

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ГЛЕБОВА ЄВГЕНІЯ ЄВГЕНІЇВНА

УДК 614.2:362.121:616.45-001.1/.3:159]-082-039.57

ДИСЕРТАЦІЯ

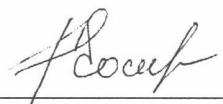
**Медико-соціальне обґрунтування моделі організації медичної допомоги
пацієнтам з косметичними дефектами**

222 Медицина

14.02.03 «Соціальна медицина»

Галузь знань: 22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії. Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

 Є. Є. Глебова

Науковий керівник:

Горачук Вікторія Валентинівна

доктор медичних наук, професор

Київ – 2021

АНОТАЦІЯ

Глебова Є. Є. Медико-соціальне обґрунтування моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 Медицина галузі знань 22 Охорона здоров'я (спеціалізація «Соціальна медицина»). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, 2021.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження виконано у п'ять послідовних етапів, відповідно до розробленої автором спеціальної програми дослідження. Використовуючи методологію дослідження через сукупність загальнонаукових та специфічних методів, визначених паспортом наукової спеціальності «Соціальна медицина» (системного підходу і аналізу, контент-аналізу, бібліосемантичного, соціологічного, медико-статистичного, моделювання, експертних оцінок), здійснено збір інформації, сформовано бази даних, проведено їх статистичну обробку, аналіз, здійснено медико-соціальне обґрунтування моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

Перший етап присвячувався теоретичному аналізу медико-соціальних, економічних і психологічних аспектів проблеми патологічних і вікових змін шкіри, їх внеску в здоров'я населення, зокрема, в частині впливу на якість життя пацієнтів, та чинників ризику, що сприяють розвитку захворювань шкіри й передчасного старіння. Складовою етапу став системний аналіз накопиченого досвіду організації дерматовенерологічної допомоги в світі та в Україні, зокрема, розвитку ринку косметологічних послуг та його нормативного регулювання.

Проведений теоретичний аналіз вказав на системні недоліки в організації косметологічної допомоги в вітчизняній сфері охорони здоров'я, що дозволило визначити напрям подальшого наукового пошуку, сформулювати мету, завдання,

розробити програму, обґрунтувати обсяг, методичну основу та обрати об'єкт, предмет і методи дослідження.

На другому етапі проведенню системний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я України з організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами. Дослідження охоплювало мережу, спектр послуг, ресурсне та технологічне забезпечення, забезпечення якості косметологічних утручань в закладах охорони здоров'я, що надають косметологічну допомогу.

Виявлено, що структуру суб'єктів на ринку косметологічних послуг в Україні складають 88 (34,1%) спеціалізованих монопрофільних закладів охорони здоров'я та 170 (65,9%) – багатопрофільних, які мають право на провадження медичної практики за спеціальністю «Дерматовенерологія». Провайдери пропонують пацієнтам широкий спектр косметологічних утручань: апаратних ($77,8 \pm 0,045\%$ суб'єктів господарювання), інвазивних ($74,1 \pm 0,048\%$), по догляду за шкірою та її придатками ($65,4 \pm 0,052\%$), пілінгів ($54,3 \pm 0,054\%$), мануальних ($50,6 \pm 0,054\%$), дерматохірургічних ($45,7 \pm 0,054\%$). Однак дані процедури носять локальний характер, а комплексні програми лікування, заявлені $29,6 \pm 0,05\%$ провайдерів, виявились комбінаціями декількох лікувальних дерматологічних методик. Медичні технології з косметологічних утручань на основі джерел доказової інформації про найкращу медичну практику пропонують пацієнтам лише $16,0 \pm 0,04\%$ провайдерів косметологічних послуг.

Доведено, що нормативне регулювання косметологічної допомоги населенню України потребує оновлення, оскільки не гармонізовано з Європейськими рекомендаціями щодо якості й безпеки косметичних засобів та виробів медичного призначення (препаратів гіалуронової кислоти); у вітчизняній базі бракує джерел доказової інформації про найкращу медичну практику за напрямом «Косметологічна допомога». Кваліфікаційні характеристики лікарів-дерматовенерологів не містять вимог до професіоналів за напрямом «Косметологія» з урахуванням специфічних особливостей косметологічних утручань.

На третьому етапі вирішувалось завдання надати оцінку загального стану здоров'я та якості життя пацієнтів з косметичними дефектами закладів, обраних базами дослідження, та виявити фактори ризику передчасного старіння шкіри (за даними соціологічного опитування). З цією метою були розроблені анкета, яка включала цільові запитання, відповіді на які мали б забезпечити отримання валідної соціологічної інформації, та опитувальник визначення індексу якості життя пацієнтів з віковими змінами шкіри.

Виявлено, що пацієнти, які звернулись за косметологічною допомогою в заклади, обрані базами дослідження, страждали на хронічні соматичні хвороби: 103 ($52,8 \pm 3,6\%$) пацієнтів клініки «Літус», 131 ($66,5 \pm 3,4\%$) – Інституту дерматокосметології доктора Богомолець, 139 ($60,9 \pm 3,23\%$) – «Shagov aesthetic medicine». Структуру хвороб формували переважно: хвороби органів травлення (відповідно 54,4%, 49,6%, 53,9%); ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин (відповідно 27,2%, 25,9%, 30,2%); хвороби сечостатевої системи (відповідно 12,6%, 14,5%, 11,5%). Однак під регулярним спостереженням профільних спеціалістів знаходилися лише відповідно 26,2%, 24,4% та 25,2% пацієнтів з цими захворюваннями.

З'ясовано, що патологічні та/або вікові зміни шкіри у пацієнтів супроводжувались впливом численних чинників ризику: психоемоційною напругою (відповідно у $22,1 \pm 2,9\%$, $25,9 \pm 3,1\%$, $23,2 \pm 2,8\%$ респондентів); тютюнопалінням (у $29,2 \pm 3,2\%$, $45,2 \pm 3,5\%$, $24,6 \pm 2,9\%$ опитаних); вживанням алкоголю ($44,6 \pm 3,5\%$, $40,1 \pm 3,5\%$ та $36,0 \pm 3,1\%$ особами, з них відповідно 11,5%, 41,8% та 17,1% вживали біля 20-50 мл горілки на день, або 150-350 мл на тиждень), нераціональним харчуванням ($81,1 \pm 2,8\%$, $77,2 \pm 2,9\%$ та $75,4 \pm 2,8\%$ пацієнтів), низькою фізичною активністю ($80,0 \pm 2,9\%$, $79,2 \pm 2,9\%$ та $79,8 \pm 2,7\%$ опитаних), низькою культурою догляду за шкірою ($63,1 \pm 3,4\%$, $77,2 \pm 2,9\%$ та $68,9 \pm 3,1\%$ респондентів).

На четвертому етапі здійснено медико-соціальне обґрунтування та розробка моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, а на п'ятому, заключному етапі, відбувалось впровадження окремих

елементів запропонованої моделі, оцінка її медичної, соціальної та економічної ефективності та експертна оцінка моделі.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше в Україні:

- обґрунтовано модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, інноваційним елементом якої є міждисциплінарна команда професіоналів як основна функціонально-структурна одиниця матричного типу закладу охорони здоров'я, що забезпечує задоволення потреб пацієнта у косметологічній допомозі;
- обґрунтовано примірну типову програму комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами як основу реалізації принципу міждисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами;
- доповнено наукові дані про вплив вікових змін шкіри на якість життя пацієнтів;
- доповнено вітчизняні наукові дані про джерела доказової інформації про найкращу медичну практику за напрямом «Косметологія»;
- узагальнено наукові дані про ризики косметологічних утручань та чинники ризику патологічних і вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів.

Удосконалено підходи до:

- нормативно-правового регулювання організації косметологічної допомоги;
- розробки кваліфікаційних характеристик лікарів-дерматовенерологів в частині компетентностей за напрямом «Косметологічна допомога» відповідно до Європейських рекомендацій;
- розробки навчальних планів і програм навчальних циклів спеціалізації, інтернатури, тематичного удосконалення за спеціальністю «Дерматовенерологія» шляхом доповнення розділами «Косметологічна допомога».

Набуло подальшого розвитку методичне забезпечення медико-соціальних досліджень шляхом обґрунтування та розробки опитувальника для визначення індексу оцінки якості життя пацієнтів з віковими змінами шкіри на основі україномовної версії опитувальника з визначення індексу оцінки якості життя пацієнтів з дерматологічними захворюваннями Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію медичної допомоги, зокрема, пацієнтам з косметичними дефектами внаслідок патологічних і вікових змін шкіри.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати стали підставою для:

- розробки моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами;
- розробки опитувальника для визначення індексу оцінки якості життя пацієнтів з віковими змінами шкіри;
- розробки примірної типової програми комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

Впровадження результатів дослідження здійснено:

- *на галузевому рівні* – шляхом підготовки та видання інформаційних листів: «Модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами» (Горачук В. В., Глебова Є. Є., 2020); «Примірна типова програма комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів» (Горачук В. В., Глебова Є. Є., 2020); підготовки проекту наказу МОЗ України «Про удосконалення косметологічної допомоги населенню з захворюваннями шкіри та її додатків, що призводять до косметичних дефектів, та/або з ознаками передчасного старіння», прийнятого до розгляду МОЗ України;

- *на регіональному та місцевому рівні* елементи моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами впроваджено в

діяльність закладів охорони здоров'я: Інституту дерматокосметології доктора Богомолець; Клініки «Літус», Клініки «Shagov aesthetic medicine», «Рефьюче клінік», ДНУ «НПЦ ПКМ ДУС», КНП «БЦПМСД», м. Буча, Київська область, що засвідчено 19 актами впровадження.

Ключові слова: патологічні та вікові зміни шкіри, косметичні дефекти, косметологічна допомога, якість життя, міждисциплінарна команда, модель, пацієнти.

ANNOTATION

Glebova E. E. Medico-social substantiation of the model of organization of medical care for patients with cosmetic defects. - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 Health care in the specialty 222 Medicine (specialization "Social Medicine"). - Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, 2021.

MAIN RESULTS OF THE RESEARCH

The study was performed in five successive stages, according to a special study program developed by the author. Using the research methodology through a set of general scientific and specific for social medicine methods defined by the passport of the scientific specialty: system analysis, content analysis, bibliosemantic, sociological, medical-statistical, modeling, expert assessments, information collection, databases, statistical processing, analysis, medical and social substantiation of the model of organization of medical care for patients with cosmetic defects.

The first stage was devoted to the theoretical analysis of medical, social, economic and psychological aspects of pathological and age-related skin changes, their contribution to public health, in particular, in terms of impact on patients' quality of life and risk factors contributing to skin diseases and premature aging. . The component of the stage was a systematic analysis of the accumulated experience in the organization of dermatovenereological care in the world and in Ukraine, in particular, the development of the market of cosmetic services and its regulation. The theoretical

analysis indicated systemic shortcomings in the organization of cosmetic care in the domestic health care, which allowed to determine the direction of further research, to form a goal, objectives, develop a program, justify the scope, methodological basis and choose the object, subject and research methods.

In the second stage, a systematic analysis of the activities of health care institutions of Ukraine in the organization of medical care for patients with cosmetic defects. The study covered the network, range of services, resources and technology, quality assurance of cosmetic interventions in health care facilities that provide cosmetic care. It was revealed that the structure of the market of cosmetic services in Ukraine consists of 88 (34.1%) specialized mono-profile health care institutions and 170 (65.9%) multidisciplinary business entities that have the right to conduct medical practice in the specialty "Dermatovenereology". Providers offer patients a wide range of cosmetic procedures: hardware ($77.8 \pm 0.045\%$ of businesses), invasive ($74.1 \pm 0.048\%$), skin care and its appendages ($65.4 \pm 0.052\%$), peels $54.3 \pm 0.054\%$), manual ($50.6 \pm 0.054\%$), dermatosurgical ($45.7 \pm 0.054\%$). However, these procedures are local in nature, and comprehensive treatment programs, claimed by $29.6 \pm 0.05\%$ of providers, were combinations of several treatments. Medical technologies for cosmetic interventions based on sources of evidence of best medical practice are offered to patients by only $16.0 \pm 0.04\%$ of cosmetic service providers. It is proved that the normative regulation of cosmetic care for the population of Ukraine needs to be updated, as it is not harmonized with the European recommendations on the quality and safety of cosmetics and medical devices; the domestic database lacks sources of evidence about the best medical practice in the field of "Cosmetology". Qualification characteristics of dermatovenereologists do not contain requirements for professionals in the field of "Cosmetology", taking into account the specific features of cosmetic interventions.

In the third stage of the study, the task was to provide an assessment of the general health and quality of life of patients with cosmetic defects of the studied institutions; identify risk factors for premature skin aging (according to a sociological study). To this end, a questionnaire was developed, which included targeted questions,

the answers to which should ensure the receipt of valid sociological information, and a questionnaire to determine the quality of life index of patients with age-related skin changes. It was found that patients who sought cosmetic care in institutions selected by the study base suffered from chronic somatic diseases: 103 ($52.8 \pm 3.6\%$) patients of the clinic "Litus", 131 ($66.5 \pm 3.4\%$) - Institute of Dermatocosmetology, Dr. Bogomolets, 139 ($60.9 \pm 3.23\%$) - "Shagov aesthetic medicine". The structure of diseases was formed mainly by: diseases of the digestive system (54.4%, 49.6%, 53.9%, respectively); endocrine system, eating disorders, metabolic disorders (respectively 27.2%, 25.9%, 30.2%); diseases of the genitourinary system (respectively 12.6%, 14.5%, 11.5%). However, only 26.2%, 24.4% and 25.2% of patients with these diseases were regularly monitored by specialists. It was found that pathological and / or age-related skin changes in patients were accompanied by the influence of numerous risk factors: psycho-emotional stress (respectively in $22.1 \pm 2.9\%$, $25.9 \pm 3.1\%$, $23.2 \pm 2.8\%$ of respondents); smoking (in $29.2 \pm 3.2\%$, $45.2 \pm 3.5\%$, $24.6 \pm 2.9\%$ of respondents); alcohol consumption ($44.6 \pm 3.5\%$, $40.1 \pm 3.5\%$ and $36.0 \pm 3.1\%$ of persons, of whom 11.5%, 41.8% and 17.1%, respectively, used about 20-50 ml of vodka per day, or 150-350 ml per week), malnutrition ($81.1 \pm 2.8\%$, $77.2 \pm 2.9\%$ $75.4 \pm 2.8\%$ of patients), low physical activity ($80.0 \pm 2.9\%$, $79.2 \pm 2.9\%$ and $79.8 \pm 2.7\%$ of respondents), low skin care culture ($63.1 \pm 3.4\%$, $77.2 \pm 2.9\%$ and $68.9 \pm 3.1\%$ of respondents).

At the fourth stage the medical and social substantiation and development of the model of medical care for patients with cosmetic defects was carried out, and at *the fifth*, final stage, some elements of the proposed model were introduced, its medical, social and economic efficiency was evaluated and the model was expertly evaluated.

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

- the model of organization of medical care for patients with cosmetic defects is substantiated, the innovative element of which is an interdisciplinary team of professionals as the main functional and structural unit that meets the patient's needs for cosmetic care;

- an exemplary standard program of comprehensive medical care for patients with cosmetic defects as a basis for the implementation of the principle of interdisciplinary approach to the provision of medical care to patients with cosmetic defects;

- new scientific data on the impact of age-related skin changes on the quality of life of patients;

- supplemented domestic scientific data on sources of evidence of best medical practice in the field of "Cosmetology";

- systematized scientific data on the risks of cosmetic interventions and risk factors for pathological and age-related skin changes that lead to cosmetic defects.

