

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ МЕГАПОЛІСА НА ПРИКЛАДІ ХАРКОВА

Проф. О. І. СЕРДЮК¹, С. О. САМУСЕНКО², доц. І. В. ФІЛАТОВА¹

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти,
² КНП «Міська клінічна лікарня № 30» ХМР, Харків, Україна

Проведено порівняльний аналіз показників наявності медичних ресурсів та ефективності їх використання для надання спеціалізованої отоларингологічної допомоги дітям мегаполіса на прикладі Харкова. Встановлено, що при достатніх ресурсах та активному їх використанні знижується число відвідувань отоларингологів на амбулаторно-поліклінічному прийомі, зменшується частка дітей із захворюваннями вуха та соскоподібного відростка, які виписані зі стаціонару, падає рівень охоплення профоглядами дітей зі зниженою гостротою слуху. Такі тенденції супроводжувались зростанням показників інвалідності за захворюваннями вуха та соскоподібного відростка й глухотою переважно у віці 3–6 років.

Ключові слова: ефективність спеціалізованої отоларингологічної допомоги, діти мегаполіса, аналіз медичних ресурсів, інвалідність.

Ефективність системи охорони здоров'я і, зокрема, будь-якої галузі вимірюється сукупністю показників, які характеризують три її аспекти: соціальний, економічний та медичний [1–3]. Медична ефективність як ступінь досягнення клінічного ефекту на рівні закладів системи охорони здоров'я і певної галузі характеризується оптимальним використанням медичних ресурсів для отримання найкращого результату при найменших витратах і вимірюється цілим спектром специфічних показників [1, 4–8].

За даними Р. О. Моїсеєнко та ін. [9], показники захворюваності корелюють із рівнем забезпеченості населення лікарями, що може обумовити недостатню реєстрацію рівнів захворюваності дитячого населення через відсутність звернень по медичну допомогу.

Соціальна ефективність невід'ємно пов'язана з медичною і відображає позитивні або негативні соціальні наслідки медичних аспектів: захворюваність, інвалідність, смертність та їх поєднану оцінку, що є для охорони здоров'я пріоритетною [4, 5, 10].

Оскільки сучасний економічний стан України не забезпечує збільшення державних витрат на охорону здоров'я і функціонування її окремих галузей, актуальним є зміщення пріоритетів на максимальне використання задіяних ресурсів [11–15]. Це стосується й стану отоларингологічної галузі, що зумовлює актуальність проведення її аналізу.

Особливістю лікування захворювань верхніх дихальних шляхів, вуха та соскоподібного відростка (СВ) у дітей є залучення як на початку хвороби (гостра респіраторна вірусна інфекція тощо), так і в подальшому під час нагляду і реабі-

літації лікарів первинної ланки [15–18]. За таких умов контроль і аналіз спеціалізованої отоларингологічної допомоги характеризують діяльність лікарів первинної ланки, ефективність медичних маршрутів, особливості взаємодії різних ланок та закладів і надають можливість вчасно визначити потреби та усунути недоліки. Так, В. М. Лехан і Л. В. Крячкова [1] на основі анкетування вивчили інформативні показники — індикатори для інтегральної оцінки структурної ефективності територіальної системи охорони здоров'я, але дослідження отоларингологічної допомоги дітям не проводили. Тематика є тим більш актуальною, оскільки, за даними В. М. Лехан та ін. [6], динаміка показників загальної структурної ефективності медичної системи Харківської області свідчила про негативну тенденцію її зниження з 6-го до 11-го рейтингового місця серед областей України у 2009 та 2012 рр. відповідно.

Таким чином, актуальність дослідження зумовлена відсутністю системних даних про різні аспекти ефективності отоларингологічної допомоги дітям на другому етапі реформування медичної галузі та визначенням напрямків її удосконалення.

Мета цієї роботи — провести аналіз наявних медичних ресурсів та доцільність їх використання для визначення потреб надання отоларингологічної допомоги дітям — мешканцям Харкова і підвищення її ефективності.

На думку А. С. Трофименко [7], аналіз ефективності використання медичних ресурсів у спеціалізованій отоларингологічній допомозі дітям може бути проведений на підставі даних державних форм статистичної звітності. У нашому дослідженні аналізувались дані офіційної державної статистичної інформації МОЗ України щодо

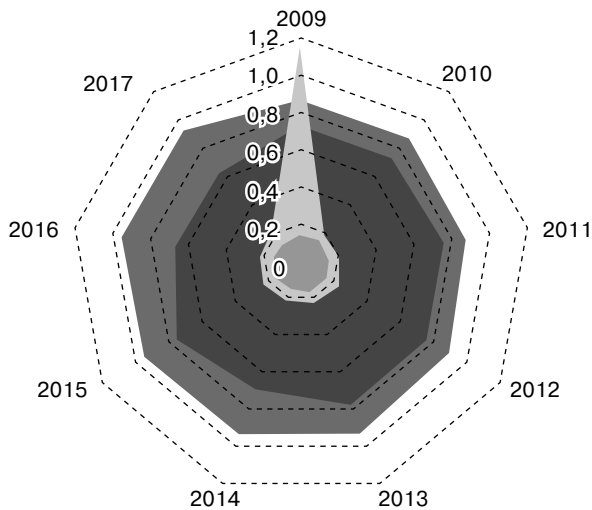


Рис. 1. Забезпеченість лікарями-отоларингологами по Україні та Харківській області на 10 000 населення у період 2009–2017 рр.: ■ – дорослі ЛОР (Україна); ■ – дитячі ЛОР (Україна); ■ – дорослі ЛОР (Харків); ■ – дитячі ЛОР (Харків)

стану здоров'я населення України та діяльності закладів охорони здоров'я (щорічні доповіді про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2009–2017 рр., а також основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області за період 2003–2017 рр.).

Методи дослідження включали системний підхід, системний, порівняльний, структурний аналіз та метод графічного моделювання.

Дизайн дослідження передбачав три етапи.

На *першому етапі* дослідження проведено порівняльну оцінку наявності медичних ресурсів (забезпеченість населення отоларингологами, їх кваліфікація, показники використання ліжкового фонду) для надання спеціалізованої отоларинго-

логічної допомоги дітям України та міста Харкова упродовж зазначеного періоду.

