінюють роль дієтолога та психолога в забезпеченні реабілітаційних заходів. Так, до

психолога звернулись лише $11,3 \pm 1,8\%$, до дієтолога $36,3 \pm 2,8\%$, при цьому $88,7 \pm 1,8\%$ залишилися без психологічної допомоги та $63,7 \pm 2,8\%$ без консультації дієтолога. В той же час, з числа тих, хто звернувся за психологічною та дієтологічною допомогою відповідно $85,3 \pm 6,1\%$ та $92,3 \pm 2,6\%$ відмічають покращення свого стану здоров'я. Встановлено, що тільки $15 \pm 2,1\%$ зверталися до регіональних центрів громадського здоров'я, з тих, хто звернувся в цей заклад $97,8 \pm 2,2\%$ відмічають надання їм в центрі кваліфікованої допомоги. Негативним є те, що $29,7 \pm 2,6\%$ хворих на хронічний панкреатит прогноз свого стану визначають як неблагонадійний.

8. Виявлено недостатній рівень інформованості населення про сучасні методи медичної, соціальної, професійної та психологічної реабілітації, так $70,3 \pm 2,6\%$ пацієнтів не можуть на долікарському рівні самостійно провести заходи по попереджуванню захворювань, відсоток охоплення проведеного оздоровлення в санаторно-курортних закладах склав лише $34,7 \pm 2,8\%$ хворих, відповідно не проходили $65,3 \pm 2,8\%$. Серед тих, хто пройшов санаторно-курортне лікування позитивний ефект для свого здоров'я оцінили $98,1 \pm 1,3\%$ пацієнтів, відмічається недостатність рівень знань у пацієнтів по організації дієтичного харчування, де лише $50,3 \pm 2,9\%$ в повному обсязі володіють необхідною інформацією, недооцінюються фізіотерапевтичні методи, їх застосовують лише до $62,7 \pm 2,8\%$, недостатньо уваги хворі приділяли виконанню фізичних вправ, так ранкову гімнастику робили лише $64,0 \pm 2,8\%$, що свідчить про необхідність удосконалення моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

9. Обґрунтована та розроблена оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит, в основі котрої знаходиться поєднання елементів діючої моделі з низкою нових структур (центр реабілітації хворих на хронічний панкреатит, що включає відділення медичної, соціальної, професійної та психологічної реабілітації та інші підрозділи). Модель також передбачає активне залучення до проведення реабілітаційних заходів серед хворих на хронічний панкреатит на між секторальному рівні територіальних

центрів громадського здоров'я, органів місцевого самоврядування, роботодавців, пенітенціарну службу, закладів вищої освіти, неурядових, правозахисних, релігійних організацій та інших. Перевагою такої інтеграції є доступність медичної, соціальної та психологічної реабілітації, гнучкість та адаптація потреб реабілітації хворих на хронічний панкреатит до реальних можливостей системи охорони здоров'я.

10. Доведено ефективність запропонованої моделі медико-соціальної реабілітації, за даними, отриманими від експертів, має наступні характеристики: профілактична спрямованість ($9,3 \pm 0,2$), економічна доцільність ($8,6 \pm 0,2$), відповідність сучасному міжнародному досвіду ($9,1 \pm 0,1$), дієвість ($8,4 \pm 0,2$), доступність ($8,4 \pm 0,2$), комплексність ($9,0 \pm 0,2$) та системність ($9,2 \pm 0,1$), що свідчить про високий рівень експертної оцінки. При цьому, 100% експертів надали позитивну оцінку щодо впровадження розробленої оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит у практику охорони здоров'я.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати проведеного дослідження дають можливість рекомендувати:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

- впровадити розроблену оптимізовану модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит в практику охорони здоров'я для удосконалення надання медичної допомоги та реабілітації хворих з даною патологією;

- розглянути питання щодо створення регіональних центрів реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

- доповнити кваліфікаційні характеристики медичного персоналу первинної ланки з питань реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

- з профілактичною метою надати широкому колу населення інформацію (в тому числі за допомогою засобів масової інформації) щодо основних факторів ризику розвитку хронічного панкреатиту, виявлених при проведенні дослідження;

- при розробці національних програм в області громадського здоров'я включати заходи міжсекторального характеру по питанням медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит, співпраці з громадськими організаціями, соціальними службами, засобами масової інформації та інші.

2. Департаментам охорони здоров'я обласних державних адміністрацій:

- створити обласні міжсекторальні Ради з питань збереження і зміцнення здоров'я хворих на хронічний панкреатит та запобігання інвалідності і передчасній смертності населення;

- здійснити заходи з розробки обласних програм щодо медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

- впровадити у закладах охорони здоров'я реєстр хворих на хронічний панкреатит;

- проводити інформаційно-аналітичне забезпечення населення щодо реабілітації хворих на хронічний панкреатит;

- залучати спільноту до навчання основам здорового способу життя на рівні дошкільно-шкільних та додипломних закладів.

- стимулювати медичні заклади до запровадження заходів по реабілітації хворих на хронічний панкреатит з метою ефективного використання наявних ресурсів.

3. Головним лікарям закладів охорони здоров'я, які надають ПМСД:

- при зверненні пацієнтів в заклади охорони здоров'я та проведенні медичних оглядів застосовувати розроблену в дослідженні методику раннього індивідуального прогнозування ризику виникнення хронічного панкреатиту;

- під час прийому лікарями загальної практики/сімейної медицини посилити первинну реабілітацію хворих на хронічний панкреатит шляхом обов'язкового проведення навчання основам здорового способу життя;

- запровадити систему моніторингу за станом здоров'я хворих на хронічний панкреатит та аналізу кожного випадку передчасної смертності хворих працездатного віку, внаслідок причин пов'язаних з цією патологією;

- організувати в районах на рівні первинної медико-санітарної допомоги роботу «Шкіл здоров'я для пацієнтів, хворих на хронічний панкреатит» з диференційним підходом до кожної категорії населення.

4. Вищим медичним навчальним закладам та закладам післядипломної освіти системи МОЗ та МОН України:

- внести зміни до програм навчання студентів та інтернів з курсу «Соціальна медицина, Громадське здоров'я», «Хірургія», «Внутрішні хвороби» щодо медико-соціальних особливостей, медичного обслуговування, реабілітації та управління якістю життя хворих на хронічний панкреатит;

- включити в програму підвищення кваліфікації лікарів загальної практики / сімейної медицини питання щодо факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту, вивчення та їх вплив на якість життя пацієнта, надання медичної допомоги та проведення реабілітації даному контингенту населення;

забезпечити розробку навчальних посібників і методичних рекомендацій та подальше проведення наукових досліджень з питань реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдурахимова Л. А. Методы реабилитации и сочетание управляемых и неуправляемых факторов риска при хроническом панкреатите / Л. А. Абдурахимова // *Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности : материалы IV Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной помощи в поликлиническом звене, Улан-Удэ, 02-04 декабря 2015 г. Улан-Удэ, 2015. – С. 5-6.*
2. Андреев Н. Г. Особенности лечебного питания больных хроническим панкреатитом / Н. Г. Андреев, А. Б. Петухов // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2015. – № 8 (120). – С. 34-37.*
3. Бабінець Л. С. Порівняльна характеристика якості життя хворих на хронічний панкреатит після холецистектомії / Л. С. Бабінець, Н. В. Назарчук, Б. О. Мігенько [та ін.] // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2014. – № 1 (20). – С. 150.*
4. Бабінець Л. С. Патогенетичні аспекти хронічного панкреатиту біліарного генезу після холецистектомії / Л. С. Бабінець, Н. В. Назарчук // *Вестник клуба панкреатологов. – 2014. – № 3 (24). – С. 4-8.*
5. Бабинец Л. С. Курение как фактор усугубления остеопороза при коморбидности хронической обструктивной болезни легких и хронического панкреатита / Л.С. Бабинец, О. С. Квасницкая, З. Я. Онуфрик, И. В. Семенова, Л. М. Мигенько // *Туберкулез, легочные болезни, ВИЧ-инфекция. – 2016. – № 1 (24). – С. 95-99.*
6. Бабінець Л. С. Можливості комплексної реабілітації хворих на хронічний панкреатит на етапі первинної медичної допомоги (огляд літератури) / Л. С. Бабінець, М. В. Палихата, Г. М. Сасик // *Вестник клуба панкреатологов. – 2018. – № 2. – С. 4-11.*
7. Бабинец Л. С. Проблема минеральной недостаточности при хроническом панкреатите в зависимости от возраста / Л. С. Бабинец, Н. А. Шевченко, Л. С. Цибульская // *Вопросы питания. – 2019. – Т. 88, № 2. – С. 58-63.*
8. Белякова С. В. Оценка качества амбулаторного лечения / С. В. Белякова, Е. А. Белоусова // *Медицинский совет. – 2014. – № 13. – С. 46-48.*
9. Белякова С. В. Качество жизни больных хроническим панкреатитом зависит от качества лечения и комплаентности больных / С. В. Белякова, Е. А. Белоусова // *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2015. – № 3-4. – С. 12-15.*
10. Белякова С. В. Качество жизни больных хроническим панкреатитом в Московской области / С. В. Белякова, Е. А. Белоусова // *Альманах клинической медицины. – 2015. – № 40. – С. 64-71.*
11. Бойко В. В. Окисний стрес при хронічному рецидивуючому панкреатиті / В. В. Бойко, О. М. Песоцький, І. А. Кулик, С. А. Павличенко, С. А. Шадрін, О. М. Шевченко, А. В. Москаленко // *Харківська хірургічна*

- школа. – 2013. – № 4. – С. 92-95.
12. Бондаренко О. А. Современные возможности медицинской реабилитации больных хроническим панкреатитом на фоне ожирения / О. А. Бондаренко, Ф. Ю. Мухарьямов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2013, Т. 8. – № 1. – С. 87-90.
 13. Васильев А. Г. Перспективы развития медицинских учреждений в условиях реформы здравоохранения / А. Г. Васильев, В. М. Михальчук, З. В. Гбур, Ю. В. Вороненко // Світ медицини та біології. – 2019. – Т. 15, № 3. – С. 18-23.
 14. Вахрушев Я. М. Значение семейного психологического статуса в течении хронического панкреатита / Я. М. Вахрушев, О. Д. Михайлова, Я. И. Григус // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 10 (134). – С. 37-40.
 15. Винокурова Л. В. Значение наследственных факторов в формировании осложнений у больных хроническим панкреатитом / Л. В. Винокурова, И. С. Шулятьев, Е. А. Дубцова, М. А. Агафонов // Терапия. – 2016. – № 3(7). – С. 48-52.
 16. Винокурова Л. В. Хронический панкреатит как фактор риска развития сахарного диабета / Л. В. Винокурова, Г. Г. Варванина, Е. А. Дубцова, Д. С. Бордин, А. В. Смирнова, И. Е. Трубицына, А. С. Дорофеев // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2018. – № 3. – С. 42-46.
 17. Вороненко Ю. В. Аналіз проблем кадрового забезпечення первинної медичної допомоги в контексті реформування галузі охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, О. Г. Шекера // Здоров'я суспільства. – 2013. – Т. 2, № 2. – С. 14-21.
 18. Вороненко Ю. В. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 2. – С. 24-26.
 19. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти / Ю. В. Вороненко // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – № 1. – С. 39-46.
 20. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Наука і практика. – 2014. – № 1. – С. 63-75.
 21. Вороненко Ю. В. Міжсекторальна взаємодія освіти, науки та практики як запорука ефективної підготовки кадрів для первинної ланки охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, Н. В. Медведовська, В. В. Краснов, О. М. Вернер, В. І. Ткаченко // Здоров'я суспільства. – 2014. – Т. 3, № 1-2. – С. 14-24.
 22. Вороненко Ю. В. Забезпечення якості у системі безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, О. К. Толстанов, В. В. Краснов // Медична освіта. – 2018. – № 2. – С. 47-49.
 23. Вороненко Ю. В. Категорія якості у сфері охорони здоров'я:

- трансформація поняття / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, А. Г. Круть, В. В. Горачук // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8, № 1. – С. 1-6.
24. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі / Е. О. Гапонова // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. – 2014. – № 1144. – С. 94-96.
 25. Голубчиков М. В. Роль інформаційних технологій при застосуванні медичних стандартів / М. В. Голубчиков, О. С. Коваленко // Медична інформатика та інженерія. – 2013. – № 2. – С. 62-65.
 26. Голубчиков М. В. Методика моніторингу та оцінки відвідувань лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах / М. В. Голубчиков, Н. М. Орлова, Н. Г. Кравчук // Журнал заступника головного лікаря. – 2017. – № 3. – С. 14-23.
 27. Гонцарюк Д. А. Хронический панкреатит: сочетание с заболеваниями гастродуоденальной зоны / Д. А. Гонцарюк // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2016. – № 2. – С. 48-51.
 28. Гонцарюк Д. О. Про особливості харчування пацієнтів із хронічним панкреатитом у ремісії / Д. О. Гонцарюк, Т. М. Христинч // Вестник клуба панкреатологов. – 2019. – № 1. – С. 36-40.
 29. Гончарик И. И. Хронический панкреатит / И. И. Гончарик // Военная медицина. – 2012. – № 3 (24). – С. 127-133.
 30. Гречишкіна Н. В. Вивчення обізнаності та ставлення лікарів первинної ланки щодо профілактики неінфекційних захворювань / Н. В. Гречишкіна, Т. С. Грузєва // Сімейна медицина. – 2015. – № 6. – С. 22-24.
 31. Григорьева И. Н. Панкреатит, рак поджелудочной железы и ожерение: гипотезы и факты. / И. Н. Григорьева, О. В. Ефимова, Т. С. Суворова, Н. Л. Тов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – № 9. – С. 4-10.
 32. Григорьева И. Н. Качество жизни у больных с различной патологией поджелудочной железы / И. Н. Григорьева, Т. И. Романова, О. В. Ефимова, Т. С. Суворова, Н. Л. Тов // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2016. – № 1-2. – С. 110-113.
 33. Григус Я. И. Хронический панкреатит и коморбидная патология / Я. И. Григус, О. Д. Михайлова, Я. М. Вахрушев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 3 (127). – С. 59-60.
 34. Грузєва Т. С. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової європейської політики "здоров'я – 2020" / Т. С. Грузєва // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3(1). – С. 25-33.
 35. Грузєва Т. С. Протидія та контроль за неінфекційними захворюваннями: нові перспективи в умовах формування системи громадського здоров'я в Україні / Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 315-316.
 36. Губергриц Н. Б. И снова о лекарственном панкреатите / Н. Б. Губергриц, О. А. Голубова, А. Е. Клочков // Вестник клуба панкреатологов. – 2013. – № 4. – С. 50-57.

37. Губергриц Н. Б. Рекомендации Украинского Клуба Панкреатологов по купированию абдоминального болевого синдрома при хроническом панкреатите // Вестн. Клуба Панкреатологов. – 2014. – № 3 (прил. 1). – С. 12-28.
38. Губергриц Н. Б. Хронический панкреатит: работа над ошибками / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, А. Е. Клочков, П. Г. Фоменко // Сучасна гастроентерологія. – 2015. – № 3. – С. 97-104.
39. Губергриц Н. Б. Новости европейской панкреатологии (по материалам 47-й встречи Европейского Клуба Панкреатологов) / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева // Вестник клуба панкреатологов. – 2015. – № 4. – С. 21-29.
40. Губергриц Н. Б. Новости мировой панкреатологии (по материалам совместной встречи Международной Ассоциации Панкреатологов и Комитета рака поджелудочной железы Китайской противораковой Ассоциации, Китай, Шанхай, 27-29 августа 2015 г.) / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, А. Е. Клочков, Г. М. Лукашевич, П. Г. Фоменко // Вестник Клуба панкреатологов. – 2016. – № 1. – С. 5-15.
41. Губергриц Н. Б. Новости Европейской панкреатологии (по материалам 48-й встречи Европейского Клуба панкреатологов, 6-9 июля 2016 г. Ливерпуль, Великобритания) / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, Г. М. Лукашевич, А. Е. Клочков, П. Г. Фоменко // Вестник клуба панкреатологов. – 2016. – № 4. – С. 11-20.
42. Губергриц Н. Б. Достижения современной мировой панкреатологии (по материалам объединенной встречи международной ассоциации панкреатологов, японского панкреатологического общества, азиатско-тихоокеанской ассоциации панкреатологов, сендай, япония, август 2016 г.) / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, А. Д. Зубов, Г. М. Лукашевич, П. Г. Фоменко // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2017. – № 1. – С. 23-29.
43. Губергриц Н. Б. Новости мировой панкреатологии (по материалам объединенной встречи Международной ассоциации панкреатологов, Японского панкреатологического общества, Азиатско-Тихоокеанской ассоциации панкреатологов, Сендай, Япония, август 2016 г.) / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, А. Д. Зубов, Г. М. Лукашевич, П. Г. Фоменко // Вестник клуба панкреатологов. – 2017. – № 1. – С. 5-12.
44. Губергриц Н. Б. Доказательная панкреатология 2016-2017 (обзор результатов исследований по хроническому панкреатиту) / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, Г. М. Лукашевич, П. Г. Фоменко, Э. В. Бережная, В. С. Рахметова // Вестник клуба панкреатологов. – 2017. – № 2. – С. 5-10.
45. Губергриц Н. Б. «Роковая цепочка» : от острого панкреатита к раку поджелудочной железы / Н. Б. Губергриц, Г. М. Лукашевич, П. Г. Фоменко, Н. В. Беляева // Вестник клуба панкреатологов. – 2017. – № 3. – С. 16-29.
46. Губергриц Н. Б. Новости европейской панкреатологии (по материалам 49-й встречи европейского Клуба Панкреатологов, Будапешт, июнь–июль