Improved approaches to:

- regulatory and legal regulation of the organization of cosmetic care in Ukraine;
- development of qualification characteristics of dermatovenereologists in terms of competencies in the field of "Cosmetic Care";

- development of curricula and programs of educational cycles of specialization, internship, thematic improvement in the specialty "Dermatovenereology" sections "Cosmetic care".

The methodological support of medical and social research was further developed by substantiating and developing a questionnaire to determine the index of quality of life of patients with age-related skin changes based on the Ukrainian version of the questionnaire to determine the index of quality of life of patients with dermatological diseases Dermatology Life Quality Index (DLQI).

The theoretical significance of the results of the study is a significant addition to the theory of social medicine in the doctrine of the organization of medical care, in particular, patients with cosmetic defects due to pathological and age-related skin changes.

The practical significance of the work is that its results became the basis for:

- development of a model of organization of medical care for patients with cosmetic defects;

- development of a questionnaire to determine the index of quality of life of patients with age-related skin changes;
- development of an approximate standard program of comprehensive medical care for patients with cosmetic defects.

The results of the research were implemented:

- *at the sectoral level* - by preparing and publishing information letters: "Model of medical care for patients with cosmetic defects" (Kyiv, 2020) (Gorachuk VV, Glebova EE); "Approximate standard program of comprehensive medical care for patients with pathological and age-related skin changes that have led to cosmetic defects" (Kyiv, 2020) (Gorachuk VV, Glebova EE); preparation of a draft order of the Ministry of Health of Ukraine "On improving cosmetic care for the population with diseases of the skin and its appendages that lead to cosmetic defects, and / or with signs of premature aging", accepted for consideration;

- *at the regional and local level*, elements of the model of organization of medical care for patients with cosmetic defects have been introduced into the activities of health care institutions: the Institute of Dermatocosmetology of Dr. Bogomolets; Clinics "Litus", Clinics "Shagov aesthetic medicine", "Refueche clinics", DNU "NPC PKM DUS", KNP "BCPMSD", Bucha, Kyiv region, as evidenced by 19 acts of implementation. Key words: pathological and age-related skin changes, cosmetic defects, cosmetic care, quality of life, interdisciplinary team, model, patients.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Горачук В. В., Глебова Є. Є. Якість життя, пов'язана з хворобами шкіри, як медико-соціальна проблема. *Збірник наукових праць НМАПО імені П. Л. Шупика*. Випуск 27. 2017. С. 201-208 (Автору належить збір даних, підготовка вступу та основної частини публікації).

2. Глебова Є. Є., Горачук В. В. Фактори ризику передчасного старіння шкіри (результати соціологічного дослідження). *Збірник наукових праць*

співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Випуск 32, 2018. С. 353-361 (Автору належить збір даних, підготовка вступу та основної частити публікації, медико-статистична обробка та аналіз даних дослідження).

3. Глебова Є. Є. Горачук В. В. Патологічні та вікові зміни шкіри: медико-економічні, соціальні та психологічні аспекти проблеми. *Здоров'я суспільства*. 2018. № 5-6. С. 209-211 (Автору належить збір даних, підготовка вступу та основної частити публікації).

4. Eugene E. Glebova, Viktoriia V. Horachuk, Eugene A. Verba. Organization of dermatovenerologic medical care: domestic realities and world practice (review of literature). *Wiadomosci Lekarskie*. TOM LXXII, 2019. Nr11-2187-91 (Автору належить збір даних, підготовка вступу та основної частити публікації).

5. Глебова Є. Є. Якість життя жінок з віковими змінами шкіри. *Здоров'я суспільства*. 2019. Т. 8. № 5-6. С. 227-230.

6. Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. № 2 (59). С. 28-34.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Горачук В. В., Глебова Є. Є. Кадрові питання в організації надання лікувально-діагностичних і косметологічних послуг жінкам з патологічними та віковими змінами шкіри обличчя. *Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні: матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю «», 24-25 травня 2017 р, Ужгород. Україна. Здоров'я нації: Київ: «СПД ФО «Коломіцин В. Ю.». С. 80-83 (Автору належить збір даних, підготовка основної частити публікації).*

2. Глебова Є. Є. Правові питання кадрового забезпечення медичної допомоги жінкам з патологічними та віковими змінами шкіри обличчя. *Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд: тези у матеріалах*

Всеукр. наук.-практ. конф., 29 листопада 2018 року. Київ-Одеса: Фенікс, 2019. С. 33-35.

3. Глебова Є. Є. Горачук В. В. Напрями оптимізації косметологічної допомоги в Україні. *Медицина в сучасних умовах інтеграційного розвитку країн Європи* : збірник тез міжнародної наук.-практ. конф., 10-11 травня 2019 р., Люблін, Польща. С. 232-234 (*Автору належить збір даних, підготовка основної частити публікації*).

4. Горачук В. В., Глебова Є. Є. Модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами. *Інформаційний лист*. К.: Укрмедпатентінформ МОЗ України, Випуск з проблеми «Громадське здоров'я». 2020. № 146 – 2020. 4 с. (*Автору належить збір даних, підготовка основної частити публікації*).

5. Горачук В. В., Глебова Є. Є. Примірна типова програма комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів. *Інформаційний лист*. К.: Укрмедпатентінформ МОЗ України, Випуск з проблеми «Громадське здоров'я». 2020. № 147 – 2020. 4 с. (*Автору належить збір даних, підготовка основної частити публікації*).

ЗМІСТ

Назва розділу/підрозділу	Стор
АНОТАЦІЯ	2
ЗМІСТ	14
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	17
ВСТУП	18
Розділ 1. ПАТОЛОГІЧНІ ТА ВІКОВІ ЗМІНИ ШКІРИ ЯК СКЛADOVA ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ. ОРГАНІЗАЦІЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В СВІТІ ТА В УКРАЇНІ	27
1.1. Хвороби та вікові зміни шкіри як медико-соціальна та економічна проблема. Чинники ризику передчасного старіння шкіри	27
1.2. Психологічні проблеми та якість життя хворих при патології та вікових змінах шкіри	37
1.3. Косметологія як складова дерматовенерології. Історія та сучасні технології	41
1.4. Моделі організації дерматовенерологічної допомоги. Актуальні питання косметологічної допомоги: вітчизняні реалії та світова практика	49
Висновки до розділу 1	61
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	64
2.1. Методологічна основа та програма дослідження	64
2.2. Методичні підходи до проведення соціологічного дослідження та експертної оцінки моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами	72

Висновки до розділу 2	79
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ	81
1.1. Загальна характеристика мережі та діяльності закладів охорони здоров'я України з надання медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами	81
3.2. Аналіз навчально-методичного забезпечення професійної підготовки та безперервного професійного розвитку лікарів- дерматовенерологів з надання косметологічної допомоги	92
3.3. Організація косметологічної допомоги в закладах охорони здоров'я, обраних базами дослідження	102
Висновки до розділу 3	110
РОЗДІЛ 4. ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я, ЧИННИКІВ РИЗИКУ ПЕРЕДЧАСНОГО СТАРІННЯ ШКІРИ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ (АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)	113
4.1. Аналіз результатів соціологічного дослідження з оцінки загального стану здоров'я та виявлення чинників ризику передчасного старіння шкіри	113
4.2. Аналіз результатів дослідження якості життя жінок з віковими змінами шкіри	123
Висновки до розділу 4	128
РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ	130
5.1. Медико-соціальне обґрунтування моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами	130
5.2. Розробка моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами	135

Висновки до розділу 5	149
РОЗДІЛ 6. ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ	151
6.1. Впровадження моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами на галузевому, регіональному рівнях та в практику роботи закладів охорони здоров'я	151
6.2. Оцінка медичної, соціальної, економічної ефективності та експертна оцінка моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами	156
Висновки до розділу 6	166
ВИСНОВКИ.....	168
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	172
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	173
ДОДАТКИ	199

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДП – Дочірнє підприємство

ДУ «УІСД МОЗ України – Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

ЄС – Європейський Союз

КМП – клінічний маршрут пацієнта

КНП «БЦПМСД» - Комунальне неприбуткове підприємство «Бучанський Центр первинної медико-санітарної допомоги»

Лікар ЗП-СЛ – лікар загальної практики – сімейний лікар

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

ПП – Приватне підприємство

ПАТ- Приватне акціонерне товариство

СНІД – Синдром набутого імунodefіциту

ТОВ – Товариство з обмеженою відповідальністю

УКПМД – Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

GMP – належна виробнича практика

DLQI – Dermatology Life Quality Index

ВСТУП

Актуальність теми. Накопичення значного обсягу хвороб шкіри серед населення України, контингент хворих чисельністю більше 2-х млн осіб, зокрема, з хронічними дерматозами, псоріазом, мікозами, новоутвореннями, інфекціями статевих органів, призводить до зниження якості життя пацієнтів, спричиняє економічні збитки для держави, стає причинами тимчасової втрати працездатності, інвалідизації, людських втрат від злоякісних новоутворів. В умовах реформування сфери охорони здоров'я це вимагає зміни підходів до забезпечення ефективного функціонування дерматовенерологічної допомоги, про що свідчать дані наукових досліджень [1].

Доцільність перегляду підходів до організації дерматовенерологічної допомоги підсилюється змінами потреб населення, які в останні десятиріччя активно доповнюються попитом на косметологічну допомогу внаслідок зростання значимості зовнішності як маркеру успішності та особистої культури людини й негативного впливу патологічних і вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, на психоемоційний стан особи, проявами яких нерідко стають тривожні, депресивні розлади та дисморфофобії, а також проблеми в трудовій діяльності та комунікаціях із соціальним оточенням [2-4].

Світовий ринок косметологічних послуг як за вартістю, так і за обсягами косметологічних утручань постійно зростає. За даними Міжнародної асоціації естетичної пластичної хірургії, загальна кількість процедур (хірургічних та нехірургічних), проведених пластичними хірургами в світі, зросла з 14,1 млн у 2010 р. до 21 млн у 2015 р., а за даними Американського товариства естетичної пластичної хірургії, кількість процедур, проведених його лікарями, (як хірургічних, так і нехірургічних), в США зросла з 11,4 млн у 2006 році до 13,6 млн у 2016 р., або на 19,0% [5-8].

На вітчизняному ринку постійно зростають обсяги продажів косметичної продукції: з 30 млрд грн у 2015 р. до 36 млрд грн у 2016 р. У лютому 2019 р. загальний об'єм аптечного продажу косметичних засобів склав 497,7 млн. грн за 6,9 млн. упаковок, показник збільшився за аналогічний період 2018 р. на 42,5% у грошовому та на 22,1% – у натуральному еквіваленті [9-10].

Однак косметологічні втручання лише частково вирішують проблему косметичних дефектів внаслідок патологічних і вікових змін шкіри, оскільки останні залежать значним чином від впливу керованих чинників ризику: нераціонального харчування, низької фізичної активності, високого рівня споживання алкоголю, тютюнопаління, патології зубо-щелепного апарату, широко розповсюджених, за даними Державної установи «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (ДУ «УІСД МОЗ України») (2018) [11], серед української популяції. Особливого значення в якості чинників ризику набувають внутрішні хвороби та хвороби різних органів і систем (органів травлення, сечостатевої системи, кістково-м'язової та сполучної тканини, ендокринні хвороби), причинно-наслідкові зв'язки яких з патологією шкіри та передчасним старінням давно доведені, а питома вага їх в структурі поширеності усіх хвороб поступово зростає [12]. Отже, актуальним завданням стає підвищення рівня обізнаності населення з питань впливу різноманітних чинників ризику розвитку захворювань шкіри та її придатків і передчасного старіння з метою попередження їх реалізації.

На думку представників Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів [13], існує ряд інших невирішених проблем з організації дерматовенерологічної, зокрема, косметологічної, допомоги в Україні в частині її нормативного регулювання, взаємодії та координації лікарів різних спеціальностей і закладів різних форм власності, які можуть мати відношення до виявлення, діагностики й лікування хвороб шкіри з метою комплексного впливу на стан різних органів і систем, маркерами патології яких можуть бути шкірні прояви.

Вимагає посилення державний контроль за ввезенням і використанням косметичних препаратів з метою запобігання несприятливих наслідків і ускладнень косметологічних утручань [14].

Необхідність і доцільність медико-соціального обґрунтування моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами обумовлюються також висновками експертів ВООЗ щодо переорієнтації надання медичних послуг від роздробленості до більшої інтеграції у рамках підходу, орієнтованого на людей, що є невідкладним у зв'язку зі зростанням темпів хронічних захворювань та старіння населення в Європейському регіоні [15].

Таким чином, активний попит населення на косметологічну допомогу за умов високого рівня впливу чинників ризику патологічних змін шкіри та передчасного старіння, бурхливий розвиток ринку косметологічних послуг, невирішені питання організації дерматовенерологічної допомоги, недосконалість нормативного регулювання косметологічної допомоги, загрози наслідків і ускладнень косметологічних утручань обумовили актуальність даного дослідження, визначили його мету і завдання.

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

Дисертаційна робота виконувалася відповідно до плану наукових досліджень Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика та є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я «Обґрунтування моделей управління підсистемами охорони здоров'я та зміцнення популяційного здоров'я України відповідно до Європейських стратегій» (термін виконання 2015-2019 рр., № державної реєстрації 0115U002160). Авторка особисто здійснювала збір первинного матеріалу, його обробку та аналіз, обґрунтування й розробку моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами та впровадження її окремих елементів в практику діяльності закладів охорони здоров'я.

Мета дослідження: здійснити медико-соціальне обґрунтування, розробити та впровадити модель організації медичної допомоги пацієнтам з

косметичними дефектами; надати оцінку її медичної, соціальної та економічної ефективності.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести теоретичне дослідження медико-соціальних, економічних, психологічних аспектів проблеми патологічних і вікових змін шкіри, що призвели до косметичних дефектів, та організації дерматовенерологічної, зокрема, косметологічної, допомоги в світі та в Україні.

2. Здійснити системний аналіз організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами на ринку косметологічних послуг України: мережі суб'єктів господарської діяльності; спектру послуг; ресурсного та технологічного забезпечення; структури відвідувань; забезпечення якості косметологічної допомоги.

3. Проаналізувати навчально-методичне забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів-дерматовенерологів за розділом «Косметологічна допомога».

4. Надати оцінку загального стану здоров'я та якості життя пацієнтів з косметичними дефектами; виявити чинники ризику передчасного старіння шкіри (за даними соціологічного дослідження).

5. Здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробити модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

6. Впровадити окремі елементи моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами в практику діяльності закладів охорони здоров'я; надати оцінку її медичної, соціальної та економічної ефективності.

Провести експертну оцінку моделі.

Об'єкт дослідження: організація медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

Предмет дослідження: пацієнти з патологічними й віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів; заклади охорони здоров'я, що надають косметологічну допомогу, їх ресурсне й технологічне забезпечення; нормативно-правова база регулювання косметологічної допомоги в Україні;

організаційні технології надання косметологічної допомоги; навчально-методичне забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів-дерматовенерологів за напрямом «Косметологічна допомога»; стандарти та протоколи медичної допомоги за напрямками «Дерматологія», «Дерматовенерологія», «Косметологія»; стан здоров'я та якість життя пацієнтів з косметичними дефектами.

База дослідження: заклади охорони здоров'я приватної форми власності, що надають косметологічну допомогу: Інститут дерматокосметології доктора Богомолець, клініка «Літус», клініка «Shagov aesthetic medicine».

Період дослідження: 2016-2019 рр.