Загалом по Україні чисельність лікарів-отоларингологів у 2010 р. становила 4022 особи, а у 2017 р. – 3378, тобто зменшилася на 644 (або на 16%). Порівняльну динаміку забезпеченості населення України та міста Харкова дитячими й дорослими отоларингологами відображено на рис. 1.

Так, забезпеченість дорослими отоларингологами населення України зменшилася на 12,7% та становила 0,65 на 10 000 населення у 2017 р. проти 0,74 у 2009 р., що є дещо неочікуваним на тлі негативної демографічної динаміки. Показники забезпеченості дитячими отоларингологами в цілому по Україні виявилися більш стабільними із меншою негативною динамікою на 6,7% у 2017 р. порівняно з 2009 р. (0,14 проти 0,15 відповідно). Визначається певна закономірність динаміки показників забезпеченості населення країни як дитячими, так і дорослими отоларингологами. Вагоме зменшення кількості лікарів простежується від 2014 р., що збігається із реформуванням первинної ланки надання медичної допомоги. Забезпеченість отоларингологами мешканців Харківщини за весь період спостереження була стабільною і на тлі негативної динаміки показників по Україні до 2017 р. перевищувала їх із зростанням на 6,8%.

Забезпеченість отоларингологами дітей харків'ян мала стабільні показники, які перевищували дані по країні, але в період 2006–2009 рр. спостерігалось значне (більш ніж у 5 разів) зростання показників. У цей час відповідно до атестаційних вимог лікарі на так званому «змішаному» прийомі активно проходили спеціалізацію з дитячої отоларингології, отримували сертифікати, які увійшли до форм статистичної звітності, тому їх кількість значно збільшилася.

Опосередковано про якість надання отоларингологічної допомоги свідчать відомості про кваліфікацію спеціалістів. За період від 2009 до 2017 р. відсоток атестованих лікарів практично не

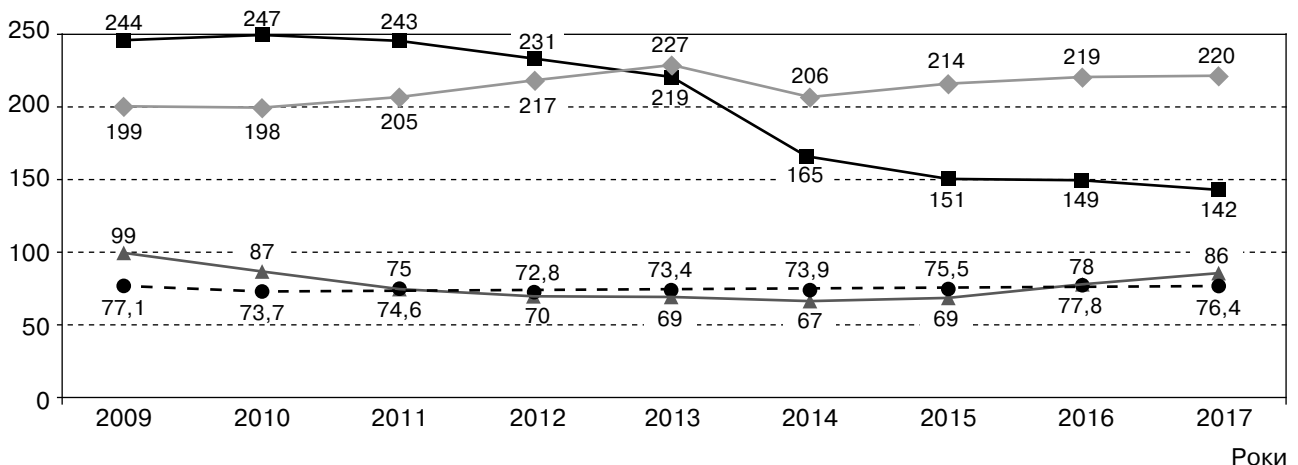


Рис. 2. Дані про атестацію лікарів-отоларингологів Міністерства охорони здоров'я України за період 2009–2017 рр.: ◆ – вища категорія; ■ – перша категорія; ▲ – друга категорія; ● – атестовані (%)

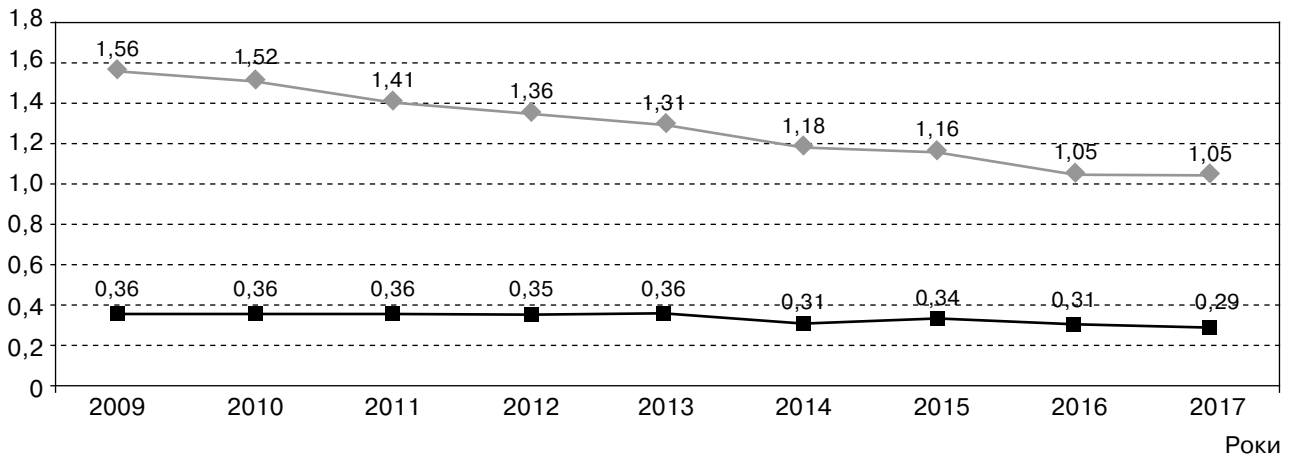


Рис. 3. Показники отоларингологічного ліжкового фонду системи Міністерства охорони здоров'я України: —◆— загалом; —■— дитячі ліжка

змінився (зменшився на 0,9%) і перебував у межах 77,1–76,4% відповідно (рис. 2).