- 2017 г.) / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, Г. М. Лукашевич, А.Е. Ключков, П. Г. Фоменко, А. В. Ротар // Вестник клуба панкреатологов. – 2017. – № 4. – С. 4-14.
47. Губергриц Н. Б. Качество и продолжительность жизни больных хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы и влияние заместительной ферментной терапии / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, А. Е. Ключков, Г. М. Лукашевич, П. Г. Фоменко // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2018. – № 4. – С. 16-21.
48. Губергриц Н. Б. Новости европейской панкреатологии (по материалам 50-й встречи европейского Клуба Панкреатологов) / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, Г. М. Лукашевич, А. Е. Ключков, П. Г. Фоменко, Л. А. Ярошенко, А. В. Юрьева, В. С. Рахметова // Вестник клуба панкреатологов. – 2018. – № 4. – С. 4-15.
49. Губергриц Н. Б. Доказательная панкреатология 2018 (обзор результатов исследований по заболеваниям и внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы) / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, А. Е. Ключков, Г. М. Лукашевич, П. Г. Фоменко, Э. В. Бережная, А. А. Супрун // Вестник клуба панкреатологов. – 2019. – № 2. – С. 4-14.
50. Губергриц Н. Б. Новости европейской панкреатологии (по материалам 51-й встречи Европейского Клуба Панкреатологов) / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, Г. М. Лукашевич, А. Е. Ключков, П. Г. Фоменко, Л. А. Ярошенко, А. В. Юрьева, В. С. Рахметова // Вестник клуба панкреатологов. – 2019. – № 4. – С. 6-16.
51. Губергриц Н. Б. Уровень качества жизни и его динамика под влиянием лечения у больных хроническим панкреатитом / Н. Б. Губергриц, Е. А. Крылова, Е. Ю. Плотникова // Медицинский алфавит. – 2019. – Т. 1, № 6 (381). – С. 56-60.
52. Дрига Н. О. Медико-соціологічне дослідження серед населення об'єднаних територіальних громад Сумської області щодо збереження власного здоров'я / Н. О. Дрига, В. І. Поцелуєв, В. А. Сміянов, А. М. Костенко // Україна. Здоров'я нації. – 2019. – № 3. – С. 36-42.
53. Дроняк Ю. В. Якість життя пацієнтів з хронічним панкреатитом і супутнім аскаридозом / Ю. В. Дроняк, Л. С. Бабінець // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2015. – № 1. – С. 58-60.
54. Дубцова Е.А. Хронический панкреатит как фактор риска рака поджелудочной железы (описание клинического случая) / Е. А. Дубцова, Л. В. Винокурова, К. А. Никольская, М. А. Кирюкова, Д. С. Бордин // Альманах клинической медицины. – 2018. – Т. 46, № 5. – С. 542-549.
55. Дуфинець В. А. Профілактика неінфекційних захворювань в первинній ланці охорони здоров'я Закарпатської області / В. А. Дуфинець, Т. С. Грузева // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип. 4(2). – С. 317-322.
56. Ермолов А. С. Качество жизни пациентов и осложнения после перенесенного тяжелого острого панкреатита / А. С. Ермолов, Д. А.

- Омельянович, Д. А. Благовестнов, А. К. Алексеев // Медицинский алфавит. – 2016. – Т. 2, № 15 (278). – С. 18-20.
57. Ефимова М. Р. Общая теория статистики: Учебник. Изд. 2-е, испр. и доп. / М. Р. Ефимова, Е. В. Петрова, В. Н. Румянцев. – М.: ИНФРА-М, 2000. – 416 с.
58. Ждан В. М. Напрямки реалізації програми «Здоров'я 2020: український вимір» в Полтавській області // В. М. Ждан, І. А. Голованова, В. П. Лисак, І. В. Ксьонз / Вісник проблем біології і медицини – 2014 – Вип. 3, Том 1 (110). – С.21-24.
59. Железнякова Н. М. Роль генетических факторов в оценке кардиоваскулярного риска у пациентов с сочетанным течением хронического обструктивного заболевания легких и хронического панкреатита / Н. М. Железнякова, М. С. Кишеня // Вестник клуба панкреатологов. – 2013. – № 4. – С. 45-49.
60. Железнякова Н.М. Механізми реалізації синдрому ендогенної інтоксикації у хворих з поєднаним перебігом хронічного обструктивного захворювання легень і хронічного панкреатиту / Н. М. Железнякова // Сімейна медицина. – №1. – 2015. – С. 134-137.
61. Железнякова Н. М. Аутоімунний дистрес-синдром та механізми його інтенсифікації у хворих з коморбідним перебігом хронічного панкреатиту та хронічного обструктивного захворювання легень / Н. М. Железнякова // Сучасна гастроентерологія. – №2 (82). – 2015. – С. 15-21.
62. Железнякова Н.М. Особливості клінічної маніфестації хронічного обструктивного захворювання легень у хворих на хронічний панкреатит / Н. М. Железнякова, Т. М. Пасієшвілі // Сімейна медицина. – №6 (62). – 2015. – С. 69-72.
63. Железнякова Н. М. Хронический панкреатит и хроническая обструктивная болезнь легких: клинические аспекты коморбидности / Н. М. Железнякова, Т. М. Пасиешвили // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 6 (130). – С. 28-32.
64. Железнякова Н.М. Механизмы реализации остеопенического синдрома у пациентов с коморбидным течением хронического обструктивного заболевания легких и хронического панкреатита / Н. М. Железнякова // Georgian Medical News. – №10 (259) – 2016. – С. 26-31.
65. Жилка Н. Я. Рівень задоволеності та інформованості населення щодо послуг лікаря загальної практики – сімейного лікаря (інтернетопитування) / Н. Я. Жилка, А. В. Кудря // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4. – С. 66-69.
66. Журавель В. І. Актуалізація менеджменту в системі медичної допомоги населенню України / В. І. Журавель, В. В. Журавель // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2018. – Т. 2, № 4. – С. 19-24.
67. Закон України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті» № 638 від 10.09.2014 року / Офіційний сайт

- Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0638282-14#n442>
68. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» № 2249-VIII від 19.12.2017 року / Офіційний сайт Верховної Ради України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.
 69. Замкевич В. Б. Оцінка вживання алкоголю населенням та пов'язаних з ним проблем / В. Б. Замкевич, М. Д. Дячук, Т. С. Грузєва // Клінічна та профілактична медицина. – 2019. – № 3-4. – С. 93-99.
 70. Захарова М. А. Качество жизни как показатель эффективности хирургического лечения хронического панкреатита / М. А. Захарова, А. В. Смирнов, Д. С. Горин, Е. А. Воробьева, А. Г. Кригер // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2019. – № 11. – С. 42-51.
 71. Знаменська М. А. Аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення України / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. – Т. 5, № 3. – С. 24-29.
 72. Знаменська М. А. Аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення України / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. – Т. V, № 3 (17). – С.24-29.
 73. Иванов С. В. Анализ результатов лечения больных хроническим панкреатитом / С. В. Иванов, Е. П. Розберг, И. С. Иванов, Г. В. Ягубов // Innova. – 2016. – № 1 (2). – С. 6-9.
 74. Иванов С. В. Результаты лечения больных хроническим панкреатитом / С. В. Иванов, О. С. Горбачева, Е. П. Розберг, И. С. Иванов, А. В. Голиков, Г. В. Ягубов // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. – Т. 11, № 1. – С. 53-55.
 75. Ивануса С. Я. Показатели качества жизни больных хроническим билиарным панкреатитом после различных вариантов хирургического лечения / С. Я. Ивануса, М. В. Лазуткин, Д. П. Шершень, А. В. Елисеев, В. Р. Гольцов // Военно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 338, № 4. – С. 21-27.
 76. Исмаилов С. И. Взаимосвязь индекса массы тела и углеводного обмена у больных с хроническим панкреатитом / С. И. Исмаилов, Ф. Г. Назыров, Б. А. Азизов // Гастроэнтерология. – 2015. – № 2 (56). – С. 38-41.
 77. Казюлин А. Н. Современные представления об этиологии хронического панкреатита / А. Н. Казюлин // Вестник Клуба панкреатологов. – 2016. – № 3. – С. 40-43.
 78. Кайсинова А. С. Динамическая электронейростимуляция в медицинской реабилитации хронического панкреатита на курорте / А. С. Кайсинова, И. В. Качмазова, А. Н. Глухов, Г. А. Меркулова // Курортная медицина. – 2015. – № 2. – С. 102-104.
 79. Кайсинова А. С. Курортная реабилитация больных хроническим панкреатитом / А. С. Кайсинова, А. Н. Махынко, Ф. И. Текеева, И. В. Качмазова // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2017. – № 1. – С. 81.
 80. Калинин А. В. Хронический панкреатит: диагностика, лечение,

- профилактика / А. В. Калинин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2007. – №1. – С. 3-15.
81. Касапов К. И. Необходимость оценки степени удовлетворённости качеством оказываемой медицинской помощи со стороны врача и пациента / К. И. Касапов, А. Р. Габриелян // Наука. Образование. Личность. – 2013. – № 1. – С. 33-36.
 82. Качмазова И. В. Динамическая электронейростимуляция в комплексном курортном лечении больных хроническим панкреатитом / И. В. Качмазова, Г. А. Меркулова, А. Н. Глухов, В. А. Васин // Научный поиск. – 2015. – № 2.2. – С. 66-68.
 83. Квасникова Ю. А. Психокоррекция типа отношения к болезни у пациентов с хроническим панкреатитом / Ю. А. Квасникова // Молодой ученый. – 2015. – № 10 (90). – С. 1335-1337.
 84. Кітура О. Є. Вплив лікування на якість життя хворих на хронічний панкреатит / О. Є. Кітура // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 3(1). – С. 100-103.
 85. Клименко А. В. Сравнительная оценка качества жизни с использованием международного опросника MOS SF-36 у больных хроническим панкреатитом после различных оперативных вмешательств / А. В. Клименко, А. С. Никоненко, В. Н. Клименко, А. А. Стешенко // Запорожский медицинский журнал. – 2010. – Т. 12, № 6. – С. 52-55.
 86. Клименко В. Н. Сбалансированность хирургического и терапевтического методов лечения хронического панкреатита – основополагающий фактор функционального результата и качества жизни пациентов / В. Н. Клименко, А. В. Клименко, А. А. Стешенко // Запорожский медицинский журнал. – 2015. – № 3 (90). – С. 56-59.
 87. Клодзинский А. А. Хронический панкреатит [Электронный ресурс] / А. А. Клодзинский – Режим доступа до журн.: http://etelien.ru/Collection/12/12_00021.htm
 88. Кляритская И. Л. Новые факторы риска развития хронического панкреатита / И. Л. Кляритская, Ю. С. Работягова // Кримський терапевтичний журнал. – 2012. – № 2. – С. 63-69.
 89. Кобякова О. С. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? [Электронный ресурс] / О. С. Кобякова, И. А. Деев, Д. С. Тюфилин, Е. С. Куликов, Н. А. Табакаев, О. О. Воробьева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016, – Т. 49, № 3. – С. 1-14. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/753/30/>
 90. Коваль В. Ю. Визначення ступеня депресивності у хворих на хронічний панкреатит / В. Ю. Коваль, Е. Й. Архій, Я. Ф. Рішко, Н. І. Брич // Науковий вісник Ужгородського університету. Сер. : Медицина. – 2014. – Вип. 1. – С. 28-31.
 91. Ковылкина О. А. Качество жизни пациентов после операций по поводу хронического панкреатита / Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 6. – С. 1323-1325.
 92. Коганова К. А. Хронический панкреатит и методы коррекции

- экзокринной недостаточности / К. А. Коганова // Рус. мед. журн. – 2009. – Т. 17, № 5. – С. 328-331.
93. Коробчанський В. О. Гігієнічна оцінка та оптимізація функціонального стану студентів вищих медичних навчальних закладів на основі впровадження принципів медицини граничних станів / В. О. Коробчанський, О. Г. Резніченко, О. В. Веремієнко // Експериментальна і клінічна медицина. – 2015. – № 3. – С. 154-158.
94. Коробчанський В. О. Критерій візуально-моторної інтеграції як професійно значуща функція працівників, робота яких пов'язана з підвищеною небезпекою / В. О. Коробчанський, О. В. Григорян // Медицина сьогодні і завтра. – 2017. – № 1. – С. 80-84.
95. Коробчанський В. О. Аналіз захворюваності серед працівників, які виконують роботи підвищеної небезпеки / В. О. Коробчанський, О. В. Григорян // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2018. – Т. 3, № 6. – С. 221-227.
96. Короп О. А. Інформаційно-методичне забезпечення сімейного лікаря щодо надання позалікарняної хірургічної допомоги / О. А. Короп // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1-2 (37-38). – С. 241.
97. Корочанская Н. В. Профилактика хронического панкреатита / Н. В. Корочанская, С. Н. Серикова, Е. Р. Донцова // Научный вестник здравоохранения Кубани. – 2019. – № 3 (63). – С. 44-53.
98. Косарев К. Э. Оценка качества жизни населения / К. Э. Косарев, М. С. Санталова // Вестник Белгородского университета кооперации, экономики и права. – 2016. – № 1 (57). – С. 119-125.
99. Костюченко Л. Н. Хронический панкреатит / Л. Н. Костюченко // Справочник поликлинического врача. – 2015. – № 11-12. – С. 32-35.
100. Костюченко Л. Н. Нутриционная поддержка в структуре лечения осложненного хронического панкреатита / Л. Н. Костюченко, М. В. Костюченко // Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2016. – № 2. – С. 46-49.
101. Костюченко Л. Н. Дифференцированный подход к выбору тактики нутриционного лечения при хроническом панкреатите / Л. Н. Костюченко, Е. А. Дубцова, О. А. Смирнова, К. А. Никольская, Т. Н. Кузьмина, В. В. Субботин, М. В. Костюченко, Д. В. Николаев // Фарматека. – 2016. – № 2 (315). – С. 74-79.
102. Костюченко Л. Н. Нутриционная поддержка в структуре лечения осложненного хронического панкреатита / Л. Н. Костюченко, М. В. Костюченко // Consilium Medicum. – 2016. – Т. 18, № 8. – С. 86-88.
103. Криворучко И. А. Панкреатит. Травмы поджелудочной железы : монография / И. А. Криворучко, В. В. Бойко, Н. И. Березка, С. Н. Тесленко, Р. С. Шевченко. – Харьков, 2006. – 444с.
104. Криворучко І. А. Математична модель оцінки якості життя хворих, оперованих із приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту / І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова // Харківська хірургічна школа. – 2011. – № 3. – С. 17-20.

105. Криворучко І. А. Класифікація гострого панкреатиту: перегляд інтернаціональним консенсусом у 2012 р. класифікації, прийнятої в Атланті / І. А. Криворучко, В. М. Копчак, О. Ю. Усенко, Н. М. Гончарова, С. М. Балака, С. М. Тесленко, С. А. Андреєщев // Клінічна хірургія. – 2014. – № 9. – С. 19-24.
106. Криворучко І. А. Використання сучасних методів хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози, ускладнених кровотечею / І. А. Криворучко, В. М. Копчак, Н. М. Гончарова // Харківська хірургічна школа. – 2015. – № 2. – С. 36-39.
107. Криворучко І. А. Сучасні погляди щодо хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози з компресією суміжних органів / І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова, В. М. Чеверда // Харківська хірургічна школа. – 2015. – № 4. – С. 29-32.
108. Криворучко І. А. Стан оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих хронічним панкреатитом і раком підшлункової залози / І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова, М. М. Тесленко, В. М. Чеверда // Харківська хірургічна школа. – 2015. – № 5. – С. 173-176.
109. Криворучко И. А. Особенности морфогенеза осложненных псевдокист поджелудочной железы / И. А. Криворучко, Н. М. Гончарова, И. А. Тарабан, И. В. Сорокина // Новости хирургии. – 2016. – Т. 24, № 1. – С. 45-54.
110. Криворучко І. А. Математичні моделі диференційної діагностики і прогнозу при хронічному панкреатиті і раку з переважним ураженням головки підшлункової залози / І. А. Криворучко, М. М. Тесленко, С. А. Андреєщев, С. М. Тесленко, А. В. Арсен'єв // Клінічна хірургія. – 2016. – № 10. – С. 34–39.
111. Криворучко И. А. Современные подходы к лечению осложненных псевдокист поджелудочной железы II типа / И. А. Криворучко, Л. А. Перерва, Н. Н. Гончарова, И. А. Тарабан // Новости хирургии. – 2017. – Т. 25, № 5. – С. 459-466.
112. Криворучко І. А. Хірургічне лікування хворих на гострий панкреатит, ускладнений вторинною панкреатичною інфекцією / І. А. Криворучко, А. Г. Дроздова, М. В. Супліченко // Харківська хірургічна школа. – 2019. – № 1. – С. 71-74.
113. Криворучко И. А. Оценка биомаркера кишечного барьера I-FABP и тяжести состояния пациентов при остром панкреатите / И. А. Криворучко, В. В. Бойко, Н. Н. Гончарова, И. А. Тарабан, А. В. Арсеньев, Ю. В. Иванова, Д. А. Сметцов, А. Г. Дроздова // Новости хирургии. – 2019. – Т. 27, № 6. – С. 640-649.
114. Кригер А. Г. Комплексное лечение больного хроническим панкреатитом / А. Г. Кригер, С. А. Будзинский, М. А. Захарова, Д. С. Горин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – № 11. – С. 68-70.
115. Крячкова Л. В. Дослідження якості життя пацієнтів для оцінки ефективності медичного обслуговування на первинному рівні / Л. В. Крячкова // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – №4 (61). – С. 233-237.