Методи дослідження:

- *системного підходу та системного аналізу* – з метою проведення комплексного дослідження визначених об'єкту та предметів у їх зовнішніх і внутрішніх взаємозв'язках, виявлення проблем і напрямів їх вирішення при обґрунтуванні та розробці моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами;

- *бібліосемантичний* – з метою теоретичного аналізу міжнародного та вітчизняного досвіду організації надання косметологічної допомоги;

- *контент-аналізу* – з метою дослідження змісту та організації діяльності закладів охорони здоров'я – провайдерів косметологічних послуг за визначеними змістовними поняттями, обраними за одиниці аналізу, з виявленням частоти їх згадувань у вибірці;

- *соціологічний* (анкетне опитування) – з метою отримання оцінки респондентами стану власного здоров'я, виявлення чинників ризику патологічних змін шкіри та передчасного старіння, визначення індексу оцінки якості життя пацієнтів з віковими змінами шкіри;

- *медико-статистичний* – для розрахунку обсягів вибірок, збору, обробки та оцінки достовірності отриманої статистичної інформації, статистичного підтвердження ефективності впровадження елементів моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами;

- *модельовання* – для медико-соціального обґрунтування та розробки моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами;

- *експертних оцінок* – для отримання незалежної оцінки моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами висококваліфікованими експертами.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше в Україні:

- обґрунтовано модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, інноваційним елементом якої є міждисциплінарна команда професіоналів як основна функціонально-структурна одиниця, що забезпечує задоволення потреб пацієнта у косметологічній допомозі;

- обґрунтовано примірну типову програму комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами як основу реалізації принципу міждисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами;

- доповнено наукові дані про вплив вікових змін шкіри на якість життя пацієнтів;

- доповнено вітчизняні наукові дані про джерела доказової інформації про найкращу медичну практику за напрямом «Косметологія»;

- узагальнено наукові дані про ризики косметологічних утручань та чинники ризику патологічних і вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів.

Удосконалено підходи до:

- нормативно-правового регулювання організації косметологічної допомоги в частині його приведення у відповідність до нормативних вимог вітчизняної системи охорони здоров'я;

- розробки кваліфікаційних характеристик лікарів-дерматовенерологів в частині компетентностей за напрямом «Косметологічна допомога» відповідно до Європейських рекомендацій;

- розробки навчальних планів і програм навчальних циклів спеціалізації, інтернатури, тематичного удосконалення за спеціальністю

«Дерматовенерологія» шляхом доповнення розділами «Косметологічна допомога».

Набуло подальшого розвитку методичне забезпечення медико-соціальних досліджень шляхом обґрунтування та розробки опитувальника для визначення індексу оцінки якості життя пацієнтів з віковими змінами шкіри на основі україномовної версії опитувальника з визначення індексу оцінки якості життя пацієнтів з дерматологічними захворюваннями Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію медичної допомоги, зокрема, пацієнтам з косметичними дефектами внаслідок патологічних і вікових змін шкіри.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати стали підставою для розробки:

- моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами;
- опитувальника для визначення індексу оцінки якості життя пацієнтів з віковими змінами шкіри;
- примірної типової програми комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

Впровадження результатів дослідження здійснено:

- *на галузевому рівні* – шляхом підготовки та видання інформаційних листів: «Модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами» (Горачук В. В., Глебова Є. Є.; Київ, 2020); «Примірна типова програма комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів» (Горачук В. В., Глебова Є. Є.; Київ, 2020); підготовки проекту наказу МОЗ України «Про удосконалення косметологічної допомоги населенню з захворюваннями шкіри та її додатків, що призводять до косметичних дефектів, та/або з ознаками передчасного старіння», прийнятого до розгляду МОЗ України;

- на регіональному та місцевому рівні елементи моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами впроваджено в діяльність закладів охорони здоров'я: Інституту дерматокосметології доктора Богомолець; Клініки «Літус», Клініки «Shagov aesthetic medicine», «Рефьюче клінік», ДНУ «НПЦ ПКМ ДУС», КНП «БЦПМСД», м. Буча, Київська область, що засвідчено 19 актами впровадження.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно: виконано патентний пошук та проведено теоретичний аналіз наукової медичної літератури за темою дослідження; розроблено програму дослідження та обрано методи дослідження відповідно до мети та поставлених завдань; розроблено зразки анкет соціологічного опитування, експертної оцінки та опитувальник для визначення індексу оцінки якості життя. Власноруч сформовано базу даних з первинних джерел, проведено їх упорядкування, статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів. Автором особисто проведено медико-соціальне обґрунтування моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, її розробку та впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я. Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою ліцензованого програмного забезпечення SPSS (версія IBM SPSS Statistics 22) та MS Excel. Автором власноруч написані всі розділи дисертації, підготовлені таблиці і рисунки, сформульовані висновки та рекомендації. Внесок автора у публікації, написані у співавторстві, є визначальним.

Апробація результатів дисертації. Результати наукового дослідження оприлюднені на:

- науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні» 24-25 травня 2017 р., м. Ужгород, Україна;
- Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд» 29 листопада 2018 року, м. Київ, Україна;

- міжнародній науково-практичній конференції «Медицина в сучасних умовах інтеграційного розвитку країн Європи» 10-11 травня 2019 року, м. Люблін, Республіка Польща;

- науково-практичній конференції «Інноваційні моделі управління та оптимізації діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я» в рамках XI Міжнародного медичного форуму 16-18 вересня 2020 року, м. Київ, Україна.

Публікації. Результати дисертації опубліковані у 11 наукових працях (у т. ч. 3 – одноосібних), з них: у 5-ти статтях у наукових фахових виданнях України; статті у виданні, що входить до наукометричної бази Scopus; 3-х тезах в збірках матеріалів науково-практичних конференцій. Матеріали дисертації представлені у 2-х інформаційних листах.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 256 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту 162 сторінки; містить 19 таблиць, 6 рисунків, 26 додатків. Текст складається із вступу, шести розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Бібліографія включає 223 джерела, із них кирилицею – 132, латиною – 91, власних публікацій за темою дисертації – 11.

РОЗДІЛ 1

ПАТОЛОГІЧНІ ТА ВІКОВІ ЗМІНИ ШКІРИ ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ. ОРГАНІЗАЦІЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В СВІТІ ТА В УКРАЇНІ

1.1. Хвороби та вікові зміни шкіри як медико-соціальна та економічна проблема. Чинники ризику передчасного старіння шкіри

Досягнення найвищого рівня здоров'я на усіх етапах життя Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) визначено правом кожного, а не привілеями обраних. Здоров'я і благополуччя населення визнані ключовими факторами соціально-економічного розвитку європейських країн та мають велике значення в житті кожної людини, сім'ї та громади. Надання людині можливостей підтримати здоров'я та контролювати чинники, що на нього впливають, сприяє розвитку громадянського суспільства та підвищенню якості життя [16].

Особливого значення проблема здоров'я та профілактики хвороб, подовження тривалості і якості життя набуває в умовах тривалої демографічної кризи в Україні. В період з 01.01.1991 по 01.01.2020 наявна чисельність населення зменшилась з 51 944,4 тис. осіб до 41 902,4 тис. осіб, тобто, на 10 042,0 тис. осіб. Скорочення відбувається переважно за рахунок природних причин, оскільки кількість померлих з року в рік суттєво перевищує кількість народжених: у 2019 р. на 100 померлих народжувалося лише 53 дитини. В структурі населення зберігаються гендерні нерівності: чисельність жіночого населення у 2019 р. переважала кількість чоловічого на 3 070,0 тис. осіб [17].

Як наслідок, в загальній структурі населення утримуються зміни, що свідчать про невпинне старіння української нації: станом на 01.01.2019 чисельність населення віком 16-59 років дорівнювала 25 293,7 тис. осіб (60,3%), а 60 років і старше – 9 827,1 тис. осіб (23,4%) [18]. За оціночною шкалою Ж. Боже-Гарньє та Россета, рівень старіння української популяції можна визначити як надзвичайно старий, оскільки показник питомої ваги населення віком 60 років і старше в загальній структурі більше 20,0% [19].

За такого рівня старіння демографічна ситуація в Україні характеризується не лише депопуляцією, але й несприятливими змінами у здоров'ї населення, а саме, істотним його погіршенням [20-22].

За даними ДУ «УІСД МОЗ України» (2013-2017 рр.), поширеність усіх хвороб серед населення країни в 2017 р. зменшилась відносно 2013 р. на 7,69% (з 185 650,9 до 171 376,5 на 100 тис. нас.), захворюваність – на 8,2% (з 68 376,9 до 62 748,0 на 100 тис. нас.). Разом з тим, в структурі поширеності спостерігалось зростання питомої ваги таких класів хвороб, як хвороби органів дихання, травлення, кістково-м'язової та сполучної тканини, ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин. Питома вага хвороб шкіри та підшкірної клітковини в структурі поширеності залишилась за вказаний період незмінною [23, с. 32-38; 11, с. 35-40] (табл. 1) .

Як видно з табл. 1, за рівнями поширеності відмічалось зниження показників за кожним класом хвороб у 2017 р. порівняно з 2013 р., однак порівняно з 2016 р. у 2017 р. відбулось помірне зростання рівнів поширеності деяких інфекційних і паразитарних хвороб (з 3319,9 до 3374,4 на 100 тис. нас.), новоутворень (з 4121,1 до 4183,4 на 100 тис. нас.), ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (з 8569,3 до 8676,0), хвороб ока та його придаткового апарату (з 8262,2 до 8284,9 на 100 тис. нас.), кістково-м'язової та сполучної тканини (з 9313,2 до 9344,5 на 100 тис. нас.). Поширеність хвороб шкіри та підшкірної клітковини дорівнювала у 2013 р. 4 892,8 на 100 тис. нас.; у 2017 році, після скорочення показника у 2016 році, вона зросла з 4 513,3 до 4539,1 на 100 тис. нас.

Первинна захворюваність як за усіма класами хвороб, так і за вищезазначеними, впродовж 2013-2017 рр., у показниках на 100 тис. нас., поступово знижувалась: на деякі інфекційні та паразитарні хвороби – з 2680,9

Таблиця 1.1

Структура поширеності хвороб серед населення України за основними класами хвороб за МКХ-10 (у %, 2013 -2017 рр.; за даними ДУ «УІСД МОЗ України»)

№	Класи хвороб	Роки, питома вага в загальній структурі (%)		
		2013	2016	2017
1	Хвороби системи кровообігу	31,47	30,67	30,88
2	Хвороби органів дихання	19,32	20,68	20,13
3	Хвороби органів травлення	9,68	9,74	9,76
4	Хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини	5,37	5,39	5,45
5	Хвороби сечостатевої системи	5,43	5,43	5,41
6	Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	4,84	4,96	5,06
7	Хвороби ока та його придаткового апарату	4,97	4,78	4,83
8	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2,64	2,61	2,64

до 2216,4; новоутворення – з 970,1 до 863,4; ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин – з 1085,5 до 925,4; хвороби ока та його придаткового апарату – з 3591,1 до 3219,2; хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини залишались на рівні 3182,3. Захворюваність на хвороби шкіри та підшкірної клітковини зменшилась відповідно з 4090,6 до 3688,4. Однак

відбулось помірне зростання показника захворюваності на ці хвороби з 3681,9 у 2016 р. до 3688,4 на 100 тис. нас. у 2017 р.

Медичний аспект проблеми патології шкіри обумовлюється не лише рівнем та динамікою поширеності й захворюваності, але й нозологічною структурою класу. В структурі первинної захворюваності усіх хвороб шкіри й підшкірної клітковини у 2017 р. найвищу питому вагу займали інфекції шкіри, (29,2%), атопічний дерматит (2,43%), контактний дерматит (18,63%), псоріаз (0,81%), мікози стоп (2,7%), дерматофітози (1,35%), короста (0,52%) [24, с. 48].

Найбільш актуальною медичною й соціальною проблемою патології шкіри є злоякісні новоутворення. Вони тривалий час займають, разом із злоякісними новоутвореннями легень, передміхурової залози, шлунка та товстої кишки, найбільшу питому вагу (56,3%) в структурі онкологічної захворюваності чоловічого населення. Така ж ситуація спостерігається й серед жіночого населення, оскільки на злоякісні новоутворення молочної залози, тіла та шийки матки, колоректальний рак і злоякісні новоутворення шкіри приходить разом 59,3% в структурі онкологічної захворюваності жінок. Немеланомні злоякісні новоутворення шкіри за питомою вагою в структурі усіх злоякісних новоутворень займали у 2016 р. третє місце (9,9%) серед чоловічого та друге (12,6%) – серед жіночого населення. Питома вага цих хвороб тісно пов'язана з віком і зростає з постарінням населення (питома вага серед чоловіків віком 30-54 років – 8,1%, віком 75 і старше – 16,1%; це друге місце в структурі злоякісних новоутворень кожної з цих вікових груп; серед жінок віком 55-74 роки – 11,5%, друге місце в структурі цієї вікової групи; віком – 75 і старше – 23,3%, перше місце в структурі цієї вікової групи) [25, с. 8].

Інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, лепра, Синдром набутого імунodefіциту (СНІД), які належать, зокрема, до компетенції дерматовенерологічної служби, на законодавчому рівні визнані соціально небезпечними хворобами [26]. Соціальне значення хвороб шкіри обумовлюється також втратами населення від злоякісних новоутворень шкіри, інвалідизацією, тимчасовою втратою працездатності осіб працездатного віку. Так, показник

смертності від меланоми шкіри в Україні склав у 2016 році 2,3 на 100 тис. нас., а в 2017 році – 2,5 на 100 тис. нас., в той час як в Європейських країнах цей показник протягом останніх двох десятиріч залишається стабільним з навіть незначною, але тенденцією до зниження [27].

Смертність від немеланомних злоякісних новоутворень шкіри в Україні складала у 2016 р. 1,2 та у 2017 р. – 1,1 на 100 тис. нас. Загальна кількість захворювань на меланому шкіри дорівнювала 2755 випадків у 2016 р., немеланомних злоякісних новоутворень шкіри – 15351 випадків. Цим підтверджується, що контингент пацієнтів, яким встановлюють групу інвалідності внаслідок хронічних тяжких захворювань шкіри, щороку зростає. Найвищий рівень захворюваності на гострі та хронічні дерматози реєструється в осіб молодого, працездатного віку, тобто у найбільш продуктивної частини населення [25, с. 3-4].

Медико-соціальний аспект патологічних змін шкіри тісно пов'язаний з економічним аспектом. Діагностика та лікування будь-яких хвороб шкіри, як і інших хвороб, потребує кадрового, матеріально-технічного, технологічного (лікувально-діагностичних, реабілітаційних і профілактичних технологій), медикаментозного забезпечення, тобто економічних витрат. Вартість лікування хвороб розраховується з урахуванням структури витрат, необхідних для надання медичної допомоги/послуги відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я [28]. Розрахунки вартості хвороб шкіри (еталонні й фактичні) поки не знайшли широкого впровадження в практику діяльності закладів і органів управління охороною здоров'я України, що ускладнює аналіз вартості. Лише поодинокі повідомлення свідчать, що, наприклад, вартість лікування клінічного випадку (загострення) псоріазу у дітей в амбулаторно-поліклінічних умовах у 2010 р. склала 400,2 грн., atopічного дерматиту в умовах стаціонару – 672,8 грн. Ця вартість з часом постійно зростає. В структурі витрат на амбулаторно-поліклінічне лікування провідне місце належить вартості лікарських засобів та діагностичних обстежень, а на стаціонарне лікування – матеріально-технічним витратам на утримання ліжка та на медикаментозне лікування [29].

Фармакоєкономічний аналіз витрат на лікування меланоми шкіри, за підрахунками зарубіжних науковців, засвідчив, що вартість лікування метастатичної меланоми шкіри впродовж року коливалася від 4,67 до 8,3 млн руб., а трирічного курсу – від 6,66 до 11,82 млн руб. [30]. У м. Москва меланома шкіри є найбільш високозатратним випадком лікування в порівнянні з вартістю лікування злоякісних новоутворень інших локалізацій, оскільки на 3,0% хворих на меланому шкіри в структурі усіх пацієнтів, хворих на рак, обсяг витрат на лікування складав 20,0% і був найбільшим [31].