Кількість лікарів, атестованих на другу та першу категорії, динамічно змінювалася. Так, значно (на 41,8%) зменшилася кількість отоларингологів, атестованих на першу кваліфікаційну категорію, проти 13,1% лікарів, які отримали другу категорію. Позитивним виявилось збільшення на 10,5% атестованих на вищу категорію в 2017 р. Певне зменшення зазначених показників відзначалося у 2012 р. і максимально виявилось у 2014 р.

Загальна кількість отоларингологічних ліжок у лікувальних закладах системи МОЗ України скоротилася на 32,7% до 1,05 на 10 000 населення 2017 р. проти 1,56 у 2009 р. (рис. 3).

Проте кількість дитячих отоларингологічних ліжок скоротилася менше – на 19,4%. Стабільна негативна динаміка простежувалася із 2014 р. з 0,31 на 10 000 населення до 0,29 у 2017 р. відповідно. Порівняльну динаміку забезпеченості отоларингологічними ліжками населення України і Харкова показано на рис. 4. За наведеними даними показники наявності дитячих ліжок по Україні і в Харкові, динаміка зменшення їх кількості практично збігаються, тоді як забезпеченість дорослих отоларингологічними ліжками зберігається стабільною і на тлі зменшення показників по Україні до 2017 р. перевищує останні.

Слід зазначити, що у формах державної звітності при проведенні статистичного обліку виділено такі групи отоларингологічних ліжок: для дітей віком 0–14 та 0–17 років. Оскільки ця градація не має практичного значення і не відповідає визнаному розподілу дітей за віковими категоріями, то викликає сумнів доцільність такого виділення.

У мегаполісі Харків значне скорочення отоларингологічного ліжкового фонду відбувалось до 2009 р., що становило зменшення його на 47,0% у районах області та на 28,2% у місті (2003–2016 рр.).

Показники ефективності використання наявного ліжкового фонду по Україні наведено в таблиці.

Статистичний облік показників використання ліжкового фонду по Україні виявив, що середнє число днів зайнятості ліжка залишилося практично незмінним (328,76 у 2016 р. проти 328,6 у 2009 р.) при тому, що на 6,5% зросли показники обігу ліжка (39,1 у 2017 р. проти 36,7 у 2009 р.), зменшилось на 5,5% середнє перебування хворого на ліжку від 8,95 до 8,46 дн у 2017 р.

Аналіз відповідних регіональних показників виявив певні особливості статистичного обліку, а саме – відсутність даних по Харкову та районах області за період 2009–2014 рр. і по області за період 2011–2012 рр. Загалом кількість днів зайнятості отоларингологічного ліжка в районах області та Харкові достовірно перевищувала такий показник по країні.

Станом на 2016 р. показники обігу отоларингологічного ліжка як у Харкові (42,9), так

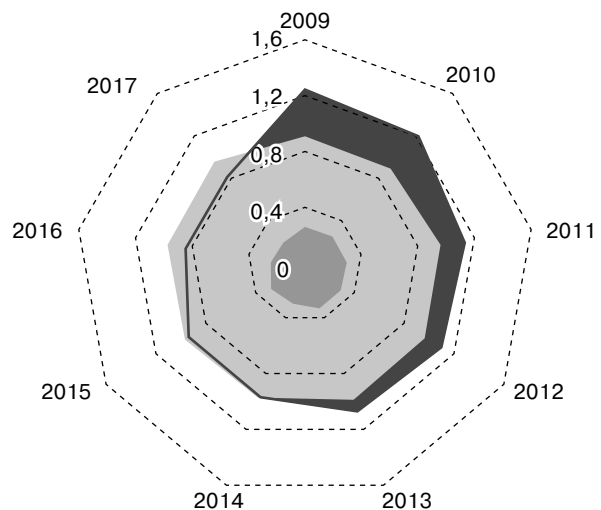


Рис. 4. Динаміка забезпеченості населення України і Харкова отоларингологічними ліжками:

- — загалом отоларингологічних ліжок (Україна);
- — дитячі отоларингологічні ліжка (Україна/Харків);
- — загалом отоларингологічних ліжок (Харків)

Показники використання отоларингологічного ліжкового фонду за період 2009–2017 рр.

Показники	Роки									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Середня кількість днів зайнятості ліжка	328,6	342,13	334,97	332,43	331,2	328,2	323,3	325,7	328,6	
Середня кількість днів перебування хворого на ліжку	8,95	8,81	8,64	8,66	8,59	8,53	8,55	8,53	8,46	
Обіг ліжка	36,7	38,81	38,79	38,38	38,55	38,48	37,8	38,78	39,1	

і по районах області (46,11) також перевищували загальнодержавні (39,1). Закономірно на цьому фоні зменшувалася тривалість лікування хворих у ЛОР-стаціонарі мегаполіса від 8,5 дн у 2003 р. до 7,47 дн у 2016 р., у районах області від 9,1 до 8,24 дн відповідно в м. Харкові проти 8,4 дн у 2016 р. по Україні в цілому.

На *другому етапі* оцінювалася ефективність використання зазначених медичних ресурсів.

Кількість відвідувань отоларингологів в амбулаторно-поліклінічних закладах районів Харківської області в цілому перевищувала показники у Харкові (11 497 проти 7715 випадків у 2003 р. відповідно) (рис. 5).

Але за період 2003–2016 рр. кількість відвідувань мешканцями Харкова отоларингологів амбулаторно-поліклінічної ланки зросла на 5,79% (до 8162 звернень) проти зменшення цього показника на 9,5% (до 10 405) у районах області. Певний спад звернень до отоларингологів поліклінік зафіксовано в 2003–2005 рр. (рис. 5). Збільшення активності зареєстровано у 2006 р., 2008 р., 2009 р. із наступним зниженням показників у мегаполісі відповідно до 2009 р. (8162 у 2016 р. проти 9097 у 2009 р.). У районах Харківської області показники звернень до отоларингологів амбулаторно-поліклінічної ланки характеризувались суттєвими розбіжностями активності (12 880 звернень

у 2008 р.) та спадом (10 015 у 2012 р.), що може бути пов'язано у тому числі із реорганізацією первинної ланки надання медичної допомоги.

Аналіз діяльності стаціонарної ЛОР-допомоги показав, що за період 2009–2017 рр. кількість дітей, які вибули зі стаціонару, зменшилася за хворобами органів дихання з 97,4 до 95,7 на 1000 населення (-1,9%) і значно скоротилася із 3,7 до 2,8 на 1000 дитячого населення (-24,3%) за захворюваннями вуха та СВ (рис. 6, 7).