116. Кутова Н. В. Особистісні властивості пацієнтів із хронічним панкреатитом біліарної та алкогольної етіології: обґрунтування диференціації психокорекційних підходів / Н. В. Кутова, М. В. Маркова // Медична психологія. – 2015. – Т. 10, № 2. – С. 37-41.
117. Кутова Н. В. Особливості прояву та вираженість відхиленої поведінки у пацієнтів з хронічним іпанкреатитом / Н. В. Кутова // Медична психологія. – 2015. – № 4. – С. 27-31.
118. Кучерявый Ю. А. Особенности микронутриентного статуса пациентов с хроническим панкреатитом / Ю. А. Кучерявый // Фарматека. – 2015. – № 2 (295). – С. 31-38.
119. Кучерявый Ю. А. Диагностика панкреатической недостаточности: современные представления. фокус на нутритивный статус / Ю. А. Кучерявый, Т. В. Бидеева, А. Б. Самойлова, И. В. Маев // Фарматека. – 2017. – № 13 (346). – С. 64-70.
120. Лазаренко В. А. Современное состояние проблемы вредных привычек как фактора риска развития панкреатита / В. А. Лазаренко, А. Е. Антонов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 3 (55). – С. 8.
121. Лехан В. М. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань: навч. посібник / В. М. Лехан, Ю. В. Вороненко, О. П. Максименко [та ін.] – Дніпропетровськ, АРТ – ПРЕС. – 2004. – 184 с.
122. Лехан В. М. До проблем управління в охороні здоров'я / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. А. Русняк // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 2. – С. 145-146.
123. Лехан В. М. Менеджмент якості згідно зі стандартами 180 як спосіб підвищення ефективності діяльності медичних закладів / В. М. Лехан, М. В. Павленко, В. В. Волчек // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2014. – Т. 2, № 1. – С. 16.
124. Лехан В. М. Модернізації вторинної медичної допомоги – шлях до підвищення ефективності охорони здоров'я / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3(1). – С. 201-205.
125. Лехан В. М. Досвід розробки та впровадження системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, М. І. Заярський // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 4(3). – С. 305-308.
126. Лехан В. М. Теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої системи медичної допомоги в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 49-54.
127. Лехан В. М. Оцінка ролі лікарів первинної ланки у вирішенні поширених медичних проблем пацієнтів на підставі аналізу профілів лікарської діяльності / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. І. Колесник // Сучасні медичні технології. – 2015. – № 4. – С. 4-11.
128. Лехан В. М. Вивчення основних чинників витрат, пов'язаних з низькою якістю медичної допомоги / В. М. Лехан, В. В. Волчек // Збірник наукових

- праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2015. – Вип. 24(4). – С. 180-187.
129. Лехан В. М. Обґрунтування необхідності формування управлінських компетентностей у лікарів на додипломному етапі їх навчання та підвищення ефективності підготовки управлінських кадрів системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, М. І. Заярський, О. П. Максименко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2016. – Т. 16, Вип. 2. – С. 265-271.
 130. Лехан В. М. Застосування колективних експертних оцінок за дельфійською процедурою в соціально-медичних дослідженнях / В. М. Лехан, В. В. Волчек, Л. В. Крячкова, М. І. Заярський // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1. – С. 62-68.
 131. Лехан В. М. Порівняльний аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні / В. М. Лехан, Л.В. Крячкова, О.П. Максименко, М.І. Заярський, Е.В. Бродська // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 159-165.
 132. Лехан В. М. Роль первинної ланки в організації профілактичних заходів, заснованих на доказах / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. І. Колесник, Л. О. Гриценко // Семейная медицина. – 2018. – № 5. – С. 27-31.
 133. Лехан В. М. Система заходів поліпшення здоров'я населення України на основі аналізу глобального тягаря хвороб та факторів його ризику / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2019. – Т. 24, № 3. – С. 113-122.
 134. Лехан В. М. Українська версія протоколу оцінки обґрунтованості госпіталізації та її тривалості / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, М. І. Заярський, Е. В. Борвінко // Світ медицини та біології. – 2019. – № 3. – С. 94-100.
 135. Ливзан М. А. Патоморфоз хронического панкреатита: новое в привычном / М. А. Ливзан, Е. А. Лялюкова // Вестник Клуба панкреатологов. – 2016. – № 2. – С. 21-26.
 136. Литвин А. А. Регистр заболеваний поджелудочной железы немецкого общества общей и висцеральной хирургии / А. А. Литвин, С. И. Сычев, А. А. Мирошниченко, Е. А. Колокольцева // Вестник клуба панкреатологов. – 2019. – № 1. – С. 5-9.
 137. Литвин А. А. Хронический панкреатит и рак поджелудочной железы: биологические диагностические маркеры и факторы риска (обзор литературы) / А. А. Литвин, С. В. Корнев, Е. Н. Колокольцева, В. С. Денисюк // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2019. – № 1. – С. 15-19.
 138. Литвинова М. М. Генетические факторы развития хронического панкреатита / М. М. Литвинова, К. Ф. Хафизов, Г. А. Шипулин, А. А. Айгинин, Л. В. Винокурова, К. А. Никольская, Е. А. Дубцова, Д. С. Бордин, А. Ю. Асанов // Вопросы практической педиатрии. – 2018. – Т. 13, № 3. – С. 29-40.
 139. Ломакина Е. Ю. Хронический панкреатит и сахарный диабет: обзор литературы / Е. Ю. Ломакина, О. В. Таратина, Е. А. Белоусова //

- Альманах клинической медицины. – 2019. – Т. 47, № 6. – С. 525-534.
140. Маев И. В. Хронический панкреатит / Маев И. В. – М.: Медицина, 2005. – 456 с.
 141. Маев И. В. Хронический панкреатит: [учебное пособие] / И. В. Маев, А. Н. Казюлин, Д. Т. Дичева, Ю. А. Кучерявый. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2007. – 80 с.
 142. Маев И. В. Статус питания больных хроническим панкреатитом / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый, Д. Н. Андреев, Т. В. Бидеева // Терапевтический архив. – 2016. – Т. 88, № 2. – С. 81-89.
 143. Маркова О. В. Особенности хронического панкреатита у лиц пожилого возраста / О. В. Маркова, Е. С. Михеева, Е. О. Сорокина, С. Н. Стяжкина // Евразийский научный журнал. – 2017. – № 4. – С. 272-274.
 144. Масловский Л. В. Хронический панкреатит новые данные / Л. В. Масловский // Медицинский совет. – 2016. – № 14. – С. 32-35.
 145. Махинько А. Н. Современные подходы к восстановительному лечению больных хроническим панкреатитом / А. Н. Махинько, Т. Н. Селиванова, А. А. Серебряков // Курортная медицина. – 2016. – № 4. – С. 69-72.
 146. Махинько А. Н. Современные подходы к восстановительному лечению больных хроническим панкреатитом / А. Н. Махинько // Современные аспекты санаторно-курортного лечения и реабилитации на этапах оказания медицинской помощи детскому и взрослому населению. – 2017. – № 1. – С. 108-110.
 147. Махинько А. Н. Медицинская реабилитация больных хроническим панкреатитом (обзор) / А. Н. Махинько, Т. Н. Селиванова // Курортная медицина. – 2017. – № 1. – С. 90-98.
 148. Меркулова Г. А. Новые подходы к санаторно-курортному лечению больных хроническим панкреатитом / Г. А. Меркулова, А. Н. Махинько, Т. М. Симонова, Ф. И. Текеева, И. В. Качмазова // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2018. – Т. 24, № 3. – С. 100-103.
 149. Михайлова О. Д. Изучение особенностей питания больных хроническим панкреатитом в сочетании с метаболическим синдромом / О. Д. Михайлова, А. А. Тухватуллина, Я. И. Григус // Доктор.Ру. – 2015. – № 2-2 (103). – С. 72.
 150. Михайлова О.Д. Пищевые привычки больных хроническим панкреатитом в сочетании с метаболическим синдромом в сельской местности / О. Д. Михайлова, А. В. Стрелкова, Я. М. Вахрушев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 2 (126). – С. 92-93.
 151. Михайлова О. Д. Особенности нарушений питания у больных хроническим панкреатитом в городской и сельской местности / О. Д. Михайлова, Н. Л. Баженова // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2017. – № 1. – С. 93-93.
 152. Михайлова О. Д. Влияние урбанизации на особенности питания больных хроническим панкреатитом в удмуртской республике / О. Д. Михайлова, Н. Л. Баженова, Я. М. Вахрушев // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – № 4. – С. 88-90.

153. Михайлова О. Д. Питание не является фактором риска в обострении хронического панкреатита / О. Д. Михайлова, Д. Н. Чайкина, Н. Л. Мацак // Доказательная гастроэнтерология. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 90-91.
154. Михайлова О.Д. Характеристика особенностей питания больных хроническим панкреатитом в городской и сельской местности / О. Д. Михайлова, Я. М. Вахрушев, Я. И. Григус // Вятский медицинский вестник. 2018. – № 1 (57). – С. 51-56.
155. Михайлова О. Д. Особенности питания как фактор риска развития хронического панкреатита в различных регионах / О. Д. Михайлова, Я. И. Григус, М. С. Любимцева // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2019. – № 2. – С. 29-30.
156. Москалева А. Б. Нутритивный статус у больных хроническим панкреатитом / А. Б. Москалева, М. Г. Сайдуллаева, Р. Т. Джаватханова, А. В. Смирнов, Н. Н. Устинова // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10, № 2 – С. 28-30.
157. Надутый К. О. Методичні підходи до стандартизації оцінки діяльності закладів первинної медичної допомоги / К. О. Надутый, В. М. Лехан, О. К. Толстанов // Український медичний часопис. – 2019. – № 3(2). – С. 23-27.
158. Назарчук Н. В. Дослідження клінічного перебігу та якості життя хворих на хронічний панкреатит у віддалений період після холецистектомії / Н. В. Назарчук, Л. С. Бабінець, С. С. Рябоконь, Б. О. Мігенько // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. – 2014. – № 2 – С. 31-32.
159. Назарчук Н. В. Порівняльний аналіз якості життя хворих на хронічний біліарний панкреатит після холецистектомії / Н. В. Назарчук, Л. С. Бабінець // Гастроентерологія. – 2015. – № 4. – С. 79-82.
160. Натальский А. А. Хронический панкреатит как мультидисциплинарная медико-социальная проблема / А. А. Натальский, С. В. Тарасенко, О. В. Зайцев, О. Д. Песков, А. Ю. Богомоллов, О. А. Кадыкова, И. В. Баконина // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2017. – № 6 (142). – С. 61-65.
161. Натальский А. А. Качество жизни у больных с хроническим панкреатитом / А. А. Натальский, С. В. Тарасенко, О. В. Зайцев, А. Ю. Богомоллов, О. Д. Песков, О. А. Кадыкова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – № 9 (157). – С. 115-120.
162. Нерсесов А. В. Клинический протокол диагностики и лечения: хронический панкреатит у взрослых / А. В. Нерсесов, А. Е. Джумабаева, Д. А. Кайбуллаева, А. М. Раисова, Л. Г. Макалкина // Медицина. – 2018. – № 10 (196). – С. 67-87.
163. Низамов И. Г. Вопросы комплексной оценки результативности санаторно-курортной помощи / И. Г. Низамов, Л. Ф. Сабиров // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1. – С. 23.
164. Норенко В. В. Особенности обеспечения качества медицинской помощи на этапе восстановительного лечения / В. В. Норенко // Вестник медицинских технологий. – 2012. – № 1. – С. 77.
165. Огнев В. А. Концепция качества жизни и эффективность

- реабилитационных мероприятий для лиц с ограниченными возможностями / В. А. Огнев, А. Н. Зинчук, М. П. Кириченко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3, т. 1 (110). – С. 262–265.
166. Огнев В. А. Деякі аспекти дослідження задоволеності якістю надання медичної допомоги хворим на рак легенів / В. А. Огнев, А. М. Зінчук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 1 (22). – С. 155–156.
167. Огнев В. А. Качество жизни как важнейший интегральный показатель состояния здоровья людей с инвалидностью / В. А. Огнев // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 3 (24). – С. 55-59.
168. Огнев В. А. Медико-социальные аспекты реабилитации лиц с ограниченными возможностями при сочетанной патологии / В. А. Огнев, М. П. Кириченко, А. Н. Зинчук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 3 (24). – С. 70–74.
169. Огнев В. А. Медична допомога дітям з цукровим діабетом, особливості та управління її якістю : тези доповідей міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2016 р. «Переможемо діабет!», 7–8 квітня 2016 р. / В. А. Огнев, Л. І. Чумак // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2016. – № 1 (26). – С. 101–102.
170. Огнев В. А. Інформованість суспільства як чинник раннього виявлення депресії в контексті її соціально-економічного значення / В. А. Огнев, І. А. Чухно // Депресія: давай поговоримо : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р. (Київ, 06–07 квітня 2017 р.). – Київ, 2017. – С. 18–20.
171. Огнев В. А. Якість надання медичних послуг – основний пріоритет соціальних ініціатив сьогодення / В. А. Огнев, Я. С. Белєвцова, І. А. Чухно // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я –2018 р., який присвячено загальному охопленню послугами охорони здоров'я та 70-річчю ВООЗ і проводиться під гаслом: загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди, Київ, 05-06 квітня 2018 р. – Київ, 2018. – С. 44–47.
172. Огнев В. А. Оцінка якості життя дітей та підлітків з ожирінням / В. А. Огнев, К. Г. Помогайбо // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4(1). – С. 61-66.
173. Огнев В. А. Медико-соціальне обґрунтування моделі управління якістю життя дітей з ожирінням / В. А. Огнев, К. Г. Помогайбо // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2018. – № 1 (75). – С. 52–60.
174. Орлов А. Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) [Электронный ресурс] / А. Е. Орлов // Вестник новых медицинских технологий. – 2015. – № 1. – Режим доступа: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4979.pdf>.
175. Осипенко М. Ф. Доказательная база применения лекарственных

- препаратов в лечении хронического панкреатита / М. Ф. Осипенко, Д. С. Бордин, Е. А. Бикбулатова // Вестник Клуба панкреатологов. – 2016. – № 2. – С. 17-20.
176. Ошмянская Н. Ю. Особенности гибели и регенерации клеток поджелудочной железы на ранних этапах развития алкогольного хронического панкреатита / Н. Ю. Ошмянская, А. А. Галинский, Ю. А. Гайдар // Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Біологія. Медицина. – 2014. – Вип. 5(2). – С. 138-142.
177. Пасиешвили Л. М. Хронический панкреатит как предиктор формирования остеопороза / Л. М. Пасиешвили // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 10 (134). – С. 41-44.
178. Плотникова Е. Ю. Роль психосоматических факторов в формировании заболеваний органов пищеварения / Е. Ю. Плотникова, Т. Ю. Грачева, Я. В. Москвина // Лечащий врач. – 2017. – № 8. – С. 22-27.
179. Плотникова Е. Ю. Роль психосоматических факторов в формировании заболеваний органов пищеварения / Е. Ю. Плотникова, Т. Ю. Грачева, Я. В. Москвина // Вестник Клуба Панкреатологов. – 2018. – №4. – С. 58-65.
180. Полховская Н. М. Современное состояние методов оценки качества медицинской помощи / Н. М. Полховская, Ю. Л. Минаев // Вестник медицинского института РЕАВИЗ. – 2012. – N 3-4. – С. 82-89.
181. Потяженко М. М. Влияние лечения на уровень тревожности больных хроническим панкреатитом / М. М. Потяженко, О. Е. Китура, А. В. Невойт, Н. Л. Соколюк, Т. В. Настрога // Web of Scholar. – 2018. – Т. 2, № 2 (20). – С. 43-46.
182. Просоленко К. А. Курация пациентов с хроническим панкреатитом согласно последним украинским стандартам / К. А. Просоленко // Вестник Клуба панкреатологов. – 2016. – № 2. – С. 5-12.
183. Раевнева Т. Г. Этиология хронического панкреатита / Т. Г. Раевнева, Ц. Ли, С. Е. Алексейчик, Е. М. Мальюта, Д. С. Алексейчик // Медицинский журнал. – 2017. – № 2 (60). – С. 36-42.
184. Решина И. В. Возможности структурированных образовательных программ для больных хроническим панкреатитом / И. В. Решина, А. Н. Калягин // Альманах сестринского дела. – 2011. – №1-2. – С. 50-54.
185. Решина И. В. Некоторые факторы риска рецидивов хронического панкреатита / И. В. Решина // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 5. – С. 80-83.
186. Русин В. І. Динаміка показників якості життя та психосоматичних змін у хворих на хронічний панкреатит після холецистектомії на фоні патогенетично обґрунтованої комплексної терапії [Текст] / В. І. Русин, Є. С. Сірчак, Н. Ю. Курчак та ін. // Науковий вісник Ужгородського університету: Серія: Медицина / відп. ред. В. І. Русин. – Ужгород: Спектраль, 2014. – Вип. 1(49). – С. 36-40.
187. Русин В. І. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту / В. І. Русин, С. С. Філіп, О. О. Болдіжар, К. Є. Румянцев // Харківська хірургічна школа. – 2014. – № 2. – С. 29-35.

188. Рябова Н. В. Качество жизни пациентов с хроническим панкреатитом как показатель эффективности нутритивной поддержки / Н. В. Рябова // Медицинский журнал. – 2015. – № 3. – С. 109-112.
189. Рябова Н. В. Пищевой статус пациентов с хроническим панкреатитом / Н. В. Рябова, Х. Х. Лавинский, С. М. Рацинский // Весці Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. Серыя медыцынскіх навук. – 2015. – № 3. – С. 57-63.
190. Рябова Н. В. Метаболическая коррекция статуса питания у пациентов с хроническим панкреатитом / Н. В. Рябова, Х. Х. Лавинский, О. И. Светлицкая // Здоровоохранение (Минск). – 2015. – № 8. – С. 65-70.
191. Рябова Н. В. Ранняя энтеральная поддержка пациентов с хроническим панкреатитом / Н. В. Рябова, Х. Х. Лавинский // Здоровье и окружающая среда. – 2015. – Т. 1, № 25. – С. 212-216.
192. Рябова Н. В. Лечебное питание пациентов при обострении хронического панкреатита / Н. В. Рябова // Медицинский журнал. – 2018. – № 3 (65). – С. 122-126.
193. Рябова Н. В. Коррекция рационов питания пациентов с хроническим панкреатитом / Н. В. Рябова, В. А. Жарин, С. В. Федорович, Н. А. Фролов // Медицинский журнал. – 2019. – № 2 (68). – С. 24-27.
194. Сердюк О. І. Організація надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам у Харківському регіоні / О. І. Сердюк, О. А. Короп, О. М. Зайцев, Н. В. Просолєнко // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 87-93.
195. Сердюк О. І. Організаційно-правові аспекти автономізації управлінської фінансової діяльності провайдерів медичних послуг як важлива складова реформування галузі охорони здоров'я / О. І. Сердюк, О. А. Короп, Б. А. Рогожин, Н. В. Просолєнко // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 1 (5). – С. 67-71.
196. Сердюк О. І. Аналіз деяких показників громадського здоров'я, системи охорони здоров'я і медичної освіти в Харківській області / О. І. Сердюк, О. А. Короп, Н. В. Просолєнко, В. І. Крупеня, Б. А. Рогожин // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 227-231.
197. Сердюк О. І. Методологічні аспекти аналізу інтегральної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу / О. І. Сердюк, О. А. Короп, Н. В. Просолєнко, В. І. Крупеня, Б. А. Рогожин // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 3. – С. 78-83.
198. Симонян Р. З. Изучение качества медицинской помощи при оценке технологий здравоохранения // Р. З. Симонян, Г. А. Калайнич, В. А. Лопухова, И. В. Тарасенко // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №8. – С. 185-187.
199. Скворцов В. В. Хронический панкреатит: диагностика и лечение / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко, У. А. Халилова // Терапевт. – 2017. – № 2. – С. 70-78.
200. Скворцов В. В. Диагностика и лечение хронического панкреатита / В. В. Скворцов // Справочник врача общей практики. – 2017. – № 11. – С. 40-54.