Повертаючись до аналізу демографічної ситуації в Україні, слід зазначити, що постаріння населення супроводжується збільшенням тривалості його життя. Середня очікувана тривалість життя для обох статей у 2000 р. складала 67,72 років, а в 2018 р. – вже 71,76 років, що відображає загальносвітові тенденції. Для чоловіків відповідні показники складали 62,1 та 66,69 років, для жінок – 73,53 та 76,72 років [32, с. 57-60], що обумовлює потреби населення боротися з проявами старіння, зокрема, зовнішніми. Прояви старіння погіршують естетичний вигляд відкритих ділянок шкіри, що зменшує привабливість особи; найбільш ця ситуація негативно впливає на психологічний стан осіб жіночої статі [33].

В контексті загального старіння організму людини старіння шкіри є саме тим неминучим, складним, мультифакторіальним процесом, який зовні видає вік. На біологічному рівні, як вважають експерти ВООЗ та науковці, старіння пов'язане з поступовим акумулюванням найрізноманітніших пошкоджень на молекулярному й клітинному рівнях, які згодом призводять до поступового зменшення фізіологічних резервів і підвищеного ризику численних хвороб, а також до загального спаду індивідуальної життєздатності [34-36].

Зокрема, стан шкіри з віком поступово погіршується в результаті пошкоджень, викликаних фізіологічними механізмами, генетичною схильністю та зовнішніми впливами [37].

Виділяють два види вікових змін шкіри: хроностаріння (L 57.4. Стареча атрофія (в'ялість) шкіри) та фотостаріння (L 57. Зміни шкіри, викликані

хронічною дією неіонізуючого випромінювання) [38]. Фотостаріння науковці визначають як передчасне старіння [39].

Розгляд питань старіння шкіри необхідно проводити з урахуванням даних про її багатофункціональне призначення як органу, складну побудову та іннервацію, вміст усіх видів органічних і неорганічних речовин, а також чинників, що сприяють хронологічному та передчасному старінню [40].

Так, зовні помітний процес інволюції шкіри внаслідок хронологічного (календарного) старіння починається у людини після 40 років. Це обумовлено зменшенням товщини структурних елементів шкіри – епідермісу і гіподерми, початком атрофії дрібних сальних залоз, потовщенням колагенових волокон, дистрофією сполучної тканини, зменшенням кількості мукополісахаридів. Як наслідок перетворень, відбувається зневоднення, а отже, підвищення сухості шкіри, зменшення її тургору, зміна кольору, зниження захисних, секреторних, імунних, регенераторних функцій. У віці після 50 років в шкірі відбувається стоншення всіх шарів, з перерозподілом підшкірної жирової клітковини таким чином, що її кількість збільшується на різних ділянках тіла, але зменшується на обличчі та шиї. Знижується кровопостачання шкіри, значно сповільнюються регенераційні процеси, підвищується лужність, відбувається дегенерація колагену. Мають місце гендерні особливості шкіри, що формують особливості жіночого старіння: це знижений вміст колагену в шкірі жінок у порівнянні з шкірою чоловіків загалом, тому жіноча шкіра старіє раніше. Крім того, у зв'язку з менопаузою, особливо у перші п'ять років після її настання, у жінок відбувається зниження рівня дермального колагену до 30,0% внаслідок гормональної перебудови організму в цей віковий період. В результаті виникають зовнішні вікові зміни шкіри у вигляді зморшок і старечих пігментних плям, втрати об'єму, еластичності, щільності шкіри та зменшення підшкірної клітковини. Прогресуюча атрофія судин робить особу більш схильною до дерматиту, а хворих на інші хвороби – до пролежнів і розривів шкіри [41-43].

Дослідженнями доведено, що утворення зморшок є реакцією сполучної тканини, основою якої є колаген, на дозоване направлене напруження в м'яких

тканинах обличчя, пов'язаною з компенсаторними реакціями збереження архітекτονіки сполучної тканини. Внесок у анатомічну основу зморшок здійснюють також лімфатичні судини разом з оточуючим перилімфатичним жиром; лімфатична дисрегуляція призводить до запалення, рубців і фіброзу. Звичні артикуляційні уклади, скорочення м'язів сприяють виникненню зморшок [44; 45].

Передчасне старіння шкіри відбувається за певними клінічними стадіями, критерієм яких є віковий фактор та відповідні клінічні прояви. Початкова стадія простежується вже у віці 20-30 років, а клінічними ознаками є помірні порушення пігментації та мінімально виражені м'які зморшки. Наступна стадія розвивається між 30-40 роками. Шкіра набуває жовтуватого відтінку, виникають вогнища кератозу, які визначаються пальпаторно, більш чіткіше проявляються м'які зморшки та з'являються лентиго. Від 40 до 60 років наступна клінічна стадія фотостаріння проявляється дисхромією, телеангіектазіями, вираженим кератозом та статичними зморшками, а після 60 років виникають численні лентиго, зморшки по всій поверхні шкіри, розвивається схильність до новоутворень шкіри, а її природний колір набуває жовтувато-попелястого відтінку [46, с. 142-145].

Передчасне старіння шкіри тісно пов'язане з впливом численних чинників ризику, які дослідники умовно розподіляють на дві групи: внутрішні та зовнішні. Спадковість, етнічна приналежність особи та тип шкіри, з яким людина народжується, відносяться до першої групи чинників ризику, на які практично не можна вплинути. До другої групи чинників передчасного старіння відносять сонячне опромінювання, тютюнопаління, неправильне харчування, недостатність догляду за шкірою, низьку фізичну активність, стрес, іонізуючу радіацію, а також хвороби внутрішніх органів [46, с. 136-140; 47].

За висновками експертів і науковців, внаслідок ультрафіолетового опромінювання відбувається прискорення старіння шкіри. Постійний вплив цього чинника викликає ряд дегенеративних змін в клітинах, фіброзній тканині та кровоносних судинах шкіри, що візуально проявляється як поступова втрата

еластичності шкіри й утворення зморшок. Головними клінічними проявами фотостаріння є в'ялість шкіри, огрубіння, нерівномірна пігментація, телеангієктазії, жовтуватий відтінок. Ці зміни виникають як запальна захисна відповідь на шкідливу дію ультрафіолетового опромінення [48; 49].

Тютюнопаління вважають одним із провідних чинників передчасного старіння шкіри. Екстракт тютюнового диму погіршує вироблення колагену, призводить до його деградації, викликає дисбаланс між біосинтезом і метаболізмом в сполучній тканині шкіри. Активні види кисню також беруть участь у передчасному старінні шкіри, викликаному тютюновим димом. Тютюнова залежність особливо спотворює жінок [50-52].

Однак в Україні 43,0% осіб працездатного віку та 23,0% осіб непрацездатного віку палять тютюн, а загальна кількість курців становить 6,3 млн. осіб [11, с. 108].

Тютюнопаління, неправильне харчування, надлишкова маса тіла та низька фізична активність є провідними чинниками ризику основних неінфекційних захворювань, зокрема, серцево-судинних та діабету [53]. Споживання харчових продуктів в раціоні пересічного українця не збалансовано, особливо недостатньо молока, сирів та овочів, а 58,0% українців мають зайву вагу (Індекс маси тіла перевищує 25 кг/м^2) [11, с. 107]. Зазначені основні неінфекційні хвороби, а також інші хвороби внутрішніх органів, як доведено численними дослідженнями, часто призводять до патологічних змін шкіри та/або передчасного старіння, або посилюють ознаки хронологічного старіння.

«Внутрішнє» походження хвороб шкіри має давню наукову історію, коли дві провідні європейські школи – французька й австрійська – ще в середині XIX ст. сперечались з приводу етіології та патогенезу уражень шкіри, а саме, внутрішні чи зовнішні впливи є їх причинами [54]. Згодом численні дослідження підтвердили достовірність поглядів обох наукових шкіл.

Зовнішні прояви внутрішніх хвороб на шкірі проявляються зміною кольору, тургору, еластичності шкіри, різними елементами висипки. Зокрема, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет призводять до повнокровності шкіри

обличчя й шиї з супутніми телеангіектазіями. Ревматизм, туберкульоз стають причиною формування горбиків в дермі та вузлів в гіподермі. Хвороби нирок викликають сухість, дрібнопластинчасте лущення, зниження тургору й еластичності шкіри, тріщини. Внаслідок гіпофункції щитовидної залози шкіра стає блідою, воскоподібною, сухою. Ураження печінки, шлунку, кишківника нерідко проявляються на шкірі ксантелазмами, вузлуватими ксантомами та різними елементами висипки. Не викликає сумнівів наявність зв'язку між розвитком акне й патологією різних органів і систем, таких як ендокринна, нервова, імунна й травна. Загалом ураження шкіри, зокрема, обличчя, за морфологічною ознакою (деформації; еритеми; ерітродермії; бульбашки; пустули; папули; кератози; горбики; вузлики; виразки; рубці; дисхромії; дистрофії; пухлини), хвороби придатків шкіри підкреслюють особливу актуальність цієї проблеми для жіночого фізичного та психічного здоров'я [55–59].

Шкіра обличчя анатомічно пов'язана з іншими його структурами, зокрема, скелетно-м'язовим апаратом та зубами. Функціонально-структурні зміни цих утворень впливають та/або поглиблюють прояви старіння шкіри обличчя, зокрема, атрофія альвеолярних відростків після втрати зубів [60; 61, с. 42]. Стан стоматологічного здоров'я населення України, визначений за потребами у стоматологічній допомозі, засвідчив, що впродовж 2008-2017 років серед планово оглянутих пацієнтів потребували санації 52,7% (55,6% дорослих та 48,7% дітей до 17 років) [62]. Розповсюдженість карієсу у дорослого населення досягає 95,0% - 98,0% [63]. На захворювання тканин пародонту в Україні страждає від 81,5% до 86,0% дорослого населення [64]. У осіб ще молодого віку відзначаються аномалії зубів, зубних рядів і кісток лицьового черепа, які також впливають як на стан шкіри, так і на вираз обличчя за рахунок емоційної компоненти, що супроводжує проблеми в цій частині організму людини.

Тонус і функція жувальних і мимічних м'язів забезпечують стан і рух шкіри обличчя, беруть участь у процесах обміну речовин, кровообігу, формуванні рельєфу обличчя. Стан жувальних м'язів змінюється, як свідчать наукові

дослідження, при структурних порушеннях і адаптивних змінах в шийному відділі хребта. Зазначені м'язи, разом з верхньою і нижньою щелепами, зубами, скронево-нижньощелепними суглобами, м'язами шиї, шийним відділом хребта та під'язиковою кісткою входять до складу краніоцервікальної системи, порушення одного з елементів якої призводять до змін інших [61, с. 50; 65].

Таким чином, друга група чинників ризику є достатньо керованою, оскільки, як відомо, на них можна вплинути шляхом дотримання населенням здорового способу життя, своєчасним лікуванням захворювань внутрішніх органів, санацією та коригуванням аномалій зубів і опорно-рухового апарату, впровадженню скринінгових програм з метою ранньої діагностики хронічних захворювань в популяції, а також міжсекторального підходу в організації медичної, соціальної допомоги та психологічної підтримки з метою покращення здоров'я хворих з патологічними та віковими змінами шкіри, що в результаті призводять до косметичних дефектів.

1.2. Психологічні проблеми та якість життя хворих при патології та вікових змінах шкіри

Поняття якості життя активно використовується світовою наукою для інтегральної характеристики людського існування в певних соціально-економічних умовах, і за останні роки набуло нового змістовного значення. У вересні 2015 р. були висунуті основні завдання перед лідерами країн-членів Європи й Центральної Азії стосовно перспектив сталого розвитку на період до 2030 року, ключова роль серед яких відводиться здоров'ю та благополуччю. Експертами ВООЗ уточнено поняття благополуччя, тотожного з поняттям якості життя, та здоров'я як суттєвого елементу благополуччя й одночасно фактору, який на нього впливає. Здоров'я має для благополуччя найважливіше значення, це найбільш потужний фактор, який впливає на благополуччя [66-72].

Базовими компонентами останнього, за даними наукових досліджень, визначені: соматичне здоров'я, щоденна активність, вільний час, що в комплексі

утворюють фізичну складову; емоційний стан, самооцінка, які формують психологічну складову; соціальна активність; фінансове становище, зайнятість, житлові умови як матеріальна складову; розвиток та самоідентифікація; навколишнє середовище [73]. Отже, три складові благополуччя прямо пов'язані зі здоров'ям – фізична, емоційна, соціальна. Решта, як відомо, впливають на здоров'я опосередковано.

Комплексна оцінка якості життя, пов'язаного з хворобами, передбачає врахування як об'єктивних, отриманих шляхом епідеміологічних, клінічних і лабораторних досліджень, показників, так і суб'єктивної оцінки пацієнтом свого функціонування в стані хвороби. Якість життя в стані хвороби – це власна думка пацієнта про характер впливу хвороби та результатів лікування на його фізичне, соціальне, емоційне та духовне благополуччя [74].

За даними наукових досліджень, патологічні й вікові зміни шкіри суттєво впливають на психоемоційний стан та якість життя хворих, формування статусу людини в суспільстві, її самооцінку, можливості психологічної та соціальної адаптації до навколишнього середовища. Часто вони супроводжуються розвитком депресивних станів, тривоги й дисморфофобій [75; 76].

Найбільш актуальними психодерматологічними проблемами дослідники визнають захворюваність на вугрову висипку, червоний плоский лишай та псоріаз, при яких патологічні прояви розташовуються на видимих ділянках шкіри. Зокрема, при псоріазі хворі страждають від постійного свербожу, больового синдрому при рухах, відчують незручності при відвідуванні громадських місць, змушені використовувати одяг, що закриває місця ураження шкіри. Навіть в період ремісії показники якості життя у цих хворих значно знижені й впливають на продуктивність праці та повсякденну діяльність. Незручності викликають демодекоз, себореїний дерматит, розацеа, періоральний дерматит, при яких патологічні елементи переважно локалізуються на обличчі й таким чином виглядають як косметичні дефекти [77-85].

Акне (вугрі) – найбільш поширене хронічне захворювання шкіри, яке трапляється у 80,0% - 90,0% населення другого й третього десятиліття життя, але

пік захворюваності приходить на пубертатний вік. Відсоток важких форм акне складає від 5,0% до 14,0%. Важкий перебіг цього дерматозу може супроводжуватись рубцевими змінами шкіри, що у частини пацієнтів призводить до психоемоційних порушень і погіршує якість життя. Факторами ризику вважають андрогенну стимуляцію, фолікулярний гіперкератоз, активацію вродженого й адаптивного імунітету тощо. Наявність вугрів на відкритих ділянках шкіри значно знижує самооцінку, призводить до замкнутості, дисморфобії та депресії пацієнтів [86; 87].

Помірна гіперандрогенія у жінок, ознаки якої виявляються у 15,0% - 60,0% жіночого населення, призводить до таких уражень шкіри та її придатків, як себорея, акне, гірсутизм, гіпертрихоз, алопеція, що одночасно стають і косметичними дефектами. Наявність даних проблем в значній мірі погіршує соціально-психологічні, міжособистісні відносини у більшості пацієнток, нерідко викликаючи тривогу, депресію, зниження якості життя [58, с. 31; 88].

Демодекоз розглядається дослідниками як комплексна проблема, що впливає на якість життя, порушуючи психоемоційний стан пацієнта в зв'язку з погіршенням естетичного вигляду обличчя. Поглиблюють проблему вище згадані хронічні дерматози (себорейний дерматит, акне, розацеа, періоральний дерматит), які можуть поєднуватись з демодекозом [89; 90].