Значне зниження показників зафіксовано від 2014 р., що збігається з динамікою наведених показників і потребує подальшого аналізу.

Якість надання отоларингологічної допомоги дитячому населенню характеризується також ефективністю профілактичної роботи, зокрема серед дітей зі зниженою гостротою слуху. В регіональній статистичній звітності зазначені дані відсутні за певний проміжок часу (2007–2009 рр. та 2012 р.). Але за наведеними показниками встановлено тенденцію зниження рівня охоплення дитячого контингенту профілактичними оглядами з 620 до 503 дітей по районах області та з 472 до 291 дитини в Харкові, або на 19,01% та 38,35% відповідно (рис. 8).

Слід відзначити, що зростання активності проведення профілактичних оглядів дітей 0–14 років зі зниженою гостротою слуху спостерігалось в ра-

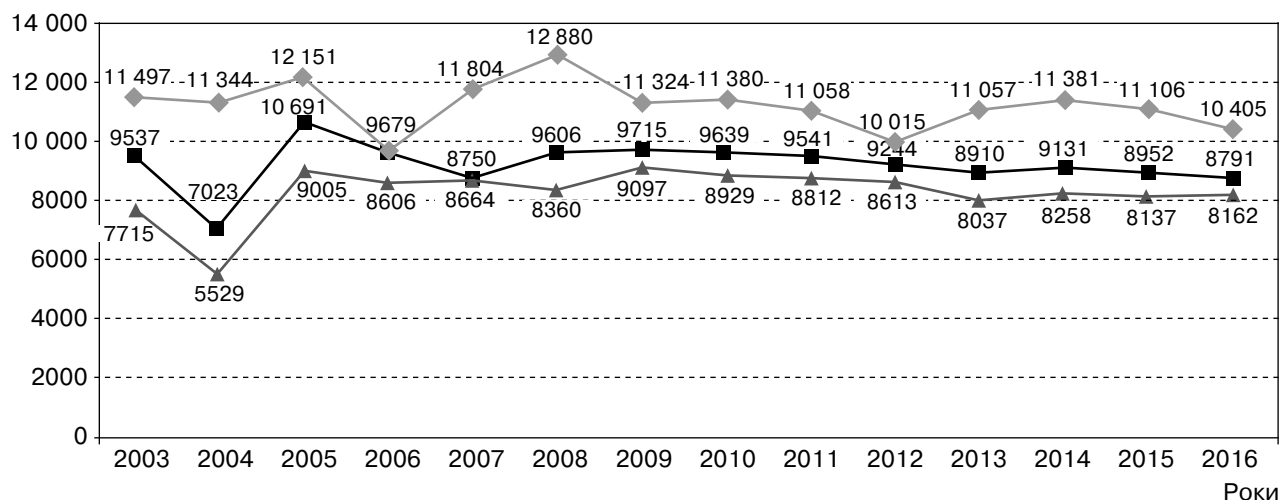


Рис. 5. Кількість відвідувань амбулаторно-поліклінічних закладів системи Міністерства охорони здоров'я України мешканцями Харкова і Харківської області: ◆ райони; ■ область; ▲ Харків. Те саме на рис. 8

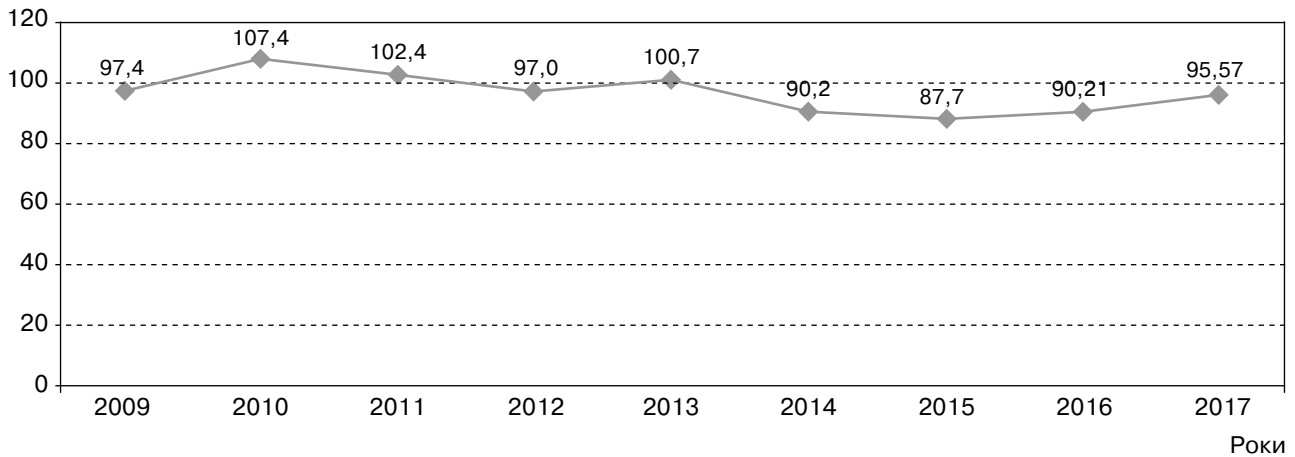


Рис. 6. Динаміка кількості дітей віком до 17 років включно, які вибули зі стаціонару, де лікувалися з приводу хвороб органів дихання