201. Скворцов В. В. К вопросу о диагностике и лечении хронических панкреатитов / В. В. Скворцов, М. Н. Устинова, У. А. Халилова // Медсестра. – 2018. – № 8. – С. 25-30.
202. Слабкий Г. О. Вплив законодавства України на подолання дефіциту медичних кадрів, підвищення їх кваліфікації та якості медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Г. В. Шпак, П. В. Лисенко // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 2. – С. 113-116.
203. Слабкий Г. О. Пацієнтоорієнтовані системи медичної допомоги: міжнародний досвід і завдання для України / Г. О. Слабкий, Н. Ф. Шишацька, В. В. Глуховський // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 62-66.
204. Слабкий Г. О. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Н. Ю. Кондратюк, О. М. Торжевська // Український медичний часопис. – 2014. – № 5. – С. 130-133.
205. Слабкий Г. О. Організація профілактичної роботи лікарями загальної практики-сімейними лікарями / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2015. – Т. 15, Вип. 2. – С. 154-160.
206. Слабкий Г. О. Концептуальні підходи до забезпечення відновного лікування на первинному рівні медичної допомоги / Г. О. Слабкий, С. П. Троянов // Семейная медицина. – 2015. – № 5. – С. 34-36.
207. Слабкий Г. О. Використання інформаційних технологій в системі комунікацій в охороні здоров'я / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // Клиническая информатика и телемедицина. – 2015. – Т. 11, вып. 12. – С. 12-18.
208. Слабкий Г. О. Профілактика, як стратегічний напрямок ефективної діяльності системи охорони громадського здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський // Здоров'я суспільства. – 2017. – Т. 6, № 1-2. – С. 80-86.
209. Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст / Г. О. Слабкий, В. І. Миронюк, Л. О. Качала // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 24-31.
210. Сміянов В. А. Впровадження моделі управління якістю медичної допомоги на основі медико-соціального механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов, В. Ю. Петренко, С. В. Тарасенко // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2013. – № 2. – С. 201-208.
211. Сміянов В. А. Аналіз мотиваційних детермінант лікарів у закладах охорони здоров'я м. Суми щодо підвищення якості медичної допомоги / В. А. Сміянов, А. В. Степаненко, Ю. Б. Яценко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4. – С. 95-100.
212. Сміянов В. А. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов, А. В. Степаненко, В. Ю. Петренко, С. В. Тарасенко // Вісник соціальної гігієни

- та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 3. – С. 11-18.
213. Сміянов В. А. Практичні підходи до управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 3. – С. 97-101.
214. Сміянов В. А. Модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов, А. В. Степаненко, С. В. Тарасенко // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4. – С. 106-109.
215. Сміянов В. А. Аналіз існуючої системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області / В. А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3. – С. 102-108.
216. Сміянов В. А. Проблеми забезпечення якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я України / В. А. Сміянов // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2018. – Т. 2, № 1. – С. 5-10.
217. Сміянов В. А. Перспективи впровадження сучасних інформаційно-комунікаційних систем на рівні первинної медико-санітарної допомоги / В. А. Сміянов, Н. О. Дрига // Україна. Здоров'я нації. – 2019. – № 1. – С. 159–166.
218. Сокольская Т. И. Оценка нутритивного статуса больных хроническим панкреатитом в рамках соматометрического исследования / Т. И. Сокольская, А. В. Гулин, В. Б. Максименко // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2015. – Т. 20, № 1. – С. 163-165.
219. Степанов Ю. М. Изучение качества жизни больных хроническим панкреатитом / Ю. М. Степанов, Е. А. Крылова, Л. В. Демешкина // GISAP. Medical science, pharmacology. – 2013. – № 1. – С. 56-57.
220. Степанов Ю. М. Болезни поджелудочной железы как одна из ведущих проблем гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии (современная эпидемиология) / Ю. М. Степанов, Н. Г. Гравировская, И. Ю. Скирда, О. П. Петишко // Гастроэнтерология. – 2014. – № 3. – С. 7-14.
221. Степанов Ю. М. Эпидемиология и возможности диагностики заболеваний поджелудочной железы в Украине / Ю. М. Степанов, И. Ю. Скирда, О. П. Петишко // Вестник клуба панкреатологов. – 2016. – № 4. – С. 21-27.
222. Стешенко А. А. Оценка качества жизни с использованием опросников EORTC QLQ – C30, EORTC QLQ - PAN28 у больных хроническим панкреатитом после хирургического лечения / А. А. Стешенко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2013. – Т. 13, вип. 4. – С. 58-63.
223. Строкова О. А. Гендерные особенности факторов риска хронического панкреатита / О. А. Строкова // Гастроэнтерология. – 2015. – №2 (103). – С. 37.
224. Стяжкина С. Н. Анализ статистических данных этиологических факторов и данных объективного осмотра при панкреатите / С. Н. Стяжкина, А. А. Булдаков, М. М. Глухова // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2017. – № 1-3. – С. 112-114.
225. Суздальцев И. В. Постхолецистэктомический синдром: Причины,

факторы риска, современные методы диагностики и лечения / И. В. Суздальцев, Т. Ф. Золотухин, О. И. Архипов [и др.]. – М.: АНМИ, 2003. – 118 с.

226. Тарасенко С. В. Классификационные критерии хронического панкреатита / С. В. Тарасенко, Т. С. Рахмаев, О. Д. Песков, А. А. Копейкин, О. В. Зайцев, С. Н. Соколова, И. В. Баконина, А. А. Натальский, А. Ю. Богомоллов, О. А. Кадыкова // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. – Т. 24, № 1. – С. 91-97.
227. Тарасенко С. В. Анализ качества жизни пациентов с хроническим панкреатитом // С. В. Тарасенко, А. А. Натальский, О. В. Зайцев, А. Ю. Богомоллов, О. А. Кадыкова, А. С. Кузнецова, С. П. Донюкова // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2017. – № 2. – С. 64-65.
228. Тарасенко С. В. Оценка качества жизни пациентов, оперированных по поводу хронического панкреатита / С. В. Тарасенко, А. А. Натальский, О. В. Зайцев, С. Н. Соколова, А. Ю. Богомоллов, Т. С. Рахмаев, И. В. Баконина, О. А. Кадыкова // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т. 98, № 5. – С. 709-713.
229. Томнюк Н. Д. Современные представления о диагностике и лечении хронического панкреатита (обзор литературы) / Н. Д. Томнюк, Е. П. Данилина, Ю. С. Белобородова, А. А. Белобородов // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 5. – С. 45-48.
230. Трифонова Н. Ю. Анализ качества оказания медико-социальной и реабилитационной помощи в лечебно-профилактических учреждениях на современном этапе / Н. Ю. Трифонова, А. Р. Габриелян, С. С. Дегтярёв, Л. Р. Арцыбышева, И. В. Сергейко // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2013. – N 4. – С. 24-27.
231. Трухан Д. И. Иммуногенетические факторы хронического и острого панкреатита / Д. И. Трухан // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 2 (126). – С. 125-126.
232. Тумаренко А. В. Диагностика и лечение хронических панкреатитов / А. В. Тумаренко, В. В. Скворцов // Терапевт. – 2015. – № 5-6. – С. 13-26.
233. Тумаренко А. В. Диагностика и лечение хронических панкреатитов / А. В. Тумаренко, В. В. Скворцов // Терапевт. – 2017. – № 5-6. – С. 90-103.
234. Успенский Ю. Многоликий панкреатит: как помочь больному? / Ю. Успенский, Е. Балуква, Н. Барышникова, Ю. Фоминых / Врач. – 2015. – № 12. – С. 46-50.
235. Федоров А. А. Саногенетические эффекты чрескожной электронейростимуляции при хроническом экспериментальном панкреатите / А. А. Федоров, С. С. Мелехин, П. И. Щеколдин, В. Ю. Гуляев // Курортная медицина. – 2015. – № 2. – С. 161-164.
236. Ферфецкая Е. В. Качество жизни больных хроническим панкреатитом, сочетанным с ожирением и сахарным диабетом типа 2 / Е. В. Ферфецкая, Л. О. Пиц // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2018. – № 3. – С. 52-55.

237. Ферфецкая Е. В. Ожирение как фактор риска развития хронического панкреатита / Е. В. Ферфецкая // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2019. – № 1. – С. 20-23.
238. Хафизов К. Ф. Молекулярно-генетические причины хронического панкреатита / К. Ф. Хафизов, М. М. Литвинова, Д. С. Бордин, Е. А. Дубцова, Л. В. Винокурова, К. А. Никольская, Н. А. Бодунова, М. В. Волкова, А. А. Григорян, С. К. Сидорова, Е. В. Пимкина, А. С. Сперанская, А. Д. Мацвай, Г. А. Шипулин, А. А. Айгинин // Доказательная гастроэнтерология. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 88.
239. Хвисяк О. М. Особливості діяльності органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я в умовах моделі медичного страхування / О. М. Хвисяк, О. І. Сердюк, О. А. Короп та ін. // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2018. – №4. – С. 5-9.
240. Христич Т. Н. Хронический панкреатит: нерешенные проблемы / Т. Н. Христич, В. П. Пишак, Т. Б. Кендзерская. – Черновцы, 2006. – 280 с.
241. Христич Т. Н. Хронический панкреатит и ожирение: механизмы развития и их прогностическое значение / Т. Н. Христич // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2017. – № 2. – С. 34-41.
242. Христич Т. Н. Патогенетические аспекты коморбидности хронического панкреатита и хронической обструктивной болезни легких / Т. Н. Христич, Д. А. Гонцарюк // Гастроэнтерология. – 2019. – Т. 53, № 1. – С. 54-61.
243. Христич Т. Н. Хронический панкреатит: о некоторых современных положениях, указанных в классификациях последних лет / Т. Н. Христич, А. И. Федив, Д. А. Гонцарюк // Вестник клуба панкреатологов. – 2019. – № 3. – С. 42-49.
244. Циммерман Я. С. Новая международная классификация хронических панкреатитов (многофакторная классификационная система M-ANNHEIM, 2007) : принципы, достоинства, недостатки / Я. С. Циммерман // Клиническая медицина. – 2008. – № 10. – С. 7-13.
245. Чапала Т. В. Исследование социально-психологических характеристик и тревожности у пациентов гастроэнтерологического профиля (на примере хронического панкреатита) / Т. В. Чапала, М. Илич // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. – 2019. – № 4 (39). – С. 58-64.
246. Чехонина Ю.Г. Изучение фактического питания больных хроническим панкреатитом / Ю. Г. Чехонина, В. И. Пилипенко, А. К. Шаховская, К. М. Гаппарова // Вопросы диетологии. – 2017. – Т. 7, № 4. – С. 22-25.
247. Чухно І. А. Теоретичні аспекти управління якістю медичної допомоги / І. А. Чухно, В. А. Огнєв // Історичні та медико-соціальні аспекти охорони здоров'я в Україні : матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 120-річчю з дня народження П.Т. Петрова, завідувача кафедри історії медицини (1948–1951 рр.) Харківського медичного інституту, Харків, 23 листопада 2016 р. - Харків, 2016. - С. 111-113.

248. Шевченко Ю. М. Клініко-психопатологічні особливості неспсихотичних психічних розладів у хворих на хронічний панкреатит / Ю. М. Шевченко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т.22, вип. 4. – С. 118-121.
249. Шевченко Ю. Н. Качество жизни у пациентов с неспсихотическими психическими расстройствами, страдающих рецидивирующим панкреатитом / Ю. Н. Шевченко // Медичні перспективи. – 2015. – Т. 20, № 1. – С. 85-91.
250. Ширинская Н. В. Распространенность болезней поджелудочной железы у взрослого населения / Н. В. Ширинская // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2018. – № 3. – С. 38-41.
251. Щастный А. Т. Современные принципы диагностики и лечения хронического панкреатита / А. Т. Щастный // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 16, № 5. – С. 7-20.
252. Adams D. B. Pancreatitis: medical and surgical management / D. B. Adams [et al.] // Chichester: Wiley Blackwell. – 2017. – P. 326.
253. Andersen D. K. Diabetes, pancreatogenic diabetes, and pancreatic cancer / D. K. Andersen, M. Korc, G. M. Petersen [et al.] // Diabetes. – 2017. – № 66 (5). – P. 1103-1110.
254. Apte M. V. Pancreatic stellate cells: a starring role in normal and diseased pancreas / M. V. Apte, R. C. Pirola, J. S. Wilson // Front Physiol. – 2012. – Vol. 3. – P. 344-3543.
255. Braganza J. M. Chronic pancreatitis / J. M. Braganza, S. H. Lee, R. F. Mc Cloy, M. J. Mc Mahon // Lancet. – 2011. – Vol. 377, № 9772. – P. 1184-1197.
256. Chu L. C. Diagnosis and detection of pancreatic cancer / L. C. Chu, M. G. Goggins, E. K. Fishman // Cancer J. – 2017. – № 23 (6). – P. 333-342.
257. Convell D. Chronic pancreatitis / D. Convell, P. Banks // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 24(5). – P. 586-590.
258. Das K. Pancreatic ductal drainage by endoscopic ultrasoundassisted rendezvous technique for pain caused by ductal stricture with chronic pancreatitis / Das K., Kitano M., Komaki T. [et. al.] // Dig Endosc. – 2010 Jul; – Vol. 22 (3) – P. 217-219.
259. De-Madaria E. Recommendations of the Spanish Pancreatic Club on the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis: part 2 (treatment) / E. De-Madaria, Abad-Gonzalez, J. R. Aparicio [et al.] // Gastroenterol. Hepatol. – 2013. – Vol. 36, N 6. – P. 422-436.
260. Dominguez-Munoz J. E. Nutritional therapy in chronic pancreatitis / J. E. Dominguez-Munoz, M. Phillips // Gastroenterol. Clin. North Am. – 2018. – Vol. 47, № 1. – P. 95-106.
261. Dooley J. Genetic predisposition for beta cell fragility underlies type 1 and type 2 diabetes / J. Dooley, L. Tian, S. Schonefeldt [et al.] // Nat Genet. – 2016. – № 48 (5). – P. 519-527.
262. Duggan S. N. High prevalence of osteoporosis in patients with chronic pancreatitis: a systematic review and meta-analysis / S. N. Duggan, N. D. Smyth, A. Murphy [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2014. – № 12. – P.

- 219-228.
263. Effenberger K. Disseminated tumor cells in pancreatic cancer – an independent prognosticator of disease progression and survival / K. Effenberger, C. Schroeder, C. Eulenburg [et al.] // *Int. J. Cancer.* – 2011. – Vol. 10. – P. 100-439.
 264. Freedman S. D. Chronic Pancreatitis Last full review/ S. D. Freedman // – Режим доступу до журн.: <http://www.merckmanuals.com/professional/sec02/ch015/ch015c.html>
 265. Greer J. B. Epidemiologic and mechanistic associations between smoking and pancreatitis, curr treat options / J. B. Greer, E. Thrower, D. Yadav // *Gastroenterol.* – 2015. – №13 (3). – P. 332-346.
 266. Halloran C. Хронічний панкреатит / С. Halloran // *Внутренняя медицина.* – 2009. – № 4 (16). – С. 44-47.
 267. Holst M. Nutritional assessment in ambulatory patients with chronic pancreatitis / M. Holst, S. Schou-Olesen, M. Kohler [et al.] // *Clin. Nutr. Suppl.* – 2013. – № 32. – P. 47.
 268. Ilic M. Epidemiology of pancreatic cancer / M. Ilic, I. Ilic // *World J. Gastroenterol.* – 2016. – № 22 (44). – P. 9694-9705.
 269. Ishihara T. Efficacy of s-type stents for the treatment of the main pancreatic duct stricture in patients with chronic pancreatitis / T. Ishihara, T. Yamaguchi, K. Seza [et.al.] // *Scand J Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 41 – P. 744-750.
 270. Ito T. Evidence-based clinical practice guidelines for chronic pancreatitis / T. Ito, H. Ishiguro, H. Ohara [et al.] // *J. Gastroenterol.* – 2016. – Vol. 51 (2). – P. 85-92.
 271. Jin Y. Analysis of current status on a new public health nutrition service pattern in China: a nutrition outpatient clinicbased study / Y. Jin, X. Li // *Biomed Research International.* – 2018. – № 9. – P. 1-6.
 272. Johnson C. D. Combined scaling of the responses of patients with pancreatic disease to the Eortc Qlq C30 and Qlq Pan26 / C. D. Johnson, P. Roussou, S. Harris, R. Pickering // *Pancreas.* – 2006. – №33. – P. 472.
 273. Kirkegard J. Chronic pancreatitis and pancreatic cancer risk: a systematic review and meta-analysis / J. Kirkegard, F. V. Mortensen, D. Cronin-Fenton // *Am. J. Gastroenterol.* – 2017. – № 112(9). – P. 1366-1372.
 274. Kudo Y. Incidence of and risk factors for developing pancreatic cancer in patients with chronic pancreatitis / Y. Kudo, T. Kamisawa, H. Anjiki [et al.] // *Hepatogastroenterology.* – 2011. – Vol. 58. – N 106. – P. 609-611.
 275. Lévy P. Эпидемиология хронического панкреатита / P. Lévy¹, E. Dominguez-Muñoz², C. Imrie³, M. Löhr⁴, P. Masionneuve // *United European Gastroenterology Journal.* – 2014. – Vol. 2, № 5. – P. 345-354.
 276. Lévy P. Эпидемиология хронического панкреатита / P. Lévy, E. Dominguez-Muñoz, C. Imrie, M. Löhr, P. Masionneuve // *Вестник клуба панкреатологов.* – 2015. – № 3 (28). – С. 7-16.
 277. Lew D. Chronic pancreatitis: current status and challenges for prevention and treatment / D. Lew, E. Afghani, S. Pandol // *Dig. Dis. Sci.* – 2017. – № 62 (7). – P. 1702-1712.