Інфекційні та алергодерматози залишаються важливою медико-соціальною проблемою, значимість якої пов'язана із зростанням захворюваності, особливо на тяжкі клінічні форми й випадки з безперервно рецидивуючим перебігом, що визначає погіршення прогнозу захворювань і якості життя [91].

Значний вплив на якість життя хворих, погіршуючи її, здійснюють такі захворювання шкіри, як гіперпигментації (пигментні невуси, лентиго юнацьке, веснянки, хлоазма, мелазма), гіпомеланози (вітіліго), дерматофіброми, ангіоми, папіломи, що потребує комплексного лікування з включенням косметологічних втручань та методів психотерапії [92-95].

Таким чином, хвороби шкіри, окрім злоякісних новоутворень, безпосередньо не становлять прямої загрози для життя, але хронічний та часто

невиліковний характер їх перебігу, розвиток косметичних дефектів та неминучі вікові зміни шкіри негативно впливають на якість життя особистості та, як наслідок, формують важливу медико-соціальну проблему.

Науковці зазначають, що в медицині при вивченні якості життя доцільно оцінювати вісім основних характеристик здоров'я, а саме:

1. Обмеження фізичної активності, обумовлене проблемами зі здоров'ям.
2. Обмеження обсягу роботи, викликане фізичними та емоційними проблемами.
3. Обмеження звичайних видів діяльності, пов'язаних з фізичними проблемами зі здоров'ям.
4. Обмеження звичайних видів діяльності, пов'язаних з емоційними проблемами.
5. Поняття фізичного болю.
6. Загальне психічне здоров'я.
7. Поняття життєздатності (внутрішня енергія, втома і т. д.).
8. Загальне сприйняття здоров'я [74, с. 29]

Відповідно до проведеного огляду наукових даних, можна зробити висновок, що хвороби та вікові зміни шкіри, що призводять до косметичних дефектів, обумовлюють найчастіше обмеження звичайних видів діяльності та обсягу роботи, пов'язаних з емоційними проблемами, а також при окремих нозологіях – до обмеження фізичної активності, больового синдрому та порушень психічного здоров'я. Тому метою організації та надання медичної допомоги цим хворим має бути, зокрема, наближення якості їх життя до рівня практично здорових людей. Одним із напрямів досягнення цієї мети в світі та в Україні слід вважати активний розвиток косметологічної допомоги як складової дерматовенерологічної допомоги [96].

1.3. Косметологія як складова дерматовенерології. Історія та сучасні технології

Косметологічна допомога як складова дерматовенерологічної допомоги розглядається в науковій літературі відносно недавно. Її активному розвитку на межі XIX-XX ст. в Європі сприяла науково-практична діяльність приватно практикуючих німецьких лікарів: Е. Заальфельда; І. Блоха; А. Блашко; К. Мензи та інших, які внесли вагомий внесок в розвиток німецької дерматовенерологічної школи [97].

Косметологію (грец, *kosmetike* – мистецтво прикраси, *logos* – вчення) науковці визначають як сферу клінічної медицини, основними завданнями якої є лікування або маскування косметичних дефектів, викликаних захворюваннями, вродженими або віковими змінами шкіри, а також розробка методів і засобів, що використовуються з цією метою [98]. За даними Беловол А. Н., Ткаченко С. Г. (2011), термін «косметологія» був прийнятий в 1933 р. на міжнародному конгресі дерматологів у Бухаресті (Румунія).

В Україні косметологія розглядається як складова дерматовенерології – спеціальності, яка відповідає за діагностику, лікування та профілактику захворювань шкіри та підшкірної клітковини, прилеглих слизових оболонок, шкірних придатків, а також шкірних проявів системних захворювань та системних проявів захворювань шкіри, зміцнення здоров'я шкіри, діагностику, лікування та профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом, та зміцнення сексуального здоров'я.

Косметологія як медична дисципліна вперше згадується в наукових працях відомого французького вченого - дерматовенеролога А. Фурньє в 1582 р. Саме Франція вважається одним із місць народження дерматології в світі та Європі [99]. Перші апаратні фізіотерапевтичні методи лікування в косметології – електромасаж, електроліз, вакуумний масаж – почали застосовуватися ще у 1897 році [100, с. 3-8].

Розвитку косметології передувало активне застосування косметики ще з стародавніх часів, коли люди формували й розвивали в себе гігієнічні навички та шукали засоби очищення й захисту шкіри від несприятливих зовнішніх подразнень. Саме тому терміном «косметика» називають і сьогодні засоби, які

застосовують для догляду за шкірою, волоссям, ротовою порожниною та які виконують гігієнічні, профілактичні та естетичні функції [101].

Як свідчать наукові дані, палітра косметичних засобів почала формуватися з оливкового та мигдального масел, меду, молока, тваринних жирів, воску, що використовувалися для догляду за шкірою ще у стародавньому Єгипті. Абу аль Касім аль-Захраві, арабський лікар і науковець з Андалусії, який вважався родоначальником хірургії, розробляв парфуми, ароматизатори та пахощі й винайшов ароматизовані палички. Він ще у ранньому Середньовіччі відносив косметику до галузі медицини, яку назвав «Медициною краси» [102]. Арсенал косметичних засобів поступово доповнювалася ароматичними маслами Греції, кремами й пудрами Франції епохи Відродження, «галеновими препаратами» (лікарськими засобами, що отримують шляхом екстракції з лікарської рослинної сировини й використовують, зокрема, при косметичних дефектах і ураженнях шкіри). Побутова косметика була досить поширеною на Русі у XV-XVI ст., чому сприяло відкриття «царської» аптеки та організація Аптекарського наказу. У 1866 р. була представлена перша класифікація косметичних засобів, де всі вони розподілялися на шкідливі й нешкідливі, гігієнічні та лікувальні. Масове виробництво косметичних засобів у XIX ст. передбачало застосування вітамінів, тонізуючих речовин, екстрактів трав. У Радянському Союзі активний випуск парфюмерно-косметичної продукції розпочався у тридцяті роки XX ст., коли було створено мережу олійно-ефірних заводів; парфюмерно-косметичною промисловістю вироблялось близько 400 найменувань косметичних засобів. В Україні було відкрито Миколаївську й Харківську парфюмерні фабрики. У 50-х роках минулого століття вітчизняні виробники опанували випуск косметичних засобів для різних вікових груп населення [103; 104].

Сучасний перелік косметичних засобів, відповідно до діючих в Україні правил і норм безпеки продукції парфюмерно-косметичної промисловості, включає в себе більше 40 груп найменувань продуктів, відносно яких регулюються норми безпеки для здоров'я людини, зокрема, на етапах реалізації та професійного використання при наданні населенню косметичних послуг. У

2019 р. було виготовлено 6,2 тис. т косметичних засобів для догляду за шкірою, 9,3 тис. т мила та поверхнево-активних органічних речовин, 179 тис. т інших мийних засобів, 26,9 тис. дал. туалетної води. Відмічалось зростання цих видів продукції в порівнянні з 2018 р. на 0,5% - 33,9% [105].

Українські тенденції ринку косметичних засобів відповідають світовим: у світі об'єм продажу косметичних засобів у 2017 р. становив 12,9 млрд дол, а до 2024 р. він зросте до 30,3 млрд дол (середньорічне зростання – 13,0%). За статистичними даними США, у 2018 р. засоби для догляду за шкірою були найбільш популярними серед інших товарів для краси та здоров'я, їх вартість становила 5021,1 млн дол. Індустрія косметики та засобів особистої гігієни щорічно приносить в європейську економіку не менше 29 млрд євро доданої вартості, з них 11 млрд євро – безпосередні надходження від виробництва косметичних засобів, ще 18 млрд євро надходить через ланцюжок поставок. Переважна більшість з 500 млн європейських споживачів щодня використовують косметичні засоби та засоби особистої гігієни для захисту здоров'я, поліпшення якості життя й підвищення самооцінки [106; 107]. Вищезазначене вказує на зростання попиту на косметичні засоби, що обумовлює розвиток їх виробництва.

Загальну косметологію, в якій використовуються косметичні засоби, лікарські препарати та вироби медичного призначення, розподіляють на дві великі групи: естетичну й медичну косметологію. Естетична косметологія спрямована на забезпечення догляду за шкірою та її придатками, коригування недоліків зовнішності в осіб з практично здоровою шкірою з використанням засобів декоративної косметики та процедур, які не пов'язані з пенетрацією шкіри. Медична косметологія призначена для профілактики, діагностики та лікування хвороб і вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, з метою зміни психофізичного стану людини та задоволення її естетичних потреб. Методами медичної косметології є втручання, що передбачають, зокрема, порушення цілісності шкіри та застосування складних апаратних технологій [108; 109].

Медична косметологія в свою чергу ділиться на дві великі групи: терапевтичну та хірургічну. Терапевтична косметологія передбачає використання комплексу методик: мануальних (процедури догляду за шкірою: очищення, обгортання, маски, пелоїдо- і талассотерапія, контрольовані пілінги, лікувальний масаж); ін'єкційних процедур (введення препаратів ботулотоксину, гіалуронової кислоти, вітамінів та інших лікарських засобів); усіх видів апаратної косметології (електротерапія: гальванізація, дарсонвалізація, мікроотокова терапія, лімфодренаж, електроепіляція; фототерапія; лазеротерапія; механотерапія; термотерапія; гідротерапія; ароматерапія) [100, с. 24-46].

Мануальні методики застосовуються переважно для догляду за шкірою, корекції вікових змін, при постакне, себорейному дерматиті, початкових стадіях розацеа.

До ін'єкційних методик відносять мезотерапію: мезопілінг – введення гліколевої, саліцилової, ретиноєвої кислот; мезоботокс – введення препаратів ботулотоксину типу А; біоревіталізацію – введення препаратів гіалуронової кислоти; контурну пластику; плазмоліфтинг. Використовуються з метою корекції рубців, дисхромій, алопеції, вікових змін шкіри [110; 111].

Електротерапія показана при себорейному дерматиті, рубцях, акне, порушеннях пігментації, вікових змінах шкіри. Фототерапія спрямовується на покращення стану вікової шкіри, коригування пігментації, демодекоза, акне, розацеа, судинних порушень. Лазерна терапія застосовується для ревізії рубців, відновлення й омолодження шкіри, видалення волосся й татуювань, лікування дрібних судин тощо [112; 46, с. 183-197; 113].

Хірургічна косметологія включає дерматохірургію та пластичну хірургію. Дерматохірургічні втручання здійснюються на шкірі та її придатках і включають оперативну дермабразію, склерозування розширених поверхневих судин, кріодеструкцію, електрокоагуляцію, лазерну фотокоагуляцію, лазерне шліфування шкіри, лазерну епіляцію, армування, фотоомолодження (неабляційне омолодження) [114-119].

Пластична хірургія стосується косметичних реконструктивних операцій на обличчі й тілі та операцій по омолодженню. Світовий ринок косметичної хірургії у 2015 р. оцінювався на суму понад 20 млрд дол, а до 2019 р. він збільшився до понад 27 млрд дол. Американське товариство пластичних хірургів повідомило, що американці витратили понад 15 млрд дол на косметичну хірургію та нехірургічні косметичні процедури у 2016 р. Глобальний чистий дохід однієї з фармацевтичних компаній у 2016 р. склав 1,97 млрд дол США для ботулотоксину та 573 млн дол для наповнювачів (препаратів гіалуронової кислоти для м'яких тканин). Ринок естетичних лазерів, за прогнозами, до 2024 року буде коштувати 1,8 млрд дол [120-122].

У Великобританії ринкова вартість сектору косметичних процедур зросла з 646 млн фунтів стерлінгів у 2010 р. до 725 млн фунтів стерлінгів у 2014 р., при подальшому прогнозі зростання до 795 млн фунтів стерлінгів у 2017 р. та 913 млн фунтів стерлінгів у 2019 р. [123].

Найпопулярніші нехірургічні процедури – це лікування ботоксом (7,0 млн процедур), використання дермальних наповнювачів (2,6 млн процедур), хімічного пілінгу (1,3 млн процедур), лазерної епіляції (1,1 млн процедур), мікродермабразії (775 тис. процедур) [124].

У Великій Британії чисельність косметичних оперативних втручань зросла з 10 700 у 2003 р. до понад 51 000 у 2015 р. Однак у 2016 р. вона скоротилася до 31 000, а в 2018 р. дорівнювала трохи більше 28 000. Натомість популярності набували неінвазивні (легкі хімічні пілінги) та ін'єкційні методи лікування: ін'єкції ботулінічного токсину, шкірних наповнювачів, а також мікродермабразія [125].

Таким чином, ринок косметологічних послуг у країнах світу як за вартістю, так і за обсягами косметологічних втручань постійно зростає. Переважну частку обсягу косметологічних процедур складають нехірургічні процедури, які, поряд з хірургічними, виконуються лікарями-пластичними хірургами (у США) та лікарями хірургічних і нехірургічних спеціальностей – в європейських країнах.

Будь-які втручання на шкірі з вищеперерахованих можуть призвести до ускладнень або побічних явищ. Якщо несприятливі події в результаті хірургічних утручань або фізіотерапевтичного лікування добре відомі та попередження їх забезпечується в межах загальноприйнятих підходів до профілактики, то потенційні ускладнення й побічні ефекти, пов'язані з інвазивними процедурами, хімічними пілінгами, використанням лазера тощо в терапевтичній косметології в вітчизняній науковій літературі висвітлені недостатньо. В той же час іноземні наукові джерела приділяють цим питанням багато уваги.

Отже, внаслідок складних вікових і патологічних змін в шкірі та інших дотичних тканинах (м'язах, підшкірній клітковині, кісткових структурах) косметологічні втручання потребують багатовимірних підходів. Саме тому сполучення різних методів і методик та досягнута ефективність призводять до постійного зростання їх чисельності та задоволеності пацієнтів. Разом з тим, багатьом клініцистам не вистачає глибоких знань про потенційні ускладнення, чинники ризику та побічні ефекти, пов'язані з інвазивними косметологічними процедурами [126; 127].

Наприклад, ботуліновий токсин, який виробляється бактерією *Clostridium botulinum*, може використовуватися для зменшення проявів зморшок на обличчі та лікування гіпергідрозу, дисгідротичної екземи, акне, постгерпетичної невралгії та свербіжу [128]. Механізм дії токсину полягає у блокуванні вивільнення ацетилхоліну, що призводить до паралічу мімічних м'язів. Із семи видів ботулінового токсину в косметології використовується токсин А. Він відносно безпечний [129], але про побічні ефекти – алергічні реакції, висипку, свербіж, головний біль, почервоніння, біль і помірний набряк в місці ін'єкції, незначні синці повідомляють ряд авторів, як і про більш важкі ускладнення (пахвовий гіпергідроз, тимчасовий блефароптоз, косоокість, диплопія, ектропіон повіки, слабкість м'язів шиї та дисфагія) [130-132].

Препарати гіалуронової кислоти як одного найбільш вживаних дермальних наповнювачів почали використовувати в США та європейських

країнах в кінці 60-х років минулого століття для внутрішньо-шкірних ін'єкцій з метою корекції вікових змін шкіри, усування рубців, стимуляції обмінних процесів, а також в ортопедії та офтальмології. У косметології в модифікації з вітаміном С, амінокислотами (гліцин, пролін, лізин), вони підвищують еластичність шкіри, зменшують вираженість мімічних, статичних зморшок, відновлюють колір шкіри обличчя, нівелюють прояви некрозу, нормалізують вологість, жирність, рН шкіри [133; 134]. При застосуванні цих препаратів виникають частіше легкі тимчасові ускладнення: біль під час ін'єкції; почервоніння, кровотеча й синці в місці ін'єкції; асиметрія обличчя; диспігментації. Можливі також рідкісні, але важкі побічні ефекти: набряки; алергічні реакції; інфекційні ускладнення; гранульоми; судинні та невральні ускладнення, що призводять до некрозу тканин і утворення рубців, оклюзії артерії сітківки [135-139].