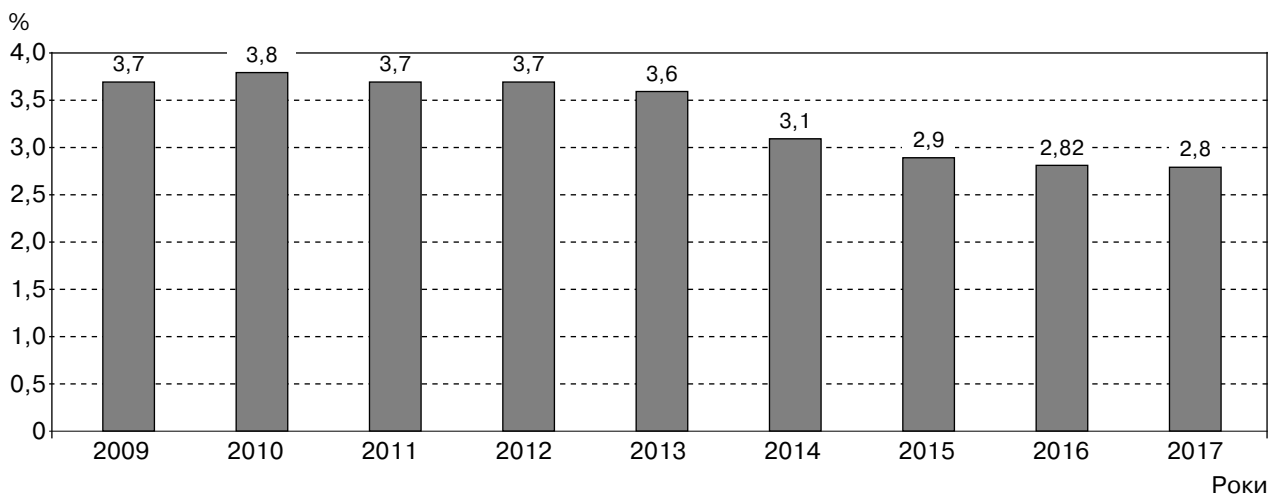


Рис. 7. Динаміка кількості дітей віком до 17 років включно, які вибули зі стаціонару, де лікувалися з приводу хвороб вуха та соскоподібного відростка

www.imj.kh.ua

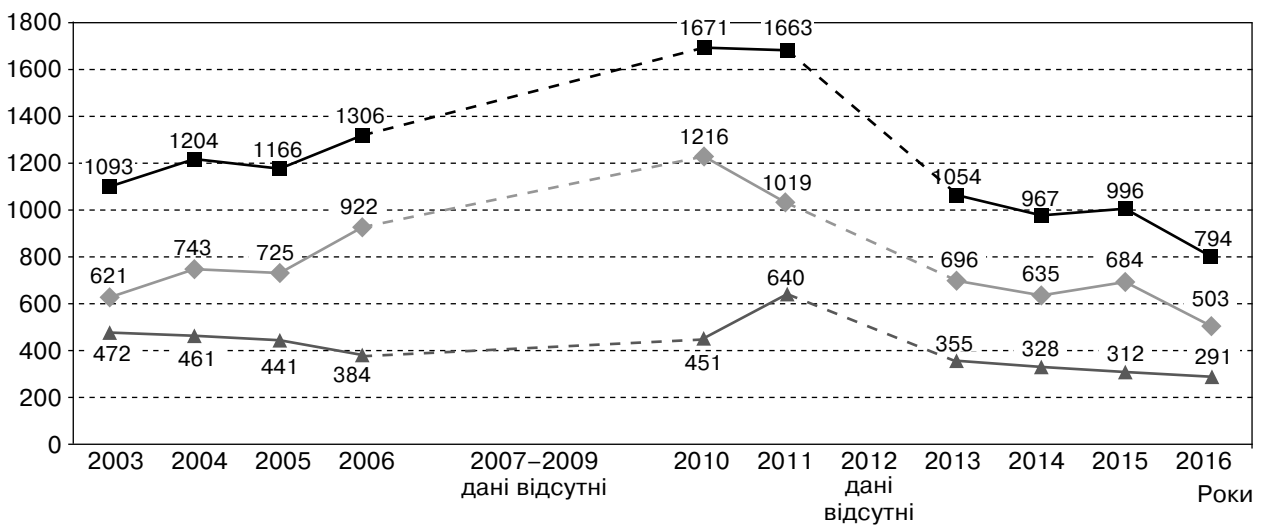


Рис. 8. Охоплення профілактичними оглядами дітей віком до 14 років зі зниженою гостротою слуху, які мешкають у Харкові

йонах області від 2004 до 2011 рр., а в Харкові – лише у 2011.

На *третьому, заключному, етапі* для оцінки медичної та соціальної ефективності надання спеціалізованої отоларингологічної допомоги дітям Харкова було визначено динаміку показників інвалідності за захворюваннями верхніх дихальних шляхів, вуха та СВ. За результатами аналізу встановлено такі тенденції: питома вага інвалідності з приводу захворювань органів дихання у дітей Харківської області досить невелика і посідає 12–13-те рейтингове місце серед 25 областей України з від’ємним приростом –51,6% у 2015 р. порівняно з 2008 р. (1,5% проти 3,1% у 2008 р.). Відмінними виявились показники питомої ваги інвалідності дітей Харківського мегаполіса з приводу захворювань вуха та СВ (рис. 9).

Установлено, що по Харківщині питома вага інвалідів із приводу захворювань вуха та СВ є найвищою серед областей України за даними 2016 р. (9,6%), що перевищує загальний показник по Україні майже в 1,5 разу. Крім того, якщо в цілому по

Україні зареєстровано зменшення значення хвороб вуха та СВ у структурі інвалідності у дітей від 7,1% до 6,5% у 2016 р. (–8%), то в Харківській області відбулось збільшення показників від 8,7% у 2008 р. до 9,6% у 2015 р. (+10,3%). Показники інвалідності за хворобами вуха та СВ у дітей віком 0–17 років також зростали від 19,7% у 2008 р. до 20,7% у 2017 р. Динаміка характеризувалася досить різким збільшенням випадків установлення інвалідності дітей за означеними нозологіями із наступним спадом, що був максимальним у 2013 р. (–6,8%), і подальшим зростанням у 2017 р. до рівня 2010 р.

Для обліку як причини інвалідності із загальної кількості захворювань вуха виділяють дві групи: глухоту та збірну рубрику – інші хвороби вуха та СВ (рис. 10).