278. Lindkvist B. Clinical, anthropometric and laboratory nutritional markers of pancreatic exocrine insufficiency: prevalence and diagnostic use / B. Lindkvist, M. E. Phillips, J. E. Dominguez-Munoz // *Pancreatology*. – 2015. – № 15(6). – P. 589-597.
279. Löhr J. M. United European Gastroenterology evidence based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis / J.M. Löhr, E. Dominguez-Munoz, J. Rosendahl [et al.] // *United European Gastroenterol J*. – 2017. – № 5(2). – P. 153-199.
280. Lohr J. Synopsis of recent guidelines on pancreatic exocrine insufficiency / J. Lohr, M. Oliver, L. Frulloni // *UEG Journal*. – 2013. – Vol. 1, N 2. – P. 79-83.
281. Lohr M. Frequency of K-ras mutations in pancreatic intraductal neoplasias associated with pancreatic ductal adenocarcinoma and chronic pancreatitis: a metaanalysis / M. Lohr, G. Kloppel, P. Maisonneuve [et al.] // *Neoplasia*. – 2005. – Vol. 7. – P. 17-23.
282. Lohr M. J. United European Gastroenterology evidencebased guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis / M. J. Lohr, E. Dominguez-Munoz, J. Rosendahl [et al.] // *U. E. Gastroenterol. J*. – 2017. – № 5. – P. 153-199.
283. Machicado J. D. A population-based evaluation of the natural history of chronic pancreatitis / J. D. Machicado, S. T. Chari, L. Timmons, G. Tang, D. Yadav // *Pancreatology*. – 2018. – Vol. 18, № 1. – P. 39-45.
284. Machicado J. D. Epidemiology of recurrent acute and chronic pancreatitis: similarities and differences / J. D. Machicado, D. Yadav // *Dig Dis Sci*. – 2017. – № 62 (7). – P. 1683-1691.
285. Machicado J. D. Quality of life in chronic pancreatitis is determined by constant pain, disability/unemployment, current smoking, and associated comorbidities / J. D. Machicado, S. T. Amann, M. A. Anderson, J. Abberbock [et al.] // *Am. J. Gastroenterol*. – 2017. – Vol. 112 (4). – P. 633-642.
286. Maisonneuve P. Chronic pancreatitis and pancreatic cancer / P. Maisonneuve, A. Lowenfels // *Dig. Dis*. – 2002. – Vol. 20. – P. 32-37.
287. Meier J. J. Diabetes associated with pancreatic diseases / J. J. Meier, A. Giese // *Gastroenterol*. – 2015. – №31(5). – P. 400-406.
288. Midha S. Genetically determined chronic pancreatitis but not alcoholic pancreatitis is a strong risk factor for pancreatic cancer / S. Midha, V. Sreenivas, M. Kabra, T. K. Chattopadhyay, Y. K. Joshi, P. K. Garg // *Pancreas*. – 2016. – № 45(10). – P. 1478-1484.
289. Momi N. Discovering the route from inflammation to pancreatic cancer / N. Momi, S. Kaur, S. Krishn // *Minerva Gastroenterol. Dietol*. – 2012. – Vol. 58, N 4. – P. 283-297.
290. Muniraj T. Chronic pancreatitis, a comprehensive review and update. Part I: epidemiology, etiology, risk factors, genetics, pathophysiology and clinical features / T. Muniraj, H. R. Aslanian, J. Farrell, P. A. Jamidar // *Dis. Mon*. – 2014. – Vol. 60, № 12. – P. 530-550.

291. Nieb H. Chronic pancreatitis or pancreatic malignancy: Clinical and radiological differential diagnosis of pancreas head space-occupying mass / H. Nieb, M. Albertsmeier, M. Thomas [et al.] // *Chirurg.* – 2013. – Vol. 84, N 2. – P. 106-116
292. Nitsche C. Environmental risk factors for chronic pancreatitis and pancreatic cancer / C. Nitsche, P. Simon, F. Weiss [et al.] // *Dig. Dis.* – 2011. – Vol. 29, N 2. – P. 235-242.
293. Olesen S. Pharmacological pain management in chronic pancreatitis / S. Olesen, J. Juel, C. Graversen [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 19, № 42. – P. 7292-7301.
294. Omary M. The pancreatic stellate cell: a star on the rise in pancreatic diseases / M. Omary, A. Lugea, A. Lowe, S. Pandoi // *J. Clin. Invest.* – 2007. – № 117 (1). – P. 50-59.
295. Peterson S. J. Prevalence of Sarcopenia and Associated Outcomes in the clinical setting / S. J. Peterson, C. A. Braunschweig // *Nutr. Clin. Pract.* – 2016. – № 31(1). – P.40-48.
296. Rasmussen H. H. Nutrition in chronic pancreatitis / H. H. Rasmussen, D. Irtun, S. S. Olesen [et al.]. // *World J. Gastroenterol.* – 2013. – № 19. – P.7267-7275.
297. Samokhvalov A. V. Alcohol consumption as a risk factor for acute and chronic pancreatitis: a systematic review and a series of meta-analyses / A. V. Samokhvalov, J. Rehm, M. Roerecke // *EBioMedicine.* – 2015. – Vol. 2, № 12. – P. 1996-2002.
298. Sankaran S. J. Frequency of progression from acute to chronic pancreatitis and risk factors: a meta-analysis / S. J. Sankaran, A. Y. Xiao, L. M. Wu [et al.] // *Gastroenterology.* – 2015. – Vol. 149, № 6. – P. 1490-1500.
299. Shafqet M. Diabetes and the pancreatobiliary diseases / M. Shafqet, K. Sharzehi // *Curr treat options gastroenterol.* – 2017. – № 15 (4). – P. 508-519.
300. Sheel A. Alcohol excess and continued smoking are risk factors for progression from minimal change chronic pancreatitis to established chronic pancreatitis / A. Sheel, R. Baron, J. Ramesh [et al.] // *Pancreatology.* – 2018. – Vol. 18, № 4. – P. 103-104.
301. Takayuki A. Long-term Outcomes after Ftrey`s Procedure for Chronic Pancreatitis With an Inflammatory Mass of the Pancreatic Head with Special reference to Locoregional Complications / A. Takayuki, U. Eiji, M. Akira [et al.] // *J Nippon Med Sch.* – 2013. – № 80. – P. 148-154.
302. Testoni P. A. Acute and chronic pancreatitis / P. A. Testoni, A. Mariani, P. G. Arcidiacono // *Turin: Edizioni Minerva Medica, 2013.* – 193 p.
303. Vonlaufen A. Alcoholic pancreatitis: A tale of spirits and bacteria / A. Vonlaufen, L. Spahr, M. V. Apte // *World J. Gastrointest. Pathophysiol.* – 2014. – № 5(2) – P. 82-90.
304. Wassef W. Pancreatitis quality of life instrument: a psychometric evaluation / W. Wassef, J. DeWitt, K. Mc Greevy [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2016. Vol. 111, № 8. – P. 1177-1186.
305. Włochal M. Assessment of nutritional knowledge of patients with pancreatitis / M. Włochal, E. Swora-Cwynar, J. Karczewski, M. Grzymisławski // *Przegląd*

- Gastroenterologiczny. – 2015. – Vol. 10, № 4. – P. 229-233.
306. Yadav D. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer / D. Yadav, A. Lowenfels // *Gastroenterology*. – 2013. – Vol. 144, № 6. – P. 1252-1261.
307. Zuk K. Zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne w przewlekłym zapaleniu trzustki. Rekomendacje Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Klubu Trzustkowego / Zuk K., Czkwianianc E., Degowska M. [et al.] // *Przegląd Gastroenterol.* – 2011. – Vol. 6, № 6. – P. 339-352.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Огнєв В. А. Фактори ризику та їх роль у виникненні хронічного панкреатиту серед населення / В. А. Огнєв, П. О. Трегуб // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4/1 (46). – С. 16-20. *(Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

2. Огнєв В. А. Оцінка якості життя у хворих на хронічний панкреатит / В. А. Огнєв, П. О. Трегуб // Wiadomosci Lekarskie 2018, tom LXXI, nr 3 cz II.-С. 653-657. *(Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

3. Трегуб П. О. Організація медико-санітарної допомоги хворим на хронічний панкреатит та їх реабілітація / П. О. Трегуб // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2018. – № 2 (76). – С. 49-53. *(Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

4. Огнєв В. А. Захворюваність та поширеність хвороб підшлункової залози серед дорослого населення Харківської області / В. А. Огнєв, П. О. Трегуб // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 4/1 (53). – С.13-17. *(Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

5. Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О.Трегуб, В. А.Огнєв, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100. *(Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

Опубліковані праці апробаційного характеру:

6. Трегуб П. О. Основні фактори розвитку хронічного панкреатиту серед населення / П. О. Трегуб, В. Л. Трегуб // Історична спадщина та сучасні аспекти забезпечення громадського здоров'я в Україні: матеріали наук-практ. конф.; з нагоди 140-річчя від дня народження С. А. Томіліна (1877–1952), видатного соціал-гігієніста та демографа, завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту (м. Харків, 25 жовт. 2017 р.). – Харків, 2017. – С.91-92. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

7. Трегуб П. О. Вплив факторів ризику на виникнення хронічного панкреатиту серед населення / П. О.Трегуб, В. Л. Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2018 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2018. – С. 83–84. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

8. Трегуб П.О. Медико-соціальна допомога та реабілітація хворих на хронічний панкреатит / П. О.Трегуб, В. Л.Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2018 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2018. – С. 84–85. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

9. Трегуб П. О. Якість життя хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. Л. Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2018 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2018. – С. 85-86. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

10. Трегуб П. О. Вивчення якості життя хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб // Медицина ХХІ століття: матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю присвяченої 95-літньому ювілею Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, 23 листопада 2018 р. – Харків, 2018. – С. 16–17. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

11. Трегуб П. О. Медико-санітарна допомога та реабілітація хворих на хронічний панкреатит / П. О.Трегуб, В. Л.Трегуб // Громадське здоров'я в

Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 24 жовтня 2019 р. – Харків, 2019. – С. 71. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

12. Трегуб П. О. Медико-соціальні аспекти захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози в Харківській області / П. О.Трегуб, В. Л. Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 24 жовтня 2019 р. – Харків, 2019. – С. 33-34. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

13. Трегуб П. О. Основні положення оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. Л.Трегуб // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 24 жовтня 2019 р. – Харків, 2019. – С. 72. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

14. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 72898. Карта опитування «Анкета-опитувальник: для оцінки якості життя хворих на хронічний панкреатит (додатак до історії хвороби)». Дата реєстрації: 17.07.2017.

15. Огнєв В. А. Оптимізована модель медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит / В. А. Огнєв, П. О. Трегуб // Реєстр галузевих нововведень.– К.: – Укрмедпатентінформ, 2017.– Вип. 4. – № 599/4/17. – С. 533–534.

Додаток Б

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРЬКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАРТА ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Шановний пацієнте!

Дослідницька група запрошує Вас взяти участь в дослідженні стану здоров'я населення. Просимо Вас уважно прочитати кожне питання та свою відповідь вписати або обвести одну або кілька запропонованих відповідей. Постарайтесь згадати та описати об'єктивно, якщо серед запропонованих варіантів відповідей Вашої відповіді немає, то додатково її впишіть. В часі Ви не обмежені.

Отримані дані будуть використовуватися тільки в узагальненому вигляді.

Дата заповнення _____

Дата народження _____

Діагноз _____

| Код опитувальника | Індивідуальний № |
|-------------------|------------------|
| ОГ | |

Підпис дослідника _____

Блок 1 Загальна інформація

| | | |
|-----------|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. | Вкажіть Вашу стать | 1) чоловіча 2) жіноча |
| 2. | Скільки Вам повних років? (вказати). | ----- |

| | | |
|----|---|---|
| 3. | Ваша освіта: | 1) середня; 2) середня спеціальна; 3) вища технічна; 4) вища гуманітарна. |
| 4. | <p>Матеріальне становище сім'ї:</p> <p>А) середній місячний дохід на одного члена сім'ї:</p> <p>Б) яка частина сімейного бюджету витрачається на харчування:</p> <p>В) яка частина сімейного бюджету витрачається на оздоровлення (літній відпочинок, заняття в спортивних секціях, придбання спортивного інвентарю, і т.д.)</p> <p>Г) яка частина сімейного бюджету витрачається в даний час на лікування, організацію лікувального харчування, придбання вітамінних препаратів та ін.</p> | <p>1) менше 1200 грн; 2) 1200 – 2500 грн; 3) более 2500 грн.</p> <p>1) половина; 2) менше половини; 3) більше половини; 4) весь бюджет витрачається на харчування.</p> <p>1) менше 10%; 2) 10–20% сімейного бюджету; 3) більше 20% сімейного бюджету.</p> <p>1) половина; 2) менше половини; 3) більше половини.</p> |
| 5. | <p>Шкідливі звички:</p> <p>Б) батька;</p> <p>В) матері;</p> | <p>1) куріння; 2) вживання алкоголю; 3) вживання наркотиків.</p> <p>1) куріння; 2) вживання алкоголю; 3) вживання наркотиків.</p> |
| 6. | <p>Чи були до хвороби в родині стресові ситуації: так, ні (підкреслити).</p> <p>Якщо «так», то відзначте які?</p> | <p>1) смерть кого-либо из близких (отца, матери, бабушки, деда, другие _____), отметьте.</p> <p>2) розподіл сім'ї, інші ситуації _____ (відзначте).</p> |

| | | | | | | | | | | |
|----|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | порушенням обмінних процесів | | | | | | | | | |
| 5. | Жовчно-кам'яна хвороба | | | | | | | | | |
| 6. | Ожиріння | | | | | | | | | |
| 7. | Холецистит | | | | | | | | | |
| 8. | Виразкова хвороба | | | | | | | | | |

| | | |
|------------|--|---|
| 10. | Чи були у Вас до хвороби операції і травми? | 1) так; 2) ні. |
| 11. | Діагностували у Вас до моменту виникнення даної патології, які або вроджені вади розвитку системи травлення? | 1) так; 2) ні. |
| 12. | Чи відчуваєте Ви «страхи» через захворювання? | 1) так; 2) ні. |
| 13. | Який був Ваш характер до хвороби? | 1) врівноважений; 2) замкнутий; 3) дратівливий. |
| 14. | Яким став Ваш характер через хворобу? | 1) меланхолійний; 2) замкнутий; 3) дратівливий; 4) врівноважений. |
| 15. | Які захоплення у Вас були до хвороби? | 1) читання; 2) перегляд телепередач; 3) комп'ютерні ігри; 4) рукоділля; 5) спілкування та догляд за тв 6) заняття спортом; 7) не маю захоплень; 8) інші (назвіть). |
| 16. | Які захоплення у Вас в даний час? | 1) читання; 2) перегляд телепередач; 3) комп'ютерні ігри; 4) рукоділля; 5) спілкування та догляд за тв 6) заняття спортом; 7) не маю захоплень; 8) інші (назвіть). |
| 17. | Дотримувалися Ви режим дня до хвороби? | 1) так; 2) ні. |

| | | |
|-----|--|---|
| 18. | З якого часу починався у Вас нічний відпочинок до хвороби? | 1) с 21.00; 2) с 22.00; 3) після 22.00. |
| 19. | Яка була ефективність нічного відпочинку до хвороби? | 1) прокидався / прокидалася вранці бадьорий / бадьорою, в гарному настрої; 2) був / була млявою / млявою, насилу підіймався / піднімалася з ліжка. |
| 20. | Був потрібен Вам до хвороби додатковий відпочинок днем? | 1) так; 2) ні. |
| 21. | Який відпочинок Ви воліли до хвороби? | 1) активний (прогулянки, заняття спортом); 2) пасивний (сон, читання, перегляд телепередач та ін) |
| 22. | Чи займалися Ви до хвороби спортом? | 1) не займався / не займалася; 2) займався / займалася вдома зарядкою; 3) займався / займалася в спортивній секції. |
| 23. | Чи займаєтесь Ви в даний час спортом? | 1) не займаюся; 2) займаюся вдома зарядкою; 3) займаюся в спортивній секції. |
| 24. | Чи займалися Ви до хвороби активним фізичною працею? | 1) не займався / не займалася; 2) займався / займалася вдома; 3) займався / займалася на роботі. |
| 25. | Чи займаєтесь Ви в даний час фізичною працею? | 1) не займаюся; 2) займаюся вдома; 3) займаюся на роботі. |
| 26. | Як Ви проводили свою відпустку до хвороби? | 1) перебував / перебувала в місті; 2) відпочивав / відпочивала за містом; 3) відпочивав / відпочивала на морі. |
| 27. | Як Ви проводите свою відпустку зараз? | 1) перебуваю в місті; 2) відпочиваю за містом; 3) відпочиваю на морі. |