Відомо також, що реакції на гіалуронову кислоту пов'язані з імунними реакціями організму, включаючи уповільнені реакції гіперчутливості та гранулематозні реакції. Попередження ускладнень ін'єкційних методик наповнювача або препарату ботулотоксину криється у глибоких знаннях лікарів з анатомії обличчя, правильної техніки виконання процедур, ретельного дозування препаратів, їх типу, врахування індивідуальних особливостей пацієнта, показань і протипоказань до застосування того чи іншого препарату. Питання профілактики ускладнень важливо ще й тому, що в багатьох країнах право робити ін'єкції гіалуронової кислоти надається лікарям широкого спектру медичних спеціальностей, включаючи лікарів загальної практики та стоматологів [140; 141].

Хімічні пілінги забезпечують позитивний клінічний ефект при лікуванні акне, диспігментації, рубців та фотостаріння. Хімічний пілінг - це процедура, при якій хімічний засіб наносять на шкіру, щоб викликати контрольоване руйнування з подальшим регенерацією та ремоделюванням. Ускладнення більш ймовірні при темніших типах шкіри, певних пілінг-агентах та опроміненні сонцем після лікування [142-145].

При поверхневих пілінгах дослідники відмічають відносно низький рівень ускладнень, з яких найчастішими можуть бути скоринка, гіперпігментація та еритема [146]. Однак при застосуванні хімічних агентів, які містять фенол, резорцин або саліцилову кислоту, часто спостерігаються почервоніння, підвищена чутливість шкіри, свербіж, біль, алергічні реакції, лущення, атрофія шкіри та ранові інфекції [147; 148].

Лазерні пристрої розподіляють за призначенням на судинні, пігментні, лазери для пілінгів і для епіляції [149]. Використання лазерних процедур показано при запальних процесах шкіри, дисхроміях, рубцях та з метою омолодження [150-152]. Основні побічні ефекти більшості використовуваних лазерів – опіки, почервоніння, набряк, утворення пухирців, синці, рубці, біль, порушення пігментації, травми очей та бактеріальна інфекція – можуть виникнути в результаті практично будь-якої лазерної терапії [153].

Плазма, збагачена тромбоцитами, розглядається в останні роки як перспективна біологічна методика в хірургії, косметології та регенеративній медицині. Плазма, збагачена тромбоцитами, – це біологічний препарат з високою концентрацією тромбоцитів, отриманих з цільної крові шляхом центрифугування. До його складу входять сотні біоактивних білків, включаючи фактори росту, пептиди та цитокіни, що сприяють регенерації тканин і реваскуляризації. Завдяки цьому плазма, збагачена тромбоцитами, використовується з метою стимуляції загоєння ранових поверхонь та м'яких тканин, омолодження обличчя, лікування андрогенної алопеції [154-160]. Крім очікуваного видимого набряку безпосередньо після ін'єкції плазми, збагаченої тромбоцитами, інших небажаних побічних ефектів або ускладнень дослідники не відмічають [161; 162].

Таким чином, косметологічна допомога хворим з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, пройшла певний історичний шлях свого розвитку та в теперішній час користується активним попитом населення світу, зокрема, України. Цьому сприяє активний

розвиток медичних технологій, що застосовуються в косметології, які, однак, мають певні ризики ускладнень та побічних ефектів.

1.4. Моделі організації дерматовенерологічної допомоги. Актуальні питання косметологічної допомоги: вітчизняні реалії та світова практика

Реформування сфери охорони здоров'я в Україні потребує внесення змін в організацію діяльності усієї системи. Вони стосуються функціональних взаємозв'язків, структурних складових, ресурсного забезпечення, нормативного регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, які забезпечують медичну допомогу населенню відповідно до їх профілю, спеціалізації, виду надаваної медичної допомоги та форми власності. Питання удосконалення організації дерматовенерологічної допомоги є однією з складових реформування сфери охорони здоров'я України.

Світовий досвід організації дерматовенерологічної допомоги свідчить про дві її моделі. Перша модель характерна для таких високорозвинених країн, як Німеччина, Франція, де існує спеціальність «дерматовенерологія», система направлень до спеціаліста відсутня, тобто, пацієнт має прямий доступ до нього, без направлення лікаря загальної практики, є достатньо високий рівень забезпечення лікарями – дерматовенерологами (у Франції на одного лікаря-дерматовенеролога приходить 25 тис. нас., у Німеччині – 16 тис. нас.).

Друга модель склалася у Великій Британії, США та англомовних країнах, де спеціальності «дерматологія» і «венерологія» роз'єднані, функціонує система «воротаря», тобто, доступ пацієнтів до спеціаліста можливий лише за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря, забезпеченість населення спеціалістами дерматологами та венерологами низька (у Великій Британії – один дерматолог на 120 тис. нас., в США – 3,36 на 100 тис. нас.) [163-170].

В Україні, з урахуванням результатів реформування первинної та вторинної медичної допомоги, діє модель, яка містить в собі елементи обох

світових: спеціальність «дерматовенерологія» включає в себе дві спеціальності, запроваджена система «воротаря», коли першим етапом в діагностиці хвороб шкіри та інфекцій, що передаються статевим шляхом, має бути звернення пацієнта до лікаря первинної медичної допомоги.

Разом з тим, провідні українські соціал-гігієністи вважають, що в контексті реформування сфери охорони здоров'я дерматовенерологічна служба України потребує трансформації, зокрема, організація її діяльності, нормативно-правове та ресурсне забезпечення [171].

В Україні, відповідно до [172], нараховується 124 лікарські спеціальності, за профілем яких функціонують відповідні мережі закладів охорони здоров'я. За видами медичної допомоги заклади охорони здоров'я розподіляються на заклади первинної, вторинної, третинної, екстреної, паліативної медичної допомоги, реабілітації, а за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я можуть бути державними, комунальними, приватними чи заснованими на змішаній формі власності [173, ст. 33].

Системний аналіз даних про мережу та діяльність закладів охорони здоров'я, що надають дерматовенерологічну допомогу в Україні, засвідчив, що вона охоплює майже усі види медичної допомоги та функціонує за різними формами власності.

Як вже вище зазначено, з розвитком загальної практики-сімейної медицини, дерматовенерологічна допомога має надаватись в закладах первинної медичної допомоги. Однак, за даними наукових спостережень, потреби населення в дерматовенерологічній допомозі в цих закладах поки що задовольняються не в повному обсязі: в загальній структурі звернень до лікаря загальної практики-сімейного лікаря відсоток звернень таких хворих у 2015 р. був доволі низьким – 0,25-0,3% в залежності від регіону, а інфекцій, що передаються статевим шляхом, не виявлялось взагалі [174; 175].

Незважаючи на те, що в Україні запроваджена групова практика первинної медичної допомоги, яка вважається найбільш ефективною серед моно-та змішаних практик, тільки від 6,0% до 26,0% хворих на дерматози в різних

регіонах у 2016 р. були виявлені сімейними лікарями. Слід врахувати, що рівень забезпеченості лікарями загальної практики в Україні залишається нижчим майже удвічі, ніж у країнах Європи із високорозвиненими системами первинної медичної допомоги, зокрема, відсоток укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики-сімейної медицини фізичними особами у 2017 р. складав 72,0%, що, безумовно, впливало на активність виявлення ними хвороб шкіри [176]. Загалом відсоток випадків звернень з приводу хвороб шкіри та підшкірної клітковини складав у 2018 р. в середньому 1,2% в структурі усіх амбулаторних звернень [177].

Переважаючий обсяг медичної допомоги хворим дерматовенерологічного профілю надається в закладах вторинної та третинної медичної допомоги, які представлені закладами Територіального медичного об'єднання «Дерматологія», м. Київ; обласними та міськими шкірно-венерологічними диспансерами; обласними дерматовенерологічними лікарнями (м. Київ, м. Одеса, м. Ізмаїл Одеської області); профільними кабінетами амбулаторно-поліклінічних закладів, університетських клінік; Інститутом дерматології та венерології Національної академії медичних наук України.

За даними [178], у 2008 р. в Україні нараховувався 81 шкірно-венерологічний диспансер, у 2015 р. – 57, у 2019 р. – 46. Число ліжок скоротилося відповідно з 3 272 до 2 300, або з 0,77 до 0,55 на 10 тис. нас. Чисельність дерматовенерологічних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів зменшилася з 797 до 777. Така статистика відображає загальні тенденції в галузі щодо впорядкування мережі закладів та ліжкового фонду, приведення їх у відповідність потребам населення. За рахунок впорядкування мережі та ліжкового фонду діяльність дерматовенерологічних ліжок за п'ять років покращилася: середнє число днів роботи ліжка складало 312,19 у 2015 р. та 320,44 – у 2019 р., а середня тривалість перебування хворого на ліжку скоротилася з 15,32 до 15,16 за вказаний період, однак залишалася високою.

Діяльність закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану дерматовенерологічну допомогу, регулюється відповідним наказом МОЗ

України, яким визначена основна мета діяльності дерматовенерологічної служби – поліпшення якості та ефективності надання медичної допомоги хворим з дерматовенерологічною патологією, подальший розвиток та удосконалення функціонування дерматовенерологічної служби. Досягнення мети можливо, зокрема, через дотримання розроблених і затверджених на галузевому рівні стандартів і методик діагностики та лікування захворювань шкіри та інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ряду інструкцій з профілактики останніх [179].

Основною структурною одиницею дерматовенерологічної служби визначено шкірно-венерологічний диспансер – спеціалізований лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання висококваліфікованої спеціалізованої консультативно-діагностичної та лікувально-профілактичної дерматовенерологічної допомоги населенню в амбулаторних і стаціонарних умовах.

Діяльність диспансеру повинна охоплювати: лікування усіх хвороб шкіри (L00-L99), клас XII «Хвороби шкіри та підшкірної клітковини»; клас II «Новоутворення» (C43-C44) «Меланома та інші злоякісні новоутворення шкіри», (D22) «Меланоцитарні невуси», (D23) «Інші доброякісні новоутворення шкіри»; лікування інфекційних хвороб, що передаються переважно статевим шляхом (A50—A64) [180]; надання консультативно-діагностичної допомоги, проведення профілактичних, протиепідемічних та санітарно-освітніх заходів серед населення; організаційно-методичне керівництво діяльністю профільних закладів охорони здоров'я всіх форм власності відповідної території; впровадження в практику сучасних технологій з профілактики, діагностики та лікування хвороб шкіри та інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом; функції клінічних баз кафедр дерматовенерології закладів вищої освіти України; участь у проведенні наукових досліджень і реалізації наукових програм і проєктів.

Типова структура диспансеру, відповідно до нормативних вимог, передбачає наявність структурних підрозділів, що фінансуються за бюджетні

кошти, та з утриманням за рахунок спеціального фонду. Останні можуть забезпечувати в межах спеціальності «дерматовенерологія» надання, зокрема, косметологічної допомоги, як і заклади приватної форми власності [181].

Діяльність закладів, що надають косметологічну допомогу, додатково регулюється галузевим наказом [182]. Цей наказ, виданий за радянських часів, впродовж періоду проведення даного дослідження залишався чинним в нашій країні, оскільки не був відмінений як такий, що втратив силу внаслідок набуття незалежності Україною у 1991 р. Наказом затверджено Положення про косметологічну лікарню як лікувально-профілактичний заклад, метою діяльності якого є надання косметологічної допомоги. Остання інтерпретується як висококваліфікована спеціалізована медична допомога населенню з приводу захворювань шкіри та інших органів, що супроводжуються косметичними дефектами, та передчасного старіння шкіри. Лікар-дерматовенеролог косметологічної лікарні, згідно з наказом, надає лікувально-діагностичну, консультативну допомогу хворим з приводу захворювань шкіри й косметичних дефектів за умови, що він пройшов спеціальну підготовку з питань дерматовенерології та косметології. Такі ж вимоги висуваються й до лікаря-хірурга з косметологічної допомоги.

Спектр послуг косметологічної лікарні, згідно з наказом, може охоплювати лікування та профілактику захворювань, що викликають косметичні дефекти шкіри, та вікових змін шкіри, а також консультування з приводу гігієнічного догляду за шкірою. До патологій шкіри та її придатків, що потребують косметологічних втручань, наказом віднесені: себорейний дерматит, хвороби волосся, вугрі, гіпертрихоз, гірсутизм, доброякісні новоутворення (невуси, атероми, фіброми, кератоми, папіломи, гемангіоми, кератоз), судинні дерматози (розацеа, періоральний дерматит), порушення пігментації шкіри – гіперпігментації (хлоазми, веснянки), депігментації (вітіліго), імпрегнації шкіри сторонніми частинками, рубці різного походження, вроджені й набуті деформації частин обличчя (носа, вушних раковин, брів, губ, повік), деформації

грудних залоз, передньої стінки живота та ін. Перелік вікових змін охоплює надлишки шкіри обличчя, зморшки, пігментні плями та інші прояви вікових змін.

Незважаючи на те, що наказ є застарілим, вищезазначений перелік хвороб та вікових змін шкіри залишається актуальним і в теперішній час, оскільки останні, як вже вище зазначалося, сприяють виникненню психологічних розладів, соціальної самоізоляції, стигматизації та зниженню якості життя хворих. Разом з тим, зрозуміло, що нормативно-правова база регулювання косметологічної допомоги в Україні, яка використовується ще з часів Радянського Союзу, має бути оновлена в умовах незалежної країни та з урахуванням змін в системі охорони здоров'я, що відбулися за часів незалежності.

Аналіз кадрового забезпечення дерматовенерологічної служби України засвідчив, що чисельність лікарів-дерматовенерологів за період 2015-2019 рр. зменшилась з 2 337 осіб, або 0,55 на 10 тис. нас., до 2093 осіб, або до 0,50 на 10 тис. нас. Укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів-дерматовенерологів складала 93,15% у 2015 р. та 90,03% – у 2019 р. і залишалась одним з найвищих показників серед інших спеціальностей та значно вищим, ніж в середньому по галузі загалом по усіх спеціальностях (77,2% у 2015 р.) [183]. Однак частка осіб пенсійного віку серед дерматовенерологів України на початку 2018 р. перевищила 25,0%, особливо в районних і міських лікарнях, а постійний відтік молодих лікарів відбувався, зокрема, у сферу косметологічних послуг [184].

В Україні відзначається високий кваліфікаційний рівень лікарів-дерматовенерологів, про що свідчать показники питомої ваги атестованих лікарів-дерматовенерологів: за період 2015-2019 рр. показник зріс з 76,1% до 79,7%, за рахунок осіб, які отримали вищу атестаційну категорію (відповідно 1 257 і 1 359 осіб). Чисельність лікарів з першою та другою атестаційними категоріями відповідно зменшилася [185].

Подальший аналіз кадрової складової дерматовенерологічної служби спрямовувався на уточнення кваліфікації спеціаліста, який може надавати

косметологічну допомогу в Україні, оскільки чинним наказом такі функції покладаються на лікаря–дерматовенеролога та лікаря–хірурга. Згідно з нормативним документом [186], визначені кваліфікаційні характеристики професіоналів з надання косметологічної допомоги населенню виявилися неоднозначними та в певній мірі розпорошеними між представниками галузі фармації, лікувальної та медико-профілактичної справи.

Так, професіоналами в галузі фармації визначені провізори-косметологи. Це єдине офіційне визначення кваліфікації «косметолог», але в поєднанні з кваліфікацією «провізор». В кваліфікаційній характеристиці цього професіонала зазначено, що він надає, зокрема, косметологічну допомогу населенню. Разом з тим, деталізація цієї допомоги не відповідає традиційним і сучасним науковим поглядам на змістовність поняття «косметологічна допомога», оскільки зусилля провізора-косметолога скеровуються на технології декоративного, гігієнічного та лікувально-косметичного догляду за шкірою та її придатками, фармацевтичну опіку при патологічних станах шкіри та її придатків, консультування населення з питань раціонального застосування косметичних препаратів і косметичних процедур.