У лікувально-профілактичних закладах зафіксовано значне зростання кількості дітей-інвалідів із глухотою: від 163 у 2010 р. до 284 у 2016 р. (+74,2%) і менш виражену нестійку динаміку від 216 до 287 випадків у 2017 р. (+32,9%) загалом

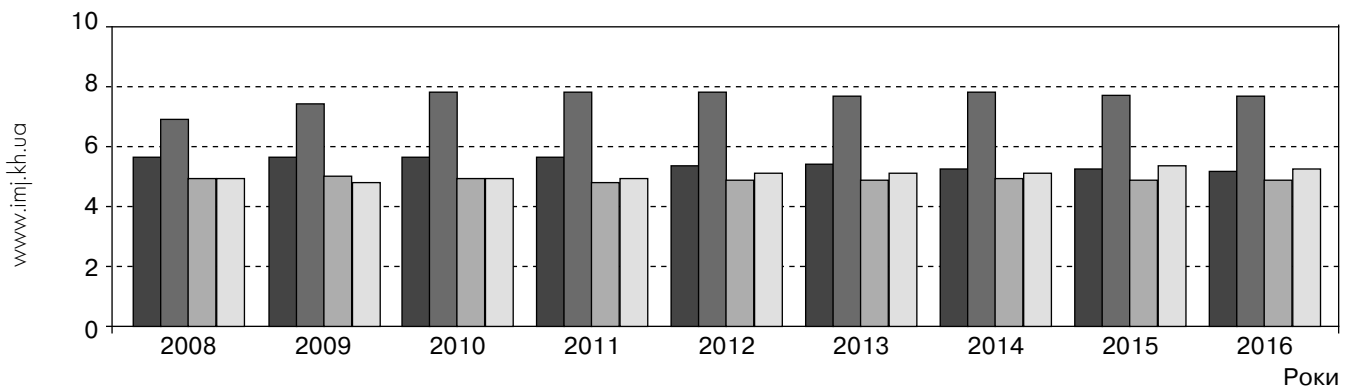


Рис. 9. Динаміка поширеності випадків інвалідності дітей із захворюваннями вуха та соскоподібного відростка на 10 000 населення у різних областях України: ■ – Україна; ■ – Харківська обл.; ■ – Тернопільська обл.; ■ – Волинська обл.

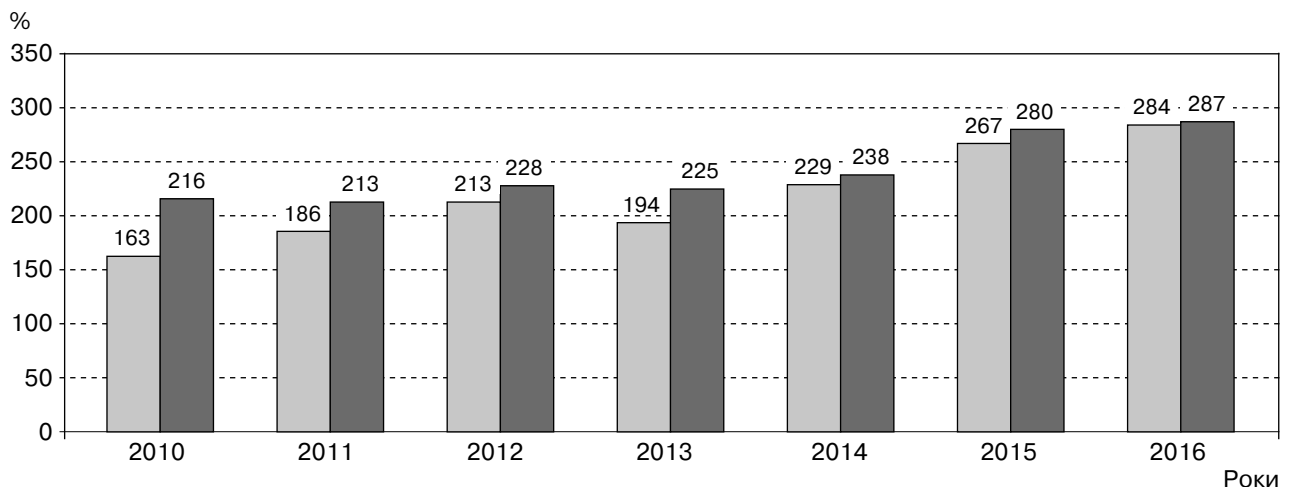


Рис. 10. Динаміка показників інвалідності з приводу глухоти та хвороб вуха у дітей Харкова, які перебувають на обліку у лікувально-профілактичних закладах: ■ – загалом з приводу глухоти; ■ – загалом з приводу хвороб вуха

захворювань вуха без вказівок на конкретні нозології відповідно до шифрів Міжнародного класифікатора хвороб 10-го перегляду.

Хвороби вуха та СВ призводили до інвалідності переважно у вікових групах 3–6 років (від 51 у 2010 р. до 99 випадків у 2016 р. (+53,3%)) та 0–2 роки (від 15 до 23 випадків у 2010 та 2016 рр. відповідно (+53,3%)) із певними коливаннями, але спрямованою тенденцією до зростання (рис. 11).

Кількість випадків глухоти як причини інвалідності різко зростала у дітей віком 3–6 років (+180%) і сягала від 35 у 2010 р. до 98 випадків у 2016 р. (рис. 12). На 60,8% збільшилась кількість дітей-інвалідів із глухотою віком 7–14 років. У віковій групі 0–2 роки чисельність дітей-інвалідів із глухотою практично не відрізнялась від загальної кількості інвалідів з приводу інших захворювань вуха, що свідчить про те, що глухота є основним чинником інвалідності у віковий період від 0 до 2 років.

Досить стабільними виявились показники інвалідності за зазначеними категоріями хвороб у під-

літків 15–17 років, це свідчить про те, що до досягнення підліткового віку діагноз та інвалідність, як правило, вже встановлюються. А порівняно менша для вікової категорії 7–14 років кількість дітей-інвалідів пояснюється особливостями встановлення інвалідності за слухом у дорослих і дітей із 18 років.

Таким чином, порівняльний аналіз наявності та ефективності використання медичних ресурсів для надання спеціалізованої отоларингологічної допомоги дітям Харкова за період 2009–2017 рр. виявився в цілому позитивним. Так, визначено, що показники забезпеченості мешканців Харкова лікарями за спеціальностями «Отоларингологія» та «Дитяча отоларингологія» були стабільними на тлі зменшення даних по Україні в цілому і до 2017 р. перевищували останні.