| | | |
|-----|--|---|
| 28. | Який режим харчування був у Вас до хвороби? | 1) не було режиму; 2) прийом їжі 3 рази в день; 3) прийом їжі 4 рази на день. |
| 29. | Якщо Ваш режим харчування змінився, то який режим зараз? | 1) немає режиму; 2) прийом їжі 3 рази в день; 3) прийом їжі 4 рази на день; |
| 30. | Скільки разів протягом дня Ви отримували гарячу їжу до хвороби? | 1) 1 раз; 2) 2 рази; 3) 3 рази; 4) 4 раз і більше. |
| 31. | Скільки разів протягом дня Ви отримуєте гарячу їжу після початку захворювання? | 1) 1 раз; 2) 2 рази; 3) 3 рази; 4) 4 раз і більше. |
| 32. | Яке у Вас було ставлення до їжі до хвороби? | 1) любив добре поїсти; 2) їв / їла помірно; 3) їв / їла мало. |
| 33. | Яке у Вас стало ставлення до їжі в даний час? | 1) люблю добре поїсти; 2) їм помірно; 3) їм мало. |
| 34. | Яка їжа переважала у Вашому раціоні до хвороби? | 1) жирна, м'ясна їжа; 2) овочева, рослинна 3) борошняна; 4) молочно - кисла; 5) солодка; 6) змішана. |
| 35. | Яка їжа переважає у Вашому раціоні в даний час? | 1) жирна, м'ясна їжа; 2) овочева, рослинна 3) борошняна; 4) молочно - кисла; 5) солодка; 6) змішана. |
| 36. | Чи маєте Ви зайву вагу або ожиріння | 1) так; 2) ні. |
| 37. | Чи маєте Ви шкідливі звички, якщо «так», то які? | 1) не маю; 2) куріння; 3) алкоголь; 4) інші (вказіть). |
| 38. | Якщо Ви палите, то як давно? | 1) до 5 років; 2) 5-10 років; 3) 11-15 років; 4) 16-20 років; 5) більше 20 років. |

| | | |
|-----|--|--|
| 39. | Яку кількість сигарет Ви випалюєте за день? | 1) до 5 сигарет в день; 2) 5-10 сигарет в день; 3) 11-15 сигарет в день; 4) 16-20 сигарет в день; 5) більше 20 сигарет в день. |
| 40. | Чи вживаєте Ви алкоголь, спиртні напої? | 1) так; 2) ні. |
| 41. | З якого віку Ви почали вживати спиртні напої? | 1) до 12 років; 2) 12-14 років; 3) 15-17 років; 4) після 17 років. |
| 42. | Як часто Ви вживаєте спиртні напої? | 1) кожен день; 2) приблизно 1 раз на тиждень; 3) 1-2 рази на місяць; 4) рідше 2 разів на місяць. |
| 43. | Чи характерне для Вас психічне навантаження, стреси | 1) так; 2) ні. |
| 44. | Чи страждаєте ви захворюваннями жовчного міхура? (жовчнокам'яна хвороба) | 1) так; 2) ні. |
| 45. | Чи страждаєте ви на такі захворювання: ентерит, виразка 12-палої кишки | 1) так; 2) ні. |
| 46. | Чи страждаєте ви на виразкову хворобу шлунка? | 1) так; 2) ні. |
| 47. | Чи вживали ви жирну їжу до захворювання? | 1) так; 2) ні. |
| 48. | Чи продовжуєте Ви вживати жирну їжу зараз? | 1) так; 2) ні. |
| 49. | Чи вживали ви гостру їжу до захворювання? | 1) так; 2) ні. |
| 50. | Чи продовжуєте Ви вживати гостру їжу зараз? | 1) так; 2) ні. |
| 51. | Чи вживали ви смажену їжу до захворювання? | 1) так; 2) ні. |
| 52. | Чи продовжуєте Ви вживати смажену їжу зараз? | 1) так; 2) ні. |
| 53. | Чи є у Вас вроджені аномалії підшлункової залози? | 1) так; 2) ні. |
| 54. | Чи хворієте Ви на такі захворювання як муковісцидоз або полікістоз? | 1) так; 2) ні. |

| | | |
|-----|---|-------------------|
| 55. | Чи є у Вас серцева або печінкова недостатність? | 1) так; 2) ні. |
| 56. | Чи хворієте Ви на таке захворювання як інфекційний паротит? | 1) так; 2) ні. |
| 57. | Чи хворієте Ви на ендокринні захворювання? | 1) так; 2) ні. |
| 58. | Чи хворієте Ви на паразитарні захворювання? | 1) так; 2) ні. |
| 59. | Чи приймали Ви токсичні лікарські препарати? | 1) так; 2) ні. |

Блок 2. Організація медичної допомоги

| | | |
|----|--|---|
| 1. | <p>За останні 12 міс., скільки візитів до наступних фахівців Ви зробили або лікарі до Вас або викликали швидку допомогу через прояви Вашого захворювання? (Вказати кількість разів):</p> <p>1. Дільничного терапевту (сімейного лікаря)</p> <p>2. лікаря хірурга поліклініки</p> <p>3. лікаря стаціонару</p> <p>4. лікаря швидкої допомоги</p> <p>5. лікаря гастроентеролога</p> <p>6. іншого фахівця (вказіть якого)</p> <p>.....</p> | <p>1.разів</p> <p>2.разів</p> <p>3.разів</p> <p>4.разів</p> <p>5.разів</p> <p>6.разів</p> |
| 2. | <p>За останні 12 міс., скільки візитів зробили Ви до наступних фахівців для планового контролю стосовно Вашого захворювання?</p> <p>1. Дільничного терапевту (сімейного лікаря)</p> <p>2. лікаря хірурга поліклініки</p> <p>3. лікаря стаціонару</p> <p>4. лікаря швидкої допомоги</p> <p>5. лікаря гастроентеролога</p> <p>6. іншого фахівця (вказіть якого)</p> <p>.....</p> | <p>1.разів</p> <p>2.разів</p> <p>3.разів</p> <p>4.разів</p> <p>5.разів</p> <p>6.разів</p> |
| 3. | Як часто Ви проходитье проф. огляди? | <p>1) не проходжу зовсім;</p> <p>2) 1 раз в рік;</p> <p>3) 2 рази на рік;</p> <p>4) інша відповідь (напишіть).....</p> |
| 4. | Лікар якої спеціальності першим | 1. Дільничний терапевт |

| | | |
|-----|---|--|
| | поставив Ваш діагноз? | (сімейний лікар) 2. лікар хірург поліклініки 3. лікар стаціонару 4. лікар швидкої допомоги 5. лікар гастроентеролог 6. інший фахівець (вказіть який) |
| 5. | Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку, з приводу Вашого захворювання? | 1. Так 2. Ні |
| 6. | У якого лікаря Ви перебуваєте на диспансерному обліку з приводу даного захворювання? | 1. Дільничний терапевт (сімейний лікар) 2. лікар хірург поліклініки 3. лікар стаціонару 4. лікар швидкої допомоги 5. лікар гастроентеролог 6. інший фахівець (вказіть який) |
| 7. | Чи є у Вас письмові рекомендації (план) про те, як Ви повинні стежити за станом свого здоров'я при даному захворюванні? | 1. Так 2. Ні |
| 8. | Хто розробив письмові рекомендації (план) про те, як Ви повинні стежити за станом свого здоров'я при даному захворюванні? | 1. Дільничний терапевт (сімейний лікар) 2. лікар хірург поліклініки 3. лікар стаціонару 4. лікар швидкої допомоги 5. лікар гастроентеролог 6. інший фахівець (вказіть який) |
| 9. | Чи виконуєте Ви план-рекомендації про те, як Ви повинні стежити за станом свого здоров'я при даному захворюванні? | 1. Так 2. Ні |
| 10. | Надавали Вам усні рекомендації (план) про те, як Ви повинні стежити за станом свого здоров'я при даному захворюванні? | 1. Так 2. Ні |

| | | |
|-----|---|--|
| 11. | Хто розробив усні рекомендації (план) про те, як Ви повинні стежити за станом свого здоров'я при даному захворюванні? | 1. Дільничний терапевт (сімейний лікар) 2. лікар хірург поліклініки 3. лікар стаціонару 4. лікар швидкої допомоги 5. лікар гастроентеролог 6. інший фахівець (вказіть який) |
| 12. | Чи виконуєте усні рекомендації про те, як Ви повинні стежити за станом свого здоров'я при даному захворюванні? | 1. Так 2. Ні |
| 13. | Як Ви вважаєте який прогноз стану Вашого здоров'я в зв'язку з наявністю даного захворювання? | 1. Позитивний 2. Негативний 3. Складно відповісти |
| 14. | Чи зверталися Ви в центр здоров'я з приводу Вашого захворювання? | 1. Так 2. Ні |
| 15. | Хто Вас направив в центр здоров'я? | 1. Дільничний терапевт (сімейний лікар) 2. лікар хірург поліклініки 3. лікар стаціонару 4. лікар швидкої допомоги 5. лікар гастроентеролог 6. інший фахівець (вказіть який) |
| 16. | Чи отримали ви допомогу в центрі здоров'я? | 1. Так 2. Ні |
| 17. | Чи виконуєте рекомендації отримані в центрі здоров'я? | 1. Так 2. Ні |
| 18. | Чи були ви спрямовані до лікаря гастроентеролога для встановлення Вашого діагнозу? | 1. Так 2. Ні |
| 19. | Як часто Ви проходите диспансеризацію за рік? | 1. Не проходжу 2. 1 раз 3. 2 рази 4. 3 рази |
| 20. | Скільки часу пройшло з моменту погіршення Вашого самопочуття до надходження в стаціонар? | 1.годин 2.днів |

| | | |
|-----|---|--|
| 21. | Яку допомогу довелося надавати Вам перед госпіталізацією? | 1) медичну допомогу в домашніх умовах силами родичів; 2) медичну допомогу надавали лікарі швидкої допомоги; 3) медичну допомогу надавала медсестра за місцем Вашої роботи; 4) медична допомога надавалася в стаціонарі; 5) інші варіанти (назвіть) |
| 22. | Чи вмієте ви самостійно попереджати загострення захворювання? | 1. Так 2. Ні |
| 23. | Чи є письмовий план (рекомендації) Вашого лікаря з прийому ліків в період загострення захворювання? | 1. Так 2. Ні |
| 24. | Чи було «під рукою» рекомендований лікарем ліки для зменшення симптомів захворювання? | 1. Так 2. Ні |
| 25. | Після початку загострення Ви застосовували ліки? | 1. Так, застосовував але поліпшення не наступило; 2. Ні не застосовував, тому що з собою не було; 3. Ні не застосовував, тому що ліки відсутня в аптеках; 4. Ні не брав, тому що ліки не придбано; 5. інша відповідь |
| 26. | Коли Ви вирішили звернутися до лікаря (або викликати) після початку загострення? | 1. Як тільки почалося загострення 2. Після відсутності поліпшення від прийнятого ліки |
| 27. | В який час доби Ви відчули погіршення свого здоров'я, що призвів Вас до госпіталізації? | 1. вранці; 2. в день; 3. ввечері; 4. вночі |
| 28. | Де почався останній напад, який призвів Вас до госпіталізації? | 1. вдома 2 на роботі 3. на вулиці 4. в іншому місті |
| 29. | Що спровокувало Ваш останній напад, який призвів Вас до госпіталізації? | |

| | | |
|-----|--|--|
| 30. | Чи були Ви госпіталізовані машиною швидкої допомоги при даній госпіталізації? | 1. Так 2. Ні |
| 31. | Через скільки часу приїхав лікар швидкої допомоги з моменту виклику? | 1. 10-30 хвилин 2. 30-60 хвилин 3. більше години |
| 32. | Надавав Вам лікар швидкої допомоги першу допомогу? | 1. Так 2. Ні |
| 33. | Чи стало Вам легше після надання допомоги лікарем швидкої допомоги? | 1. Так 2. Ні |
| 34. | Чи були у лікаря швидкої допомоги всі необхідні препарати для стабілізації Вашого стану? | 1. Так 2. Ні 3. Не знаю |
| 35. | Після надання допомоги лікарем швидкої допомоги Ви | 1. залишилися вдома; 2. залишилися на роботі 3. госпіталізовані в стаціонар 4. направлені в поліклініку; 5. інша відповідь |
| 36. | Під час останньої госпіталізації Ви поступили в стаціонар: | 1. за направленням дільничного лікаря; 2. за направленням лікаря - гастроентеролога; 3. без направлення лікаря, машиною швидкої допомоги; 4. без направлення лікаря, своїм транспортом. |
| 37. | Скільки часу пройшло з моменту виклику лікаря до потрапляння в стаціонар? | 1. до 6 годин; 2. 6-24 години; 3. більше 24 годин |
| 38. | Причина Вашої останньої госпіталізації: | 1. планова; 2. екстрена (погіршення стану); |
| 39. | За останні 12 міс., скільки разів Ви були госпіталізовані до стаціонару через це захворювання? | 1. Жодного разу 2. 1 раз 3. 2 рази 4. 3 рази та > |

| | | |
|-----|--|--|
| 40. | За допомогою якого методу дослідження було встановлено Ваш діагноз? | 1. дуоденальне зондування; 2. комп'ютерна томографія; 3. рентгенологічний метод; 4. ехографія; 6. клінічно; 7. інший метод (напишіть). _____ |
| 41. | Чи були у Вас стану, які загрожували життю? | 1. Так 2. Ні |
| 42. | Скільки разів у Вас були стану які загрожували життю? | _____ раз(ів) |
| 43. | Чи були Ви прооперовані при даній госпіталізації? | 1. Так 2. Ні |
| 44. | Кому з лікарів Ви довіряєте лікування даного захворювання? | 1. Дільничний терапевт (сімейний лікар) 2. лікар хірург поліклініки 3. лікар стаціонару 4. лікар швидкої допомоги 5. лікар гастроентеролог 6. інший фахівець (вказіть який) |
| 45. | Чи довіряєте Ви свого лікаря, який Вас спостерігає? | 1. так, повністю; 2. так, частково; 3. ні. |
| 46. | Чи задоволені Ви допомогою лікарів на дому? | 1.-повністю; 2. частково; 3. незадоволені. |
| 47. | Чи задоволені Ви допомогою лікаря приймального відділення лікарні? | 1. повністю; 2. частково; 3. незадоволені. |
| 48. | Чи задоволені Ви допомогою лікаря стаціонару лікарні? | 1. повністю; 2. частково; 3. незадоволені. |
| 49. | Оцініть (за десятибальною шкалою) свою задоволеність якістю роботи лікарів: 1. Дільничний терапевт (сімейний лікар) 2. лікар хірург поліклініки 3. лікар стаціонару 4. лікар швидкої допомоги 5. лікар гастроентеролог 6. Інші фахівець (вказіть який) | 1 2 3 4 5 6. |

| | | |
|-----|---|--|
| 50. | Що на Ваш погляд, послужило причиною розвитку Вашого захворювання? | 1. Шкідливі звички 2. Спадковість 3. Захворювання органів шлунково-кишкового тракту 4. Перенесені інфекційні захворювання органів травлення 5. Лікарські препарати 6. Недотримання дієти 7. Інша причина |
| 51. | Оцініть по 10-ти бальною шкалою свою задоволеність організацією діагностичного процесу. | _____ |
| 52. | Оцініть по 10-ти бальною шкалою свою задоволеність організацією лікувального процесу. | _____ |
| 53. | Оцініть по 10-ти бальною шкалою свою задоволеність санітарно-побутовими умовами перебування в стаціонарі: | _____ |
| 54. | За останні 12 місяців Вам рекомендували звернутися до психолога з приводу Вашого захворювання? | 1. Так 2. Ні |
| 55. | Чи зверталися Ви до психолога з приводу Вашого захворювання за останні 12 місяців? | 1. Так 2. Ні |
| 56. | Чи стало Вам легше після спілкування зі психологом? | 1. Так 2. Ні |
| 57. | Чи хотіли Ви якщо була б така можливість зустрітися з людьми з аналогічною патологією і обговорювати її разом з психологом? | 1. Так 2. Ні |
| 58. | Чи зверталися Ви до дієтолога з приводу Вашого захворювання за останні 12 місяців? | 1. Так 2. Ні |
| 59. | Чи стало Вам легше після звернення до дієтолога? | 1. Так 2. Ні |
| 60. | Рекомендували Вам оздоровитися в санаторії? | 1. Так 2. Ні |
| 61. | Чи проходили Ви реабілітацію в санаторії? | 1. так, проходив(ла) 2. ні, не проходив(ла) |

| | | |
|-----|---|---|
| 62. | Скільки днів тривало санаторно-курортне лікування? | 1. 10-20 2. 21-30 3. 31-40 |
| 63. | На якому курорті проходило санаторно-курортне лікування? | 1. Курорти Закарпаття 2. Моршин 3. Березівські мінеральні води 4. Інші |
| 64. | Чи принесло полегшення лікування санаторно-курортне лікування? | 1. Так 2. Ні |
| 65. | Чи дотримуєтеся дієти (стол№ 5)? | 1. Так 2. Ні |
| 66. | Чи п'єте Ви рекомендовану мінеральну воду? | 1. Так 2. Ні |
| 67. | Дегазуєте Ви мінеральну воду перед вживанням? | 1. Так 2. Ні |
| 68. | Чи робите Ви ранкову гімнастику або лікувальну фізкультуру? | 1. Так 2. Ні |
| 69. | Чи використовувалися фізіотерапевтичні методи (УВЧ, індуктотермія, і т.д.) | 1. Так 2. Ні |
| 70. | Чи є у Вас якісь лікарські препарати в домашній аптечці, які потрібно приймати при загостренні Вашого захворювання? | 1. Так 2. Ні |
| 71. | Чи є у Вас постійно з собою ферментні препарати для поліпшення перетравлювання їжі? | 1. Так 2. Ні |
| 72. | Якщо у Вас немає постійно з собою ферментних препаратів для поліпшення перетравлювання їжі вкажіть причину: | 1. ніхто не рекомендував 2. немає коштів для придбання 3. не знали про існування таких препаратів 4. інша (вкажіть) |
| 73. | Чи знаєте Ви, що може трапитися, якщо Ви припините отримувати лікування і дотримуватися дієти? | 1. дуже добре знаю; 2. частково знаю; 3. не знаю. |
| 74. | Вкажіть всі необхідні лікарські препарати Ваше матеріальне становище дозволяє придбати для лікування Вашого захворювання? | 1. Так 2. Ні |
| 75. | Вкажіть, які матеріальні витрати несе | |

| | | |
|------------|---|---|
| | Ваша сім'я в зв'язку з лікуванням Вашого захворювання? (Частка сімейного бюджету в%). | |
| 76. | Вкажіть яку частку необхідних препаратів Ви можете придбати для лікування Вашого захворювання? | 1. 30% и менше 2. 31-50% 3. 50-75% 4. 76-100% |
| 77. | Чи знаєте Ви, коли і як приймати лікарські препарати при Вашому захворюванні? | 1. Не знаю 2. Частково 3. Повністю |
| 78. | Чи знаєте Ви, який побічний ефект може бути при лікуванні Вашого захворювання лікарськими препаратами? | 1. Не знаю 2. Частково 3. Повністю |
| 79. | Чи знаєте Ви, що може трапитися, якщо Ви не будете регулярно приймати лікарські засоби для лікування Вашого захворювання? | 1. Не знаю 2. Частково 3. Повністю |
| 80. | Чи знаєте Ви механізм дії ліків, що приймаються на організм під час лікування Вашого захворювання? | 1. Не знаю 2. Частково 3. Повністю |
| 81. | Чи знаєте Ви, які методи лікування існують в лікуванні Вашого захворювання? | 1. Не знаю 2. Частково 3. Повністю |
| 82. | Чи знаєте Ви, що Ваше захворювання вимагає щоденної дієти? | 1. Так 2. Ні |
| 83. | Чи знаєте Ви як правильно організувати харчування при Вашому захворюванні? | 1. Ні 2. Частково 3. Повністю |
| 84. | З яких джерел Ви отримуєте інформацію про лікарські препарати для лікування Вашого захворювання? | 1. Телебачення 2. Інтернет 3. Газети 4. Журнали 5. З бесід з лікарем 6. Інше джерело |

Додаток В

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРЬКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАРТА ОПИТУВАННЯ РЕСПОНДЕНТІВ КОНТРОЛЬНОЇ ГРУПИ

Шановний респонденте!