Тобто, провізор-косметолог, зважаючи на думку науковців та перелік кваліфікаційних характеристик, є професіоналом в сфері процедур догляду, декоративної косметології та фармацевтичної опіки, отже, не може провадити медичну практику. Тому незрозумілим залишаються кваліфікаційні характеристики в частині лікувально-косметичного догляду, оскільки лікувальна складова може забезпечуватися лише лікарем, а не провізором.

Лікар-дерматовенеролог – провідний професіонал, який, за кваліфікаційними характеристиками, застосовує сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та диспансеризації хворих з дерматовенерологічними хворобами. Отже, діагностику й лікування патологій шкіри, зокрема, що призводять до косметичних дефектів, може здійснювати лише лікар-дерматовенеролог, хоча чітко особливості компетенцій лікаря-дерматовенеролога в сфері надання косметологічної допомоги з урахуванням

специфіки косметологічних втручань, в нормативних документах не визначені. Разом з тим, як вище зазначалося, косметологічна допомога терапевтичного та дерматохірургічного напрямку включає в себе діагностику патологічних і вікових змін шкіри та застосування ін'єкційних та апаратних методик, що відбуваються з пенетрацією шкіри (електрокоагуляторів, потужних піскоструминних дермабразій, апаратів для голчастого ліполіполізу), а це є сферою діяльності лікарів, а не провізорів.

Таким чином, простежується відсутність достатньої деталізації кваліфікаційних вимог до лікаря-дерматовенеролога за напрямом «косметологічна допомога» та чіткого розподілу повноважень в кваліфікаційних характеристиках між провізором-косметологом і лікарем-дерматовенерологом.

Фахівцем з косметологічної допомоги визначена сестра медична з косметичних процедур. Вона, за кваліфікаційною характеристикою, надає косметологічну допомогу населенню під керівництвом лікаря, тобто, дерматовенеролога, а не провізора-косметолога, виконує призначені лікарем косметичні (чистку шкіри обличчя, косметичні маски тощо) та фізіотерапевтичні процедури, косметичний, пластичний та лікувальний масаж, косметичну гімнастику, консультує хворих з питань раціонального застосування косметичних препаратів та косметичних процедур [187; 188].

Вартим уваги є приклад чіткого визначення обсягів теоретичних знань і практичних навичок для лікарів за спеціальністю «Дерматологія і венерологія», представлених у Європейських стандартах післядипломної медичної підготовки, зокрема, в сфері косметології: це дерматологічна хірургія, електрохірургія, кріохірургія, застосування лазерів, променева терапія та інші фізико-хімічні методи лікування (включаючи фотодинамічну терапію); естетична та косметична дерматологія, включаючи коригувальні процедури (ін'єкції ботулотоксину та препаратів гіалуронової кислоти); догляд за шкірою, профілактична дерматологія та реабілітація. Із загальних компетенцій визначені, зокрема, управління якістю та звітність про критичні випадки та збитки, а також можливість працювати в міждисциплінарних колективах [189; 190].

З огляду на вищезазначене, це дає підстави пропонувати внести зміни до відповідних вітчизняних регуляторних актів та програм підготовки спеціалістів за напрямом «Дерматовенерологія».

Слід також зазначити, що у 2019 р. в Україні введена професія «Лікар-хірург пластичний» [191], що надає можливість чітко віддиференціювати кваліфікаційні характеристики лікаря-дерматовенеролога, який надає косметологічну терапевтичну допомогу, й лікаря-хірурга пластичного, який має забезпечувати послуги з медичної естетичної косметології шляхом хірургічних утручань. В той же час у США, як представлено в р. 1.3, косметологічні процедури, як хірургічні, так і нехірургічні, але пов'язані з пенетрацією шкіри та використанням складних апаратних методик, виконуються лікарями-пластичними хірургами, що вказує на особливості національних підходів до організації косметологічної допомоги.

Важливим надбанням світової косметології слід вважати достатню кількість клінічних настанов, стандартів, систематичних оглядів та мета-аналізів з питань косметологічних утручань, де представлені наукові докази їх ефективності та запобігання ускладнень, зокрема, по застосуванню ботулотоксину типу А, гіалуронової кислоти для корекції вікових змін шкіри обличчя, лазерної терапії, у т. ч., в косметології, запобігання ризикам сонячного опромінювання та фотостаріння [192-203].

В Україні на основі світових джерел доказової медичної інформації за напрямом «Дерматовенерологія» розроблені та затверджені відповідними галузевими наказами Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги (УКПМД) [204], однак за напрямом «Косметологія» таких нормативних регламентів не створено.

Діючим є також наказ по галузі, яким затверджено протоколи надання медичної допомоги, створені експертним шляхом, хворим на дерматози, алопеції, бородавки, висівкоподібний лишай, вітиліго, вульгарні вугрі, дерматофітії кистей та стоп, нігтів, мікози, фотодерматози [205]. Тобто, ці нормативи торкаються певної кількості патологій шкіри та її додатків, що

потребують косметологічних утручань. Однак відомо, що протоколи, створені експертним шляхом, мають низький рівень доказовості.

Таким чином, хоча вище наведеним аналізом наукових літературних джерел підтверджено ризики косметологічних утручань, що можуть призвести до ускладнень та/або побічних дій, небезпечних для здоров'я пацієнта, в Україні відповідних медичних технологій з метою запобігання цим ризикам не розроблено.

Важливою складовою питання запобігання ризикам ускладнень та/або побічних дій є забезпечення якості та безпеки косметичних продуктів, лікарських препаратів та виробів медичного призначення, що використовуються в косметології.

Незважаючи на те, що ринок косметичної продукції в Україні постійно зростає, він є непрозорим через дії дистриб'юторів, і вважається другим у світі після Китаю за обсягом реалізації фальсифікованої продукції, використання якої може призвести до шкоди для здоров'я споживача. Експерти вважають, що цей показник сягає 60,0% внутрішнього ринку зазначених товарів і сприяє хаотичному поширенню будь-яких брендів, незважаючи на те, що парфумерно-косметична продукція підлягає обов'язковій санітарно-гігієнічній оцінці з перевіркою зразків продукції на відповідність нормам і вимогам безпеки [206; 207].

В Україні, згідно з санітарними нормами і правилами, «...безпека для здоров'я людини косметичних засобів означає відсутність у готовій продукції токсичної, подразнюючої, сенсibiliзуючої, фотосенсибилізуючої, дисхромічної чи іншої несприятливої дії на здоров'я людини, а також відсутність чи обмеження рівня забруднення патогенними, умовно патогенними та санітарно-показовими мікроорганізмами за умов застосування згідно з призначенням протягом гарантійного терміну зберігання» [208].

Недоліками даного документу слід вважати відсутність вимог до компонентного вмісту та виробництва косметичної продукції із запровадженням системи належної виробничої практики (GMP), до оцінювання безпеки

косметичної продукції та інших вимог, що дозволить забезпечити підвищення її якості та безпеки, як це запроваджено Регламентом Європейського Союзу (ЕС) № 1223/2009. Також в Україні має місце застарілість методів і приладів для випробувань косметичної продукції, зокрема, дозволено використання лабораторних тварин з метою дослідження показників безпеки, всупереч практиці країн ЄС, де з 2013 р. заборонено тестування косметичних засобів на тваринах [209].

Зрозуміло, що вітчизняні вимоги до безпеки вітчизняної косметичної продукції потребують оновлення. З цією метою Міністерством охорони здоров'я України розроблено проєкт регуляторного акту, введення в дію якого, зокрема, оновить основні вимоги щодо її розробки, виробництва, безпеки, ефективності та введення в обіг відповідно до європейських вимог. Діючі нормативи містять перелік 412 речовин, які забороняються для застосування як косметична сировина та не повинні входити до складу косметичних засобів. У проєкті кількість заборонених речовин дорівнює 1383 компонентам. Ринковий контроль за косметичною продукцією пропонується передати Державній службі України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Важливо, що проєктом постанови пропонується уточнення поняття «косметична продукція» – це «...будь-яка речовина або суміш, призначена для нанесення на різні зовнішні ділянки тіла людини (епідерміс, волосся, нігті, губи, зовнішні статеві органи), зуби, слизову оболонку ротової порожнини виключно або переважно з метою їх очищення, ароматизування, зміни зовнішнього вигляду, захисту, збереження у задовільному стані або коригування запаху тіла» [210].

Запропоноване визначення ще раз підкреслює, що до косметичної продукції відносять лише засоби для зовнішнього використання. Отже, при усіх ін'єкційних косметологічних втручаннях не можуть бути використані косметичні засоби, а лише лікарські препарати або вироби медичного призначення для внутрішнього введення. Відповідно препарати ботулотоксину типу А є лікарськими засобами, а препарати гіалуронової кислоти для введення у м'які тканини обличчя – виробами медичного призначення. Дані твердження є

важливими, оскільки застосування лікарських засобів і виробів медичного призначення в естетичних цілях сприяє імпорту їх в Україну без вітчизняної процедури державної реєстрації або сертифікації під виглядом косметичних засобів [211].

Недоліком слід визнати гальмування термінів прийняття вищезазначеної постанови Кабінетом Міністрів України, оскільки проєкт розроблено ще у 2013 році, оновлено кілька разів, зокрема, 23.01.2020, але так і не прийнято.

Удосконалення регулювання безпеки виробів медичного призначення в Україні, до яких віднесені препарати гіалуронової кислоти, як наповнювачі, також криється в гармонізації з рекомендаціями Європейського Союзу. Європейський Парламент та Європейська Рада у 2016 році прийняли спільну угоду про регламенти щодо медичних виробів та діагностичних медичних пристроїв *in vitro*, який вводиться в дію з 2020 року. Зазначені регламенти підвищують рівень безпеки пацієнтів порівняно з попереднім законодавством [212; 213].

В Україні використання виробів медичного призначення регулюється рядом нормативних актів [214; 215]. Препарати гіалуронової кислоти як імпланти біодеградуючі (включаючи ті, що містять гіалуронову кислоту) для м'яких тканин для використання в косметологічній практиці в якості наповнювачів, дозволені до використання за наявності вітчизняного сертифікату відповідності Технічним регламентам, який може бути виданий незалежним національним органом, що має ліцензію на проведення оцінки відповідності.

Якість виробів медичного призначення в Україні можна відстежити за даними звітів територіальних органів Держлікслужби. Так, протягом 2019 р. здійснено 1039 планових та 241 позаплановий заходи державного ринкового нагляду щодо медичних виробів, за результатами яких складено 1211 актів, прийнято 457 рішень про вжиття обмежувальних (корегувальних) заходів, на 224 суб'єкти господарювання накладено штрафних санкцій у розмірі 1 226 528 гривень, що значно перевищує відповідні показники 2018 р. [216]. Таким чином,

зберігається небезпека використання недоброякісних виробів медичного призначення в косметологічній практиці, про що свідчить дані звіту.

Використання препаратів ботулотоксину типу А як лікарського засобу регламентовано законодавством України. В державному реєстрі препарат Ботокс® комплекс ботулінічного токсину типу А (від CLOSTRIDIUM BOTULINUM) виробника Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, зареєстрований під UA/16656/01/01 з терміном дії з 26.04.2018 по 26.04.2023 [217; 218].

Таким чином, проведений аналіз засвідчив здобутки та проблемні питання організації дерматовенерологічної допомоги в Україні, а також визначив складовою останньої косметологічну допомогу, організація якої потребує удосконалення.

Висновки до розділу 1

1. Зростання рівня накопичення хвороб шкіри в українській популяції свідчить про те, що проблема патологічних і вікових змін шкіри залишається актуальною й потребує подальших досліджень. Проблема значною мірою посилюється постарінням української нації та подовженням тривалості життя, що формує потреби населення в косметологічній допомозі.

2. Аналіз наукових джерел засвідчив, що якість життя пацієнтів з патологічними й віковими змінами шкіри, зокрема, що призводять до косметичних дефектів, є важливою медико-соціальною проблемою, оскільки вони негативно впливають на благополуччя людини у фізичному, психічному та соціальному аспектах, обмежуючи звичайні та професійні види життєдіяльності та порушуючи психоемоційний стан особи.

3. З'ясовано, що ризиками розвитку патологічних змін шкіри та її передчасного старіння виступає комплекс зовнішніх і внутрішніх чинників, керованими з яких є ультрафіолетове опромінювання, тютюнопаління, вживання алкоголю, нераціональне харчування, стресові стани, численні внутрішні хвороби та патологія зубо-щелепного апарату й кістково-м'язової системи, що

потребує міждисциплінарного підходу до організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

4. Виявлено, що реформування сфери охорони здоров'я в Україні торкнулось, зокрема, дерматовенерологічної допомоги. Провідним закладом надання спеціалізованої дерматовенерологічної допомоги залишається шкірно-венерологічний диспансер, з передачею частини профілактичних і лікувально-діагностичних функцій закладам первинної медичної допомоги. Активного розвитку з надання дерматовенерологічної допомоги набув приватний сектор галузі. Кадровий склад за спеціальністю «Дерматовенерологія» забезпечує високу укомплектованість посад та відзначається високим рівнем професійної кваліфікації працівників.

5. Встановлено, що за напрямом «Дерматовенерологія» в Україні, як і у всьому світі, активно розвивається ринок косметологічних послуг. Реагуючи на потреби населення в забезпеченні привабливості зовнішності, усунення косметичних дефектів та послаблення вікових змін, він характеризується ризиками ускладнень і побічних дій внаслідок застосування косметичних засобів, лікарських препаратів (зокрема, препаратів ботулотоксину типу А), виробів медичного призначення (імплантатів біодеградуючих, що містять гіалуронову кислоту для м'яких тканин), складних апаратних втручань.

6. Встановлено, що нормативне регулювання косметологічної допомоги населенню України є застарілим і потребує свого оновлення в частині: організації косметологічної допомоги; визначення кваліфікаційних характеристик лікарів-дерматовенерологів щодо володіння ними теоретичними знаннями в сфері косметології та практичними навичками з технік косметологічних утручань; гармонізації з Європейськими рекомендаціями щодо якості й безпеки косметичних засобів та виробів медичного призначення; доповнення вітчизняної бази джерел доказової інформації з кращої медичної практики клінічними рекомендаціями, систематичними оглядами та мета-аналізами за напрямом «Косметологія».

7. Таким чином, проведений теоретичний аналіз вказав на системні недоліки в організації косметологічної допомоги на галузевому рівні, що вимагає її удосконалення, а також стає підґрунтям щодо подальшого дослідження стану організації косметологічної допомоги в умовах реальної клінічної практики в закладах охорони здоров'я.

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наступні наукові публікації [47; 96; 170; 187; 188].

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методологічна основа та програма дослідження

Проведення наукового дослідження за обраною темою вимагало ретельного розгляду існуючого стану організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, отримання нових даних про усталені закономірності діяльності за цим напрямом, виявлення досягнень і визначення проблемних питань, а також шляхів її удосконалення та можливих способів впливу.

В основу процесу наукового пізнання за обраним напрямом покладалася системний підхід – головний компонент наукової методології, який дозволив розглядати й вивчати об'єкт дослідження як складну багатокomпонентну систему, що сформована з певних елементів, об'єднаних внутрішньо- і зовнішньосистемними зв'язками. Такими елементами (предметами дослідження) визначені: пацієнти з косметичними дефектами, стан їх соматичного здоров'я та якість життя; заклади охорони здоров'я, обрані базами дослідження; нормативно-правова база регулювання дерматологічної, зокрема, косметологічної, допомоги; організаційні технології з надання медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами; методичне забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів, які надають косметологічну допомогу; медико-технологічні документи, що регулюють якість

косметологічних утручань. Саме взаємозв'язки цих елементів надавали системі цілісності та дозволяли вивчати її сутність як об'єктивну характеристику [219].