У той же період кількість отоларингологічних ліжок та показник забезпеченості ними мешканців мегаполіса практично не зменшились і перевищували на кінець 2017 р. державні показники. На цьому тлі забезпеченість дитячими отоларингологічними ліжками скоротилася до рівня показників

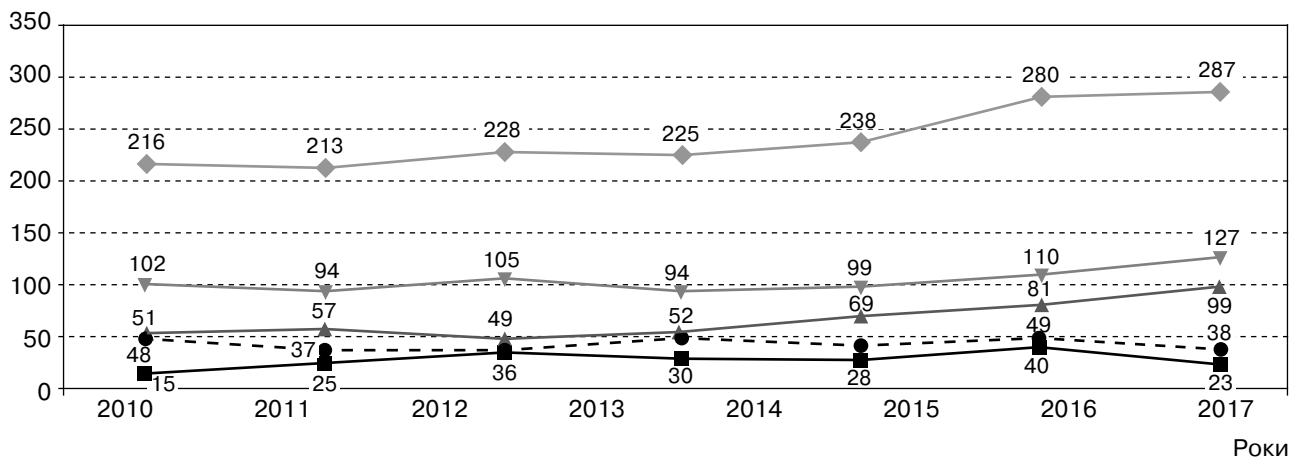


Рис. 11. Динаміка вікової структури дітей-інвалідів за захворюваннями вуха та соскоподібного відростка, які перебувають на обліку в лікувально-профілактичних закладах Харкова: —◆— загальною; —■— 0–2 роки; —▲— 3–6 років; —▼— 7–14 років; —●— 15–17 років. Те саме на рис. 12

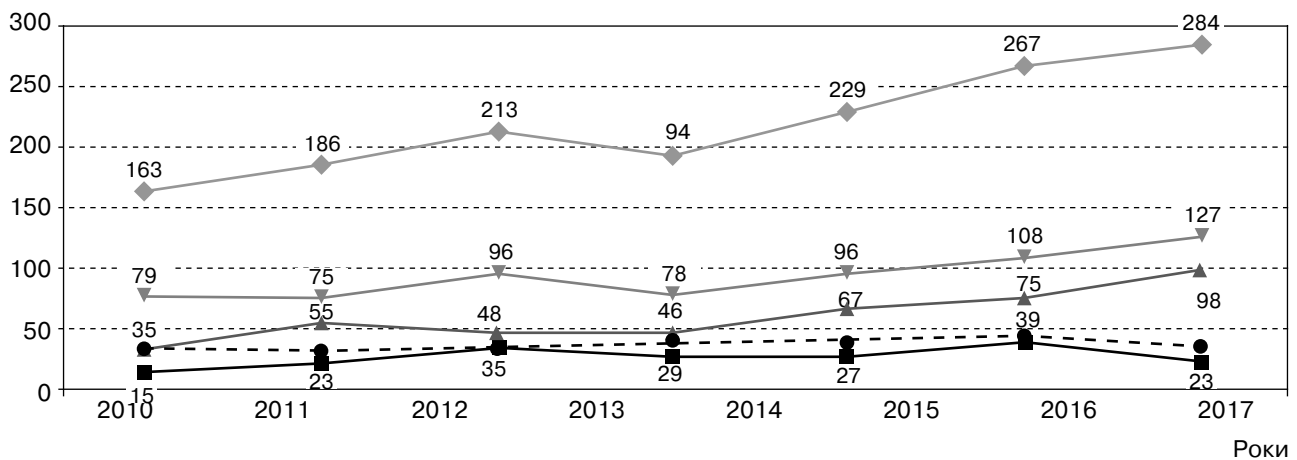


Рис. 12. Динаміка вікової структури дітей-інвалідів із глухотою, які перебувають на обліку в лікувально-профілактичних закладах Харкова

по Україні. Виявлені тенденції збільшення обігу отоларингологічного ліжка, днів зайнятості ліжка при зменшенні тривалості лікування хворих у мегаполісі порівняно з державними показниками свідчать на користь ефективного використання ліжкового фонду і про потребу мешканців у наданні спеціалізованої отоларингологічної допомоги.

Однак на тлі достатнього забезпечення медичними ресурсами спостерігалися негативні тенденції скорочення числа відвідувань отоларингологів на амбулаторно-поліклінічному прийомі в закладах системи МОЗ України, значне зменшення кількості дітей із захворюваннями вуха та СВ, які вибули зі стаціонару, зменшення кількості дітей віком 0–14 років із пониженою гостротою слуху, охоплених профілактичними оглядами в Харкові, порівняно з районами області та зменшення про шарку лікарів, атестованих на першу кваліфікаційну категорію. Не виключено й факт впливу на зменшення зазначених показників наявності на сучасному етапі досить розвиненої системи закладів різної форми власності, що теж потребує вивчення.

Із цих позицій досить закономірною слід вважати тенденцію зниження медичної і соціальної ефективності використання медичних ресурсів, що виявилось у збільшенні інвалідності дітей мегаполіса Харкова з приводу захворювань вуха та СВ, показники якої перевищували державні, а також перше рейтингове місце області в Україні. Слід звернути увагу на те, що до 2016 р. значно збільшився відсоток дітей-інвалідів із глухотою практично до рівня цифр інвалідності з приводу

інших захворювань вуха. Найбільші темпи зростання первинної інвалідності у дітей за означеними рубриками виявлено у віковій періоді 3–6 років, що свідчить про недостатню увагу захворюванням верхніх дихальних шляхів, вуха та СВ у цей термін і обґрунтовує необхідність пошуку і розробки заходів підвищення ефективності їх лікування та реабілітації.

Під час проведення порівняльного аналізу статистичних показників встановлено також, що зазначені тенденції стають більш вираженими із 2014 р., що, можливо, вказує на вплив реформування первинної ланки щодо особливостей надання спеціалізованої отоларингологічної допомоги.