Дослідницька група запрошує Вас взяти участь в дослідженні стану здоров'я населення. Просимо Вас уважно прочитати кожне питання та свою відповідь вписати або обвести одну або кілька запропонованих відповідей. Постарайтесь згадати та описати об'єктивно, якщо серед запропонованих варіантів відповідей Вашої відповіді немає, то додатково її впишіть. В часі Ви не обмежені.

Отримані дані будуть використовуватися тільки в узагальненому вигляді.

Дата заповнення _____

Дата народження _____

| Код опитувальника | Індивідуальний № |
|-------------------|------------------|
| КГ | |

Підпис дослідника _____

Блок 1 Загальна інформація

| | | |
|-----------|---|---------------------------------------|
| 1. | Вкажіть Вашу стать | 1) чоловіча 2) жіноча |
| 2. | Скільки Вам повних років? (вказати). | ----- |
| 3. | Ваша освіта: | 1) середня; 2) середня спеціальна; |

| | | | | | | | | | | |
|-----|--|------|--------|------|--------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------|
| 10. | Захворювання 12-ти палої кишки | | | | | | | | | |
| 11. | Гормональні порушення | | | | | | | | | |
| 12. | Захворювання з порушенням обмінних процесів | | | | | | | | | |
| 13. | Жовчно-кам'яна хвороба | | | | | | | | | |
| 14. | Ожиріння | | | | | | | | | |
| 15. | Холецистит | | | | | | | | | |
| 16. | Виразкова хвороба | | | | | | | | | |
| 11 | Якщо хто-небудь з родичів помер, то вкажіть причину смерті: (відмітити позначкою "V" або "+") | | | | | | | | | |
| № | Захворювання | Маги | Батько | Брат | Сестра | Бабуся по лінії матері | Дідусь по лінії матері | Бабуся по лінії батька | Дідусь по лінії батька | Інші |
| 9. | Панкреатит | | | | | | | | | |
| 10. | Захворювання 12-ти палої кишки | | | | | | | | | |
| 11. | Гормональні порушення | | | | | | | | | |
| 12. | Захворювання з порушенням обмінних процесів | | | | | | | | | |
| 13. | Жовчно-кам'яна хвороба | | | | | | | | | |
| 14. | Ожиріння | | | | | | | | | |
| 15. | Холецистит | | | | | | | | | |
| 16. | Виразкова хвороба | | | | | | | | | |

| | | |
|----|--|---|
| 7. | Чи були у Вас коли-небудь операції і травми органів брюшної порожнини? | 1) так; 2) ні. |
| 8. | Діагностували у Вас вроджені вади розвитку системи травлення? | 1) так; 2) ні. |
| 9. | Який у Вас характер? | 1) меланхолійний; 2) замкнутий; 3) дратівливий; |

| | | |
|-----|---|--|
| | | 4) врівноважений. |
| 10. | Які захоплення у Вас в даний час? | 1) читання; 2) перегляд телепередач; 3) комп'ютерні ігри; 4) рукоділля; 5) спілкування та догляд за тваринами; 6) заняття спортом; 7) не маю захоплень; 8) інші (назвіть). <hr/> |
| 11. | Дотримуєтесь Ви режиму дня? | 1) так; 2) ні. |
| 12. | З якого часу починається у Вас нічний відпочинок? | 1) с 21.00; 2) с 22.00; 3) після 22.00. |
| 13. | Яка ефективність нічного відпочинку? | 1) прокидаюсь вранці бадьорим / бадьорою, в гарному настрої; 2) прокидаюсь млявим / млявою, насилу підіймаюсь з ліжка. |
| 14. | Чи потрібний Вам днівний додатковий відпочинок? | 1) так; 2) ні. |
| 15. | Який відпочинок Вам до вподоби? | 1) активний (прогулянки, заняття спортом); 2) пасивний (сон, читання, перегляд телепередач та ін) |
| 16. | Чи займаєтесь Ви в даний час спортом? | 1) не займаюся; 2) займаюся вдома зарядкою; 3) займаюся в спортивній секції. |
| 17. | Чи займаєтесь Ви в даний час фізичною працею? | 1) не займаюся; 2) займаюся вдома; 3) займаюся на роботі. |
| 18. | Як Ви проводите свою відпустку? | 1) перебуваю в місті; 2) відпочиваю за містом; 3) відпочиваю на морі. |

| | | |
|------------|--|--|
| 19. | Якщо Ваш режим харчування? | 1) немає режиму; 2) прийом їжі 3 рази в день; 3) прийом їжі 4 рази на день; |
| 20. | Скільки разів протягом дня Ви отримуєте гарячу їжу після початку захворювання? | 1) 1 раз; 2) 2 рази; 3) 3 рази; 4) 4 раз і більше. |
| 21. | Яке у Вас стало ставлення до їжі в даний час? | 1) люблю добре поїсти; 2) їм помірно; 3) їм мало. |
| 22. | Яка їжа переважає у Вашому раціоні в даний час? | 1) жирна, м'ясна їжа; 2) овочева, рослинна 3) борошняна; 4) молочно - кисла; 5) солодка; 6) змішана. |
| 23. | Чи маєте Ви зайву вагу або ожиріння | 1) так; 2) ні. |
| 24. | Чи маєте Ви шкідливі звички? | 1) так; 2) ні. |
| 25. | Якщо Ви маєте шкідливі звички, то які? | 1) куріння; 2) алкоголь; 3) інші (вказіть). |
| 26. | Якщо Ви палите, то як давно? | 1) до 5 років; 2) 5-10 років; 3) 11-15 років; 4) 16-20 років; 5) більше 20 років. |
| 27. | Яку кількість сигарет Ви випалюєте за день? | 1) до 5 сигарет в день; 2) 5-10 сигарет в день; 3) 11-15 сигарет в день; 4) 16-20 сигарет в день; 5) більше 20 сигарет в день. |
| 28. | Чи вживаєте Ви алкоголь, спиртні напої? | 1) так; 2) ні. |
| 29. | З якого віку Ви почали вживати спиртні напої? | 1) до 12 років; 2) 12-14 років; 3) 15-17 років; 4) після 17 років. |

| | | |
|------------|--|---|
| 30. | Як часто Ви вживаєте спиртні напої? | 1) кожен день; 2) приблизно 1 раз на тиждень; 3) 1-2 рази на місяць; 4) рідше 2 разів на місяць. |
| 31. | Чи характерне для Вас психічне навантаження, стреси | 1) так; 2) ні. |
| 32. | Чи страждаєте ви захворюваннями жовчного міхура? (жовчнокам'яна хвороба) | 1) так; 2) ні. |
| 33. | Чи вживаєте Ви жирну їжу? | 1) так; 2) ні. |
| 34. | Чи вживаєте Ви гостру їжу? | 1) так; 2) ні. |
| 35. | Чи вживаєте Ви смажену їжу? | 1) так; 2) ні. |
| 36. | Чи є у Вас вроджені аномалії підшлункової залози? | 1) так; 2) ні. |
| 37. | Чи хворієте Ви на такі захворювання як муковісцидоз або полікістоз? | 1) так; 2) ні. |
| 38. | Чи є у Вас серцева або печінкова недостатність? | 1) так; 2) ні. |
| 39. | Чи хворієте Ви на таке захворювання як інфекційний паротит? | 1) так; 2) ні. |
| 40. | Чи хворієте Ви на такі захворювання: ентерит, виразка 12-палої кишки, шлунку | 1) так; 2) ні. |
| 41. | Чи хворієте Ви на ендокринні захворювання? | 1) так; 2) ні. |
| 42. | Чи хворієте Ви на паразитарні захворювання? | 1) так; 2) ні. |
| 43. | Чи приймали Ви токсичні лікарські препарати? | 1) так; 2) ні. |

Додаток Г

**РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ТА РЕСПОНДЕНТІВ КОНТРОЛЬНОЇ
ГРУПИ.**

| № | Запитання | Градації | Основна група (300) | | Контрольна група (200) | |
|----|---|----------|---------------------|------|------------------------|------|
| | | | АБС | % | АБС | % |
| 1. | Переважання в раціоні м'ясої жирної гострої жареної їжі | Так | 205 | 68,6 | 66 | 33,3 |
| | | Ні | 94 | 31,4 | 132 | 66,7 |
| 2. | Хронічне вживання алкоголю | Так | 193 | 65,0 | 62 | 31,2 |
| | | Ні | 104 | 35,0 | 137 | 68,8 |
| 3. | Захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба) | Так | 164 | 55,0 | 43 | 22,2 |
| | | Ні | 134 | 45,0 | 151 | 77,8 |
| 4. | Наявність травм в області живота | Так | 129 | 43,0 | 29 | 14,8 |
| | | Ні | 171 | 57,0 | 167 | 85,2 |
| 5. | Тютюнопаління | Так | 183 | 61,2 | 62 | 31,5 |
| | | Ні | 116 | 38,8 | 135 | 68,5 |

| | | | | | | |
|-----|--|-----|-----|------|-----|------|
| 6. | Психоемоційне напруження | Так | 213 | 72 | 84 | 42,6 |
| | | Ні | 83 | 28 | 113 | 57,4 |
| 7. | Наявність захворювань: ентериту, виразкової хвороби 12-палої кишки, шлунку | Так | 89 | 30,5 | 16 | 8,1 |
| | | Ні | 203 | 69,5 | 181 | 91,9 |
| 8. | Неповноцінний нічний відпочинок | Так | 177 | 60,0 | 66 | 33,3 |
| | | Ні | 118 | 40,0 | 132 | 66,7 |
| 9. | Наявність паразитарних захворювань | Так | 74 | 25,3 | 11 | 5,6 |
| | | Ні | 219 | 74,7 | 185 | 94,4 |
| 10. | Вроджені аномалії підшлункової залози | Так | 65 | 21,7 | 8 | 4,1 |
| | | Ні | 234 | 78,3 | 188 | 95,9 |
| 11. | Порушення режиму харчування | Так | 162 | 54,0 | 57 | 29,2 |
| | | Ні | 138 | 46,0 | 138 | 70,8 |
| 12. | Надмірні фізичні навантаження | Так | 132 | 44,3 | 138 | 69,3 |
| | | Ні | 166 | 55,7 | 61 | 30,7 |
| 13. | Схильність до переїдання | Так | 165 | 55,7 | 61 | 30,8 |
| | | Ні | 131 | 44,3 | 137 | 69,2 |
| 14. | Спадкова схильність | Так | 172 | 57,3 | 67 | 33,5 |
| | | Ні | 128 | 42,7 | 133 | 66,5 |
| 15. | Генетичні мутації, | Так | 52 | 17,7 | 5 | 2,6 |

| | | | | | | |
|-----|---|-----|-----|------|-----|------|
| | такі як муковісцидоз, полікістоз | Ні | 241 | 82,3 | 184 | 97,4 |
| 16. | Прийом токсичних лікарських препаратів | Так | 89 | 30,2 | 20 | 10,1 |
| | | Ні | 206 | 69,8 | 178 | 89,9 |
| 17. | Наявність серцево-судинної або печінкової недостатності | Так | 74 | 25,1 | 16 | 8,2 |
| | | Ні | 221 | 74,9 | 178 | 91,8 |
| 18. | Наявність ендокринних захворювань | Так | 64 | 21,5 | 14 | 7,3 |
| | | Ні | 233 | 78,5 | 179 | 92,7 |
| 19. | Смерть близьких родичів | Так | 217 | 73,3 | 105 | 55,0 |
| | | Ні | 79 | 26,7 | 86 | 45,0 |
| 20. | Перенесені або наявність інфекційних захворювань | Так | 62 | 20,9 | 17 | 8,8 |
| | | Ні | 235 | 79,1 | 177 | 91,2 |
| 21. | Великі перерви між прийомами їжі | Так | 171 | 58,0 | 83 | 41,9 |
| | | Ні | 124 | 42,0 | 115 | 58,1 |
| 22. | Наявність зайвої ваги або ожиріння | Так | 169 | 57,3 | 86 | 43,2 |
| | | Ні | 126 | 42,7 | 113 | 56,8 |
| 23. | Низький дохід на 1-го члена сім'ї | Так | 187 | 63,4 | 91 | 47,2 |
| | | Ні | 108 | 36,6 | 102 | 52,8 |

| | | | | | | |
|-----|--|-----|-----|------|-----|------|
| 24. | Відсутність активного відпочинку | Так | 151 | 51,0 | 131 | 66,5 |
| | | Ні | 145 | 49,0 | 66 | 33,5 |
| 25. | Відсутність вищої освіти | Так | 137 | 46,1 | 63 | 32,1 |
| | | Ні | 160 | 53,9 | 133 | 67,9 |
| 26. | Неврівноваженість характеру | Так | 192 | 64,4 | 101 | 51,5 |
| | | Ні | 106 | 35,6 | 95 | 48,5 |

Додаток Г

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРЬКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАРТА З ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТА, ХВОРОГО НА
ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Шановний пацієнте!

Дослідницька група запрошує Вас взяти участь в дослідженні стану здоров'я населення. Просимо Вас уважно прочитати кожне питання та свою відповідь вписати або обвести одну або кілька запропонованих відповідей. Постарайтесь згадати та описати об'єктивно, якщо серед запропонованих варіантів відповідей Вашої відповіді немає, то додатково її впишіть. В часі Ви не обмежені.

Отримані дані будуть використовуватися тільки в узагальненому вигляді.

Дата заповнення _____

Дата народження _____

Діагноз _____

Блок 1

З дій, пропонованих Вам, виділіть 5 найбільш значущих, які обмежують Ваше повсякденне життя протягом останнього року:

1. Заняття спортом.
2. Участь в рухливих іграх.
3. Можливість їсти будь-які продукти
4. Можливість їсти будь-яку кількість їжі.
5. Можливість їсти солодощі.
6. Планування дозвілля.

7. Спілкування з однолітками.
8. Вибір хобі.
9. Вибір професії.
10. Можливість утримувати вдома домашніх тварин.
11. Фізична праця на дачі.
12. Тривалі походи, туризм.
13. Прибирання в кімнаті.
14. Заняття в художній самодіяльності.
15. Дотримання постів.
16. Участь в релігійних святах та обрядах.