Загалом зростання показників захворюваності дітей Харкова, встановлене нашими попередніми дослідженнями [19], при достатніх медичних ресурсах та їх активному використанні свідчить про існуючі недоліки взаємодії різних ланок системи МОЗ України надання медичної допомоги дітям при захворюваннях верхніх дихальних шляхів, вуха та СВ на первинному та вторинному рівнях, їх взаємодії із лікувальними закладами різної форми власності, що призводить до неефективності медичних маршрутів при лікуванні дітей. Все це зумовлює актуальність розробки ефективної функціональної моделі надання спеціалізованої отоларингологічної допомоги дітям мегаполіса на основі визначення і моніторингу індикаторів якості лікування модельної патології, підвищення кваліфікації лікарів на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Список літератури

1. *Лехан В. М., Крячкова Л. В.* Інтегральна оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я України // Україна. Здоров'я нації. 2010. № 2 (14). С. 53–65.
2. *Whitehead M., Dahlgren G.* Концепція и принципи преодоления социального неравенства в отношении здоровья: Восходящее выравнивание. Ч. 1. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008. 41 с. URL: http://evro.who.int/_data/assents/pdf_file/0011/74738/E8938R.pdf
3. *Редюков А. В.* Экономическая эффективность здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2006. № 2. С. 27–29.
4. *Говорко О. В.* Ефективність системи забезпечення охорони здоров'я населення України // Інтелект XXI. 2017. № 2. С. 92–97. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/int_XXI_2017_2_14
5. *Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. / уклад.: А. Г. Ахламов, Н. Л. Кусик.* Одеса: ОРІДУ НАДУ при Президентові України, 2011. 111 с.
6. *Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В.* Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я: метод. рек. К, 2013. 29 с.
7. *Трофименко Г. С.* Загальний аналіз основних показників діяльності медичних установ України // Technology audit and production reserves. 2012. № 6/3 (8). С. 43–44.
8. *Аль Ширафі Мохаммед Авад.* Антикризове управління розвитком в сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... канд. економ. наук: 08.00.04. Полтава, 2018. 20 с.
9. *Моїсеєнко Р. О., Дудіна О. О., Гойда Н. Г.* Аналіз стану захворюваності та поширеності захворювань дітей в Україні за період 2011–2015 роки // Современная педиатрия. 2017. № 2 (82). С. 17–27. doi: <https://doi.org/10.15574/sp.2017.82.17>
10. *Медяник Д. І., Литчанський В. О.* Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я // Наукові записки. 2016. № 19. С. 23–29. URL: <http://core.ac.uk/download/pdf/55297197.pdf>
11. *Гидюк І. В.* Сучасний стан фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я // Economic Annals. 2015. № 155 (11–12). С. 73–77.
12. *Сіташ Т. Д.* Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування // Механізм регулювання економіки. 2012. № 1. С. 161–169. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mre_2012_1_19
13. *Серебряков О. М.* Оцінка ефективності діяльності військово-медичного закладу в сучасних соціально-економічних умовах (для реалізації управлінських рішень). 2012. URL: http://irbis-nbuv.gov.ua>cgirbis_64>pr

14. Степаненко А. В., Ліщишина О. М., Думенко Т. М. Інструменти управління якістю медичної допомоги: розвиток в Україні // Главный врач. 2008. № 6. С. 58–60.
15. Юрочко Ф. Б., Копанська Д. Б. Гострий середній отит у дітей віком до 2 років: найскладніший у наймолодших // Дитячий лікар. 2019. № 2 (65). С. 25–30.
16. Волянська Л. А. Гострий риносинусит у дітей в практиці лікаря загальної практики та раціональна антибіотикотерапія при його бактеріальній природі // Здоровье ребенка. 2013. № 6 (49). URL: <http://www.mif-ua.com/arcive/article/37080>
17. Otitis media incidence and risk factors in a population-based birth cohort / E. A. Macintyre et al. // Paediatr. Child Health. 2010. № 15 (7). P. 15–18.
18. Etiology of Acute Otitis Media in Children Less Than 5 Years of Age: A Pooled Analysis of 10 Similar Designed Observational Studies / M. K. van Dyke et al. // The Pediatric Inf. Dis. J. 2017. Vol. 36, № 3. P. 274–281. doi: <https://doi.org/10.1097/inf.0000000000001420>
19. Сердюк О. І., Самусенко С. О., Філатова І. В. Захворюваність дітей України на хвороби верхніх дихальних шляхів, вуха та соскоподібного відростка: сучасні аспекти // Міжнародний медичний журн. 2020. № 3. С. 60–66. doi: <https://doi.org/10.31071/promedosvity2020.04.061>

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ОКАЗАНИЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ОТОЛАРИНГОЛОГІЧЕСЬКОЇ ПОМОЦІ ДІТЯМ МЕГАПОЛІСА НА ПРИМЕРЕ ХАРЬКОВА

А. І. СЕРДЮК, С. О. САМУСЕНКО, І. В. ФИЛАТОВА

Проведен сравнительный анализ показателей наличия медицинских ресурсов и эффективности их использования для оказания специализированной отоларингологической помощи детям мегаполиса на примере Харькова. Установлено, что при достаточных ресурсах и активном их использовании снижается число посещений отоларингологов на амбулаторно-поликлиническом приеме, уменьшается доля детей с заболеваниями уха и сосцевидного отростка, которые выписаны из стационара, падает уровень охвата профосмотрами детей со сниженной остротой слуха. Такие тенденции сопровождалась ростом показателей инвалидности по заболеваниям уха и сосцевидного отростка и глухотой преимущественно в возрасте 3–6 лет.

Ключевые слова: эффективность специализированной отоларингологической помощи, дети мегаполиса, анализ медицинских ресурсов, инвалидность.

ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF SPECIALIZED OTOLARYNGOLOGICAL CARE TO CHILDREN OF METROPOLIS AS EXEMPLIFIED BY THE CITY OF KHARKIV

O. I. SERDJUK, S. O. SAMUSENKO, I. V. FILATOVA

The indices of the availability of medical resources and effectiveness of their use to provide a specialized otolaryngological care to children in the metropolis on the example of Kharkiv were comparatively analyzed. It is established that with sufficient resources and their active use, the number of visits to otolaryngologists at the outpatient clinic decreases, the share of children with ear and mastoid process diseases discharged from the hospital reduces, the level of professional examination of children with hearing loss declines. Such trends were accompanied with an increased disability rates for the diseases of ear and mastoid process as well as deafness, mainly at the age of 3–6 years.

Key words: efficiency of specialized otolaryngological care, children of the metropolis, analysis of medical resources, disability.

Надійшла 22.09.2020