I. Виділені Вами 5 дій впишіть в таблицю:

| № | Дія, у виконанні якої Ви обмежені (обрані 5 дій) | Якою мірою Ви обмежені Вашою хворобою у виконанні цієї дії. |
|----|--|--|
| 1. | ----- | 1. Повне обмеження. 2. Велике обмеження. 3. Помірне обмеження. 4. Незначне обмеження. 5. Немає обмежень. |
| 2. | ----- | 1. Повне обмеження. 2. Велике обмеження. 3. Помірне обмеження. 4. Незначне обмеження. 5. Немає обмежень. |
| 3. | ----- | 1. Повне обмеження. 2. Велике обмеження. 3. Помірне обмеження. 4. Незначне обмеження. 5. Немає обмежень. |
| 4. | ----- | 1. Повне обмеження. 2. Велике обмеження. 3. Помірне обмеження. 4. Незначне обмеження. 5. Немає обмежень. |
| 5. | ----- | 1. Повне обмеження. 2. Велике обмеження. 3. Помірне обмеження. 4. Незначне обмеження. 5. Немає обмежень. |

Блок 2

II. Виберіть варіанти відповідей на наступні питання:

| № | Питання | Варіанти відповідей |
|----|---|---|
| 1. | Наскільки Ви обмежені в зв'язку з хворобою в виконанні звичайної повсякденної фізичної роботи вдома або на дачній ділянці протягом останнього року? | 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 2. | Як у зв'язку з хворобою Ви обмежені в заняттях фізичною культурою і спортом протягом останнього року? | 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 3. | Як часто Ви в зв'язку з хворобою потребуєте у відпочинку протягом дня протягом останнього року? | 1. Постійно потребуєте – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Ні – 0 балів. |
| 4. | Як Ваш фізичний стан протягом останнього року в зв'язку з хворобою обмежує Вас в проведенні часу з сім'єю, друзями, сусідами або в колективі? | 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 5. | Як Ваше захворювання обмежує Вашу рухливість протягом останнього року? | 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 6. | Як часто Вас турбує швидка стомлюваність в зв'язку з хворобою протягом останнього року? | 1. Постійно турбує – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Ні – 0 балів. |
| 7. | Як часто Ви відчуваєте загальну слабкість в зв'язку з хворобою протягом останнього року? | 1. Постійно відчуваю – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Ні – 0 балів. |

| | | |
|-----|--|---|
| 8. | Як часто у Вас бувають проблеми зі сном у зв'язку з хворобою протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Ні – 0 балів. |
| 9. | Як часто у Вас бувають періоди поганого настрою у зв'язку з хворобою протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Ні – 0 балів. |
| 10. | Як часто Ви відчуваєте почуття заздрості до людей, які не мають даної патології протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно відчуваю – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Ні – 0 балів. |
| 11. | Як часто родичі виявляють до Вас свою увагу в зв'язку з хворобою протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно уважні – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Ні – 0 балів. |
| 12. | Як часто Ви проявляєте увагу до своїх близьких у зв'язку з хворобою протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно уважні – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Ні – 0 балів. |
| 13. | Як часто Вас охоплює занепокоєння, що Ви хворі на протязі останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно турбуюся – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Ні – 0 балів. |
| 14. | Як часто Ви відчуваєте страх за своє здоров'я в зв'язку з хворобою в майбутньому протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно відчуваю – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Ні – 0 балів. |
| 15. | Якою мірою Ви відчуваєте обмеження в процесах запам'ятовування, мислення, кмітливості у зв'язку з хворобою протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |

| | | |
|-----|---|---|
| 16 | Як часто Вас турбує те, що Ваше захворювання - це захворювання, на лікування якого потрібні певні фінансові витрати протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно турбує – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Не турбує – 0 балів. |
| 17 | Як Ваше емоційний стан протягом останнього року обмежує Вас в зв'язку з хворобою в проведенні часу з сім'єю, друзями, сусідами або в колективі? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 18. | Якою мірою в зв'язку з хворобою Ви змушені обмежувати себе в кількості споживаної їжі протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 19. | Якою мірою Ви в зв'язку з хворобою змушені обмежувати себе в розмаїтті кулінарних страв протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 20. | Як Ви дотримуетесь режим дня і режим харчування в зв'язку з хворобою протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно дотримуюся – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Не дотримуюся – 0 балів. |
| 21. | Як Ваше захворювання обмежує Вас протягом останнього року в прийнятті жирної їжі? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 22. | Як Ваше захворювання обмежує Вас протягом останнього року в прийнятті гострої їжі? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 23. | Як Ваше захворювання обмежує Вас протягом останнього року в прийнятті смаженої їжі? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |

| | | |
|-----|---|---|
| 24. | Наскільки Ви в зв'язку з хворобою обмежені у виборі хобі (улюбленого заняття) протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 25. | На скільки Вас обмежує в своєму повсякденному житті необхідність приймати ліки в зв'язку з хворобою протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 26. | Наскільки Вас обмежує в спілкуванні Ваше захворювання протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 27. | Як часто Ви при плануванні дозвілля змушені орієнтуватися на свій стан (самопочуття) в зв'язку з хворобою протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Не звертаю уваги на своє самопочуття – 0 балів. |
| 28. | Як часто Ви берете активну участь у громадському житті в зв'язку з хворобою протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно беру участь – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Не беру – 0 балів. |
| 29. | Як часто Ви цікавитесь життям інших людей з даною патологією протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Постійно цікавлюся – 4 бали. 2. Істотну частину часу – 3 бали. 3. Половину часу – 2 бали. 4. Невеликий проміжок часу – 1 бал. 5. Не цікавлюся – 0 балів. |
| 30. | Наскільки Ваше захворювання обмежує Ваші відвідування громадських заходів протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 31. | Наскільки Ваше захворювання обмежує Ваші відвідування театрів, концертів протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |

| | | |
|-----|--|---|
| 32. | Як Ви обмежені своєю хворобою в дотриманні релігійних постів протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 33. | Чи обмежує Вас біль або дискомфорт у верхній частині живота або під ложечкою протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 34. | Чи обмежує Вас печія протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 35. | Чи обмежує Вас кислотний рефлюкс (відчуття відрижки невеликих кількостей кислоти або затікання кислої або гіркої рідини зі шлунка в горло) протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 36. | Обмежують чи Вас голодні болі (відчуття порожнечі в шлунку, пов'язане з потребою перекусити між прийомами їжі) в животі протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 37. | Обмежують чи Вас напади нудоти протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 38. | Чи обмежує Вас бурчання в животі (неприємні звуки в животі) протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 39. | Чи обмежує Вас здуття живота (відчуття газів або повітря в животі) протягом останнього року? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 40. | Чи обмежує Вас відрижка (вихід повітря з шлунка через | <ol style="list-style-type: none"> 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. |

| | | |
|-----|---|---|
| | рот) протягом останнього року? | 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 41. | Чи обмежує Вас метеоризм (звільнення кишечника від повітря або газів) протягом останнього року? | 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 42. | Чи обмежує Вас запор протягом останнього року? | 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 43. | Чи обмежують Вас часті рідкі випорожнення протягом останнього року? | 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 44. | Чи обмежує Вас раптова потреба спорожнити кишечник протягом останнього року? | 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |
| 45. | Чи обмежує Вас відчуття в повному обсязі спорожнення кишечника при відвідуванні туалету протягом останнього року? | 1. Повне обмеження – 4 бали. 2. Велике обмеження – 3 бали. 3. Помірне обмеження – 2 бали. 4. Незначне обмеження – 1 бал. 5. Немає обмежень – 0 балів. |

Додаток Д

Харківський національний медичний університет
 Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я
 Експертне заключення на оптимізовану модель реабілітації хворих на
 хронічний панкреатит, що розроблена у дисертаційній роботі аспіранта
 кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського
 національного медичного університету **Трегубом Павлом Олеговичем**
 на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 222
 «Медицина», спеціалізація «Соціальна медицина» за темою «Медико-соціальне
 обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний
 панкреатит».

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка свою думку щодо оптимізованої моделі реабілітації
 хворих на хронічний панкреатит. Дякуємо за співпрацю!

Прізвище, ініціали експерта _____ Вік _____

Місце
 роботи _____

Посада _____

Стаж роботи в медицині _____, в т.ч. по теперішній спеціальності _____

Кваліфікаційна
 категорія _____

Науковий ступінь _____

Вчене
 звання _____

1) В кожній клітинці рейтингової таблиці проранжуйте рівень досягнення
 завдань по кожному із елементів системи. Використовуйте шкалу від 1 до 10.
 Високий рівень отримує високий бал.

| <i>Параметри оцінки</i> | <i>Оптимізована модель реабілітації хворих на хронічний панкреатит</i> |
|---|--|
| Профілактична спрямованість | |
| Економічна доцільність | |
| Відповідність сучасному міжнародному досвіду | |
| Дієвість | |
| Доступність | |
| Комплексність | |
| Системність. | |

| | |
|-----------------------------|--|
| Недоліки (вказіть прописом) | |
|-----------------------------|--|

2) Чи впровадження моделі в практику вплине на покращання показників і як саме:

| <i>Назва показника</i> | <i>Імовірні зміни показника</i> |
|--|---------------------------------|
| Підвищення якості та тривалості життя | |
| Рівень інформованості пацієнтів | |
| Рівень звернень за медичною допомогою | |
| Задовільність якістю медичної допомоги | |
| Ефективність медичної допомоги | |
| Економічність медичної допомоги | |
| Науково технічний рівень запропонованих інноваційних елементів | |
| Інші (вказіть які) | |

Дата _____

Підпис _____

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар комунального закладу
охорони здоров'я «Мереф'янська
центральна районна лікарня»
Харківського району Харківської
області

В. М. Чеверда

« 28 » 03 2019 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в лікувальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнев В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнев, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.

Установа, в якій проведено впровадження: комунальний заклад охорони здоров'я «Мереф'янська центральна районна лікарня» Харківського району Харківської області, м. Мерефа, вул. Дніпровська, 148.

Термін впровадження: 2018-2019 рр.

Форма впровадження: включено до плану лікувально-профілактичних заходів, до роботи сімейних лікарів, проведення тренінгів для лікарів щодо оптимізації реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Ефективність впровадження: покращення знань лікарів щодо реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Зауваження, пропозиції: немає.

УКРАЇНА
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
**"ЗМІЙВЬСКА ЦЕНТРАЛЬНА
РАЙОННА ЛІКАРНЯ"**
ЗМІЙВЬСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
Код 02003178
63404, м. Зміїв, вул. 6 Стрілецької дивізії, 1
№ _____ від _____

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Директор КНП «Зміївська
центральна районна
лікарня»
М. П. Лисак

« 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в лікувальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнев В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнев, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100

Установа, в якій проведено впровадження: КНП «Зміївська центральна районна лікарня», м. Зміїв, вул. 6-ї Стрілецької Дивізії, 1.

Термін впровадження: 2018-2019 рр.

Форма впровадження: включено до плану лікувально-профілактичних заходів, до роботи сімейних лікарів, проведення тренінгів для лікарів щодо оптимізації реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Ефективність впровадження: покращення знань лікарів щодо реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Зауваження, пропозиції: немає.

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО БАЛАКЛІЙСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
«БАЛАКЛІЙСЬКИЙ РАЙОННИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ»
АДРЕСАТОРИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ №1 м.БАЛАКЛІЯ
М. БАЛАКЛІЯ, ВУЛ. ЖОВТНЕВА, 10

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар комунального
некомерційного підприємства
Балаклійської районної ради
Харківської області «Балаклійський
районний центр первинної медико-
санітарної допомоги»
І. А. Кривоносок



15 вересня 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в лікувальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнев В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнев, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.

Установа, в якій проведено впровадження: комунальне некомерційне підприємство «Балаклійський районний центр первинної медико-санітарної допомоги», Харківська обл., м. Балаклея, вул. Соборна, 98.

Термін впровадження: 2018-2019 рр.

Форма впровадження: включено до плану лікувально-профілактичних заходів, до роботи сімейних лікарів, проведення тренінгів для лікарів щодо оптимізації реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Ефективність впровадження: покращення знань лікарів щодо реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Зауваження, пропозиції: немає.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з наукової роботи
Івано-Франківського
національного медичного
університету
професор Бакалюк І. П.

« 23 » 09 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: асистент Трегуб П. О., д. мед. н., професор Огнев В. А., д. мед. н., професор Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнев, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.

Установа, в якій проведено впровадження: Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я.

Термін впровадження: 2018-2019 н. р.

Форма впровадження: рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття на до- та післядипломному рівнях навчання (студенти, слухачі циклів спеціалізації та передатестаційних) при викладанні тем щодо організації реабілітації хронічних хворих.

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань організації реабілітації хворих.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

завідувачка кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я доктор медичних наук, професор



О. З. Децик

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заступник директора медичного інституту
СумДУ з наукової роботи

д.м.н. М.В. Погорелов

«28» 05 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнев В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнев, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.

Установа, в якій проведено впровадження: медичний інститут Сумського державного університету, кафедра громадського здоров'я.

Термін впровадження: 2018-2019рр.

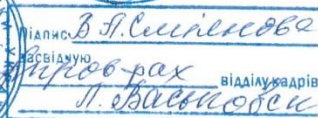
Форма впровадження: рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо проведення реабілітації хворих на хронічний панкреатит на до- та післядипломному рівнях навчання (студенти, інтерни, курсанти).

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри громадського здоров'я
доктор медичних наук, професор

В.А. Сміянов



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з наукової роботи
Тернопільського державного медичного
університету
імені І. Я. Горбачевського
професор Кліш І. М.

« 03 »



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнев В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнев, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.

Установа, в якій проведено впровадження: Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою.

Термін впровадження: 2018-2019 рр.

Форма впровадження: рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо проведення реабілітації хворих на хронічний панкреатит на до- та післядипломному рівнях навчання (студенти, інтерни, курсанти).

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:
 завідувач кафедри соціальної
 медицини, організації та економіки
 охорони здоров'я з медичною статистикою
 доктор медичних наук, доцент

Г. С. Сатурська

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор з наукової роботи
 Ужгородського
 національного університету
 професор Студеняк І. П.



« 07 » 06 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнев В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнев, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.

Установа, в якій проведено впровадження: ДВНЗ «Ужгородський національний університету», кафедра громадського здоров'я.

Термін впровадження: 2018-2019 рр.

Форма впровадження: рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо проведення реабілітації хворих на хронічний панкреатит на до- та післядипломному рівнях навчання (інтерни, курсанти).

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри громадського здоров'я
 доктор медичних наук, професор

Слабкий

Г. О. Слабкий

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної
роботи, міжнародних зв'язків та
аспірантури

Національного
медичного університету імені
О. О. Богомольця, професор



Скрипник

01 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнєв В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнєв, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.

Установа, в якій проведено впровадження: Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, кафедра організації охорони здоров'я та соціальної медицини.

Термін впровадження: 2018-2019 рр.

Форма впровадження: рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо проведення реабілітації хворих на хронічний панкреатит на до- та післядипломному рівнях навчання (студенти, інтерни, курсанти).

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри організації
охорони здоров'я та соціальної
медицини,
доктор медичних наук, професор

Т. С. Грузєва

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор з науково-педагогічної роботи

Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
член-кор. НАМН України,
д.мед.н., професор



Гжегоцький М.Р.

06 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнев В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П.О.Трегуб, В.А.Огнев, М.І.Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.

Установа, в якій проведено впровадження: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра громадського здоров'я.

Термін впровадження: 2018-2019 рр.

Форма впровадження: рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо проведення реабілітації хворих, в т.ч. на хронічний панкреатит на до- та післядипломному рівнях навчання (студенти, інтерни, курсанти).

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри громадського здоров'я,
доктор медичних наук, професор

О. В. Любінець



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес.

- 1. Пропозиція для впровадження:** Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.
- 2. Установа розробник:** кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4. Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнєв В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.
- 3. Джерело інформації:** Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнєв, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.
- 4. Установа, в якій проведено впровадження:** Кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії з січня 2019 року, (обговорено на засіданні кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою, протокол №13 від 23.01.2019 р.).
- 5. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використані при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальністю «Соціальна медицина», підготовці лекційного та практичного матеріалу для студентів медичного факультету, лікарів-інтернів, лікарів-спеціалістів.
- 6. Ефективність впровадження:** Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелі інформації.
- 7. Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я
з біостатистикою
доктор медичних наук, професор

І. А. Голованова

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з наукової роботи
Вінницького національного
медичного університету
ім. М. І. Пирогова
професор Власенко О. В.



_____ р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнев В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнев, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.

Установа, в якій проведено впровадження: Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

Термін впровадження: 2018-2019 рр.

Форма впровадження: рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо проведення реабілітації хворих на хронічний панкреатит на до- та післядипломному рівнях навчання (студенти, інтерни, курсанти).

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:
 завідувач кафедри соціальної медицини
 та організації охорони здоров'я
 доктор медичних наук, професор

О. М. Очердько

ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з навчової роботи
Харківської медичної академії післядипломної освіти
д.мед.н., професор _____ М.А.Георгіянц
« 26 » _____ 20 19 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: *Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.*
Метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організації праці та ін.
2. Харківський національний медичний університет, 61022, м. Харків, просп. Науки, 4, Трегуб П. О., Огнев В. А., Березка М. І.
Заклад-розробник, його поштова адреса, П.І.Б. авторів
3. Джерело інформації: *Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнев, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. - 2018. - Том 24, № 4(96). - С. 95-100.*
4. Місце впровадження: *Харківська медична академія післядипломної освіти 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.*
Найменування лікувально-профілактичного закладу, його поштова адреса
5. Строки впровадження: *2018-2019 р.р.*
6. Загальна кількість спостережень: *120.*
7. Форма впровадження: *рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо проведення реабілітації хворих на хронічний панкреатит на до- та післядипломному рівнях навчання (студенти, інтерни, курсанти).*
8. Ефективність впровадження: *покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань реабілітації хворих на хронічний панкреатит.*
Поліпшення умов праці, зростання продуктивності праці; умовне вивільнення медпрацівників, підвищення кваліфікації, удосконалення управління службою; економічний ефект та інші показники
9. Зауваження, пропозиції: _____ *немає* _____
10. Заключення: _____

« 26 » _____ 06 _____ 20 19 р.

Відповідальний за впровадження:
Завідувач кафедри соціальної, управління
та бізнесу в охороні здоров'я ХМАПО,

д.мед.н., професор *Сергій* О.І.Сердюк

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з наукової роботи
Харківської медичної академії
післядипломної освіти

Д. мед. н., проректор
Організації
« 14 » * 2019 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: ас. Трегуб П. О., д.мед.н., проф. Огнєв В. А., д.мед.н., проф. Березка М. І.

Джерело інформації: Трегуб П. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит / П. О. Трегуб, В. А. Огнєв, М. І. Березка // Міжнародний медичний журнал. – 2018. – Том 24, № 4(96). – С. 95-100.

Установа, в якій проведено впровадження: Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра організації охорони здоров'я, публічного управління та адміністрування.

Термін впровадження: 2018-2019 рр.

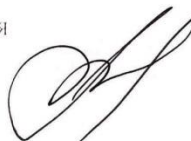
Форма впровадження: рекомендації впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо проведення реабілітації хворих на хронічний панкреатит на до- та післядипломному рівнях навчання (студенти, інтерни, курсанти).

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

В. о. завідувача кафедри організації охорони здоров'я, публічного управління та адміністрування



Ю. О. Лермонтова