Системний підхід використовувався в поєднанні з філософським принципом діалектики, що надало можливість розглядати діяльність елементів системи в процесі їх постійних змін, руху й розвитку, та застосувати цей принцип при визначенні найбільш доцільних форм і способів таких змін в удосконаленій моделі [220, с. 15-36.].

Особливе місце при виборі методології дослідження належало філософській категорії якості, яка означає суттєву незмінну характеристику предмета, об'єкта, явища та відрізняє його від іншого [220, с. 127-134]. В роботі вона знайшла своє використання при дослідженні якості життя пацієнтів з косметичними дефектами.

Обрану методологію можливо було реалізувати в процесі дослідження через сукупність методів, як загальнонаукових, з яких використані методи порівняння, вимірювання, синтезу, узагальнення, так і специфічних для соціальної медицини, визначених паспортом наукової спеціальності: системного аналізу, контент-аналізу, бібліосемантичного, соціологічного, медико-статистичного, моделювання, експертних оцінок [222].

Дослідження здійснювалось відповідно до загальноприйнятих підходів до побудови процесу наукового пізнання, а саме, проведення дослідження на емпіричному та теоретичному рівнях. На емпіричному рівні проводилась робота з отримання, накопичення фактичного матеріалу, систематизації й узагальнення даних про зв'язки й функціонування елементів існуючої системи з різноманітних джерел інформації. Надалі проводився системний аналіз отриманого матеріалу, сутності виявлених проблем в реально існуючій ситуації та визначались принципи й підходи щодо її змін [222].

Виконання завдань дослідження стало можливим завдяки розробленій автором програмі дослідження (Рис. 2.1).

Програма включала декілька етапів, межі й кількість яких визначались завданнями дослідження. Системний підхід обумовлював виконання етапів в

Мета дослідження	Здійснити медико-соціальне обґрунтування, розробити та впровадити модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами та надати оцінку її медичної, соціальної та економічної ефективності
Перший етап	Провести теоретичне дослідження медико-соціальних, економічних, психологічних аспектів проблеми патологічних і вікових змін шкіри, що призвели до косметичних дефектів, та організації дерматовенерологічної, зокрема, косметологічної, допомоги в світі та в Україні
Обґрунтування методологічної основи дослідження: формування мети, об'єкту, предмету, визначення завдань, методів, бази дослідження, структури та обсягу інформаційних матеріалів	
Другий етап	Матеріали: 223 зарубіжні та вітчизняні наукові праці (з них – 91 англomовна; 20 од. нормативно-правових актів; 16 од. статистичних та довідкових матеріалів) Здійснити системний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я України з організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами
Дослідження мережі, спектру послуг, ресурсного та технологічного забезпечення, забезпечення якості косметологічних утручань. Аналіз навчально-методичного забезпечення БПР лікарів-дерматовенерологів за розділом «Косметологічна допомога»	
Третій етап	Матеріали: дані МОЗ України (1 од.), офіційних веб-сайтів закладів, що надають косметологічну допомогу (86 од.); навчальні плани і програми ЗВО (28 од.); матеріали наукових форумів (36 од.) та наукових видань за темою (515 публ.); установчі, аналітичні, облікові документи закладів охорони здоров'я, обраних базою дослідження (27 од.) Надати оцінку загального стану здоров'я та якості життя пацієнтів з косметичними дефектами; виявити чинники ризику передчасного старіння шкіри (за даними соціологічного дослідження)
Проведення соціологічного дослідження	Матеріали: анкета з оцінки стану здоров'я та виявлення чинників ризику передчасного старіння шкіри (620 од.); опитувальник з визначення індексу оцінки якості життя пацієнтів з віковими змінами шкіри (139 од.)
Четвертий етап	Здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробити модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами
Узагальнення результатів I-III етапів дослідження. Медико-соціальне обґрунтування та розробка моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами	Матеріали: документи ВООЗ (2 од.), вітчизняні нормативно-правові акти (2 од.), результати власного дослідження
П'ятий етап	Впровадити окремі елементи моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами в практику діяльності закладів охорони здоров'я; надати оцінку її медичної, соціальної та економічної ефективності. Провести експертну оцінку моделі
Впровадження окремих елементів моделі, проведення оцінки ефективності та експертної оцінки	Матеріали: анкети пацієнтів (100 од.), анкети експертів (24 од.), медична карта амбулаторного хворого (67 од.), локальні медико-технологічні, нормативні та звітні документи (167 од.)
Методи дослідження на етапах: системного підходу і системного аналізу, медико-статистичний – I-V; бібліосемантичний – I; контент-аналізу – II; соціологічний – III, V; моделювання – I, II, IV; організаційного експерименту, експертних оцінок – V	Впровадження: пропозиції МОЗ України щодо внесення змін до кваліфікаційних характеристик лікаря-дерматовенеролога, проєкт наказу МОЗ з організації косметологічної допомоги в Україні; інформаційний лист (2 од.); наукові статті (6 од.); виступи/тези на наукових форумах (3 епізоди), акти впровадження (19 од.)

Рис. 2.1. Програма, матеріали, обсяг та методи дослідження

логічній послідовності, з використанням одержаних результатів попереднього етапу як закономірного підґрунтя для наступного етапу. Досягнення мети дослідження в рамках визначених завдань кожного етапу означало завершеність останнього.

На кожному етапі застосовувались методи системного підходу і системного аналізу, а також додатково – методи соціальної медицини, необхідні для виконання специфічних завдань даного етапу.

Перший етап присвячувався теоретичному аналізу медико-соціальних, економічних і психологічних аспектів проблеми патологічних і вікових змін шкіри, їх внеску в здоров'я населення, зокрема, в частині впливу на якість життя пацієнтів, та чинників ризику, що сприяють розвитку захворювань шкіри й передчасного старіння. Складовою етапу став також системний аналіз накопиченого досвіду організації дерматовенерологічної допомоги в світі та в Україні, зокрема, розвитку ринку косметологічних послуг та його нормативного регулювання.

Проведений теоретичний аналіз вказав на системні недоліки в організації косметологічної допомоги в вітчизняній сфері охорони здоров'я, що дозволило визначити напрям подальшого наукового пошуку, сформулювати мету, завдання, розробити програму, обґрунтувати обсяг, методичну основу та обрати об'єкт, предмет і методи дослідження.

В якості матеріалів дослідження використані наукові літературні джерела за темою, нормативно-правові акти та статистично-довідникові матеріали (223 од.).

Матеріали першого етапу дослідження відображені в першому та другому розділах дисертації.

Завдання другого етапу полягали у проведенні системного аналізу діяльності закладів охорони здоров'я України з організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами. Дослідження охоплювало мережу, спектр

послуг, ресурсне та технологічне забезпечення, забезпечення якості косметологічних утручань в закладах охорони здоров'я, що надають косметологічну допомогу.

Матеріалами дослідження в цій частині слугував діючий на момент проведення дослідження реєстр ліцензій на медичну практику, виданих суб'єктам господарювання МОЗ України за 2010-2016 роки. В процесі аналізу даних реєстру з'ясовано, що 312 ліцензіатів мали право надавати косметологічну допомогу в межах спеціальності «Дерматовенерологія». Фактично її надавали 258 суб'єктів господарювання.

Надалі досліджувалась змістовність та організація діяльності зазначених закладів охорони здоров'я методом контент-аналізу інформації, оприлюдненої на офіційних web-сайтах ліцензіатів. Дана складова дослідження обумовлювалась припущенням про те, що провайдери косметологічних послуг представляють на web-сайтах достатньо повну інформацію для відвідувачів з метою підтримки власного іміджу, надійного утримання ринкової ніші та заохочення потенційних пацієнтів до вибору саме даного закладу охорони здоров'я.

Контент-аналіз полягав у пошуку в текстах, оприлюднених на офіційних web-сайтах, визначених змістовних понять, обраних одиницями аналізу, з виявленням частоти їх згадувань у вибірці. Вибірка формувалась шляхом механічного відбору із сукупності офіційних web-сайтів ліцензіатів, що фактично надавали косметологічну допомогу. Відбирались матеріали web-сайту кожного третього ліцензіату. Таким чином, контент-аналізом були охоплені матеріали 86 web-сайтів.

Одиницями аналізу були обрані:

- 1) пропозиції від суб'єктів господарювання щодо послуг при патологічних змінах шкіри, що призвели до косметичних дефектів, за переліком, визначеним у діючому галузевому регламенті з надання косметологічної допомоги;

2) пропозиції від суб'єктів господарювання щодо послуг при вікових змінах шкіри, що призвели до косметичних дефектів, за переліком, визначеним у джерелах наукової літератури (Розділ 1 дисертації);

3) види косметологічних утручань, що пропонуються суб'єктами господарювання (мануальні, інвазивні, апаратні, пілінги, дерматохірургічні, догляд за шкірою та її придатками);

4) посилення на індивідуальний підхід до пацієнта з урахуванням особливостей проблеми шкіри при призначенні лікування;

5) посилення на використання комплексних програм корекції косметичних дефектів;

6) посилення на міждисциплінарний підхід до надання медичної допомоги (залучення і взаємодія суміжних спеціалістів);

7) посилення на використання медичних технологій із джерел доказової інформації про найкращу медичну практику;

8) посилення на безпеку інвазивних процедур, апаратних методів лікування, косметичних засобів, лікарських препаратів та виробів медичного призначення;

9) посилення на високий професійний рівень лікарів, інформація про їх досвід в сфері надання косметологічних послуг та безперервний професійний розвиток;

10) наявність у матеріалах офіційних web-сайтів інформації для пацієнтів щодо: профілактики хвороб шкіри та її придатків; профілактики передчасного старіння; регулярного догляду за шкірою та її придатками в побуті.

Отримані дані підлягали медико-статистичному аналізу з визначенням відносних величин та їх похибки, що засвідчували частоту одиниць аналізу у вибірці web-сайтів у відсотках.

Доповнювались дані другого етапу дослідження аналізом навчально-методичного забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів-дерматовенерологів за розділом «Косметологічна допомога».

Матеріалами дослідження в цій частині слугували календарні щорічні плани циклів інтернатури, спеціалізації, стажування та тематичного удосконалення, навчальні плани та програми інтернатури, спеціалізації, стажування та тематичного удосконалення закладів до-та післядипломної медичної освіти України (усього 28 од.), матеріали наукових форумів (36 од.) та науково-практичні публікації (515 од.) за спеціальністю «Дерматовенерологія», зокрема, за напрямом «Косметологічна допомога».

Наступна складова дослідження на другому етапі полягала в отриманні й аналізі інформації щодо діяльності закладів охорони здоров'я, обраних базами дослідження: Інституту дерматокосметології доктора Богомолець, клініки «Літус», клініки «Shagov aesthetic medicine». Інформація підлягала системному аналізу документів: нормативно-правових актів, що використовуються в роботі закладів; локальних нормативних документів (статути, протоколи медичної допомоги, клінічні маршрути пацієнта, схеми взаємодій, дані про ресурсне забезпечення, організацію навчання персоналу, забезпечення якості медичної допомоги, дотримання прав пацієнта), усього 27 од. Окремому блоку аналізу піддавались структура та склад відвідувань, обсяги та види медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами. Отримані дані були систематизовані й узагальнені для використання на наступних етапах дослідження.

Відомості, отримані на даному етапі, дозволили глибше, ніж дані теоретичного аналізу наукових літературних джерел та нормативно-правових документів, зрозуміти особливості діяльності досліджуваних закладів охорони здоров'я в реальних умовах і використати ці результати при медико-соціальному обґрунтуванні та розробці моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

Матеріали другого етапу дослідження викладені у третьому розділі дисертації.

На третьому етапі дослідження вирішувалось завдання надати оцінку загального стану здоров'я та якості життя пацієнтів з косметичними дефектами

досліджуваних закладів; виявити фактори ризику передчасного старіння шкіри (за даними соціологічного дослідження).

З цією метою була розроблена анкета, яка включала цільові запитання, відповіді на які мали б забезпечити отримання валідної соціологічної інформації. Доцільність проведення цієї частини дослідження обумовлювалась припущенням про те, що косметологічна допомога пацієнтам з ознаками захворювань та старіння шкіри обмежується локальними косметологічними утручаннями, без урахування наявних хронічних соматичних хвороб і керованих чинників ризику передчасного старіння шкіри.

Складовою третього етапу стало дослідження якості життя пацієнтів з віковими змінами шкіри за спеціально розробленим опитувальником. З теоретичного аналізу відомо, що патологічні зміни шкіри негативно впливають на якість життя пацієнтів, зокрема, емоційну та поведінкову сферу, що підтверджено значною кількістю досліджень. В той же час вплив вікових змін шкіри внаслідок календарного та передчасного старіння на якість життя в доступній науковій літературі висвітлений недостатньо, що сприяло постановці відповідного завдання дослідження.

На даному етапі використані методи соціологічного опитування, медико-статистичний, графічного моделювання.

Методика проведення соціологічного опитування та підходи до розробки анкет і опитувальника якості життя представлені у наступному підрозділі даного розділу роботи.

Матеріали третього етапу дослідження викладені в четвертому розділі дисертації.

Отримані на попередніх етапах результати дослідження підлягали систематизації, логічному осмисленню, системному аналізу, виокремленню проблем та покладались в основу розробки на четвертому етапі моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, та рекомендацій щодо її впровадження на галузевому, регіональному та місцевому рівнях медичної допомоги. На даному етапі додатково використані методи

синтезу, описового й графічного моделювання. Результати дослідження, отримані на четвертому етапі, викладені у п'ятому розділі дисертації.

Впровадження окремих елементів запропонованої моделі, оцінка її медичної, соціальної та економічної ефективності та експертна оцінка моделі відбувались на п'ятому, заключному етапі дослідження. Виконання завдань на завершальному етапі стало можливим завдяки використанню методів: організаційного експерименту, порівняльного аналізу, експертної оцінки, соціологічного, медико-статистичного.

Матеріали п'ятого етапу дослідження викладені у шостому, заключному розділі дисертації.

2.2. Методичні підходи до проведення соціологічного дослідження та експертної оцінки моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами

Досягнення мети соціологічного дослідження – встановити чинники ризику передчасного або поглиблених ознак біологічного старіння шкіри осіб визначеного контингенту та надати оцінку впливу вікових змін шкіри та/або проявів передчасного старіння на якість життя респондентів – потребувало визначення генеральних сукупностей пацієнтів закладів охорони здоров'я, обраних базою дослідження. З метою раціонального витрачання ресурсів під час проведення дослідження соціологічне опитування здійснювалось на вибірках пацієнтів, обсяг яких забезпечував би репрезентативність генеральних сукупностей.

Генеральними сукупностями, тобто частиною об'єкта дослідження, на яку з визначеною мірою вірогідності можна поширити висновки дослідження, стали пацієнти, які звертались до закладів, обраних базами дослідження, з приводу проблем зі шкірою, обумовлених патологічними та/або віковими змінами, що призвели до косметичних дефектів. Підозра або наявність злоякісних новоутворень шкіри або клінічних станів, що потребували хірургічних утручань,

були критерієм виключення пацієнтів з дослідження.

Середня кількість відвідувачів з визначеними проблемами за рік підраховувалась шляхом обчислення простої середньої величини за три останніх роки. Інформація отримувалась з електронних реєстрів пацієнтів, які існують в кожному закладі, де проводилось дослідження.

За три роки, що передували дослідженню, кількість пацієнтів з визначеними проблемами шкіри Інституту дерматокосметології доктора Богомолець становила 1161 особу, за рік в середньому – 387 осіб; клініки «Літус» – 1109 осіб, відповідно за рік в середньому – 369 осіб, «Shagov aesthetic medicine» – 1467 осіб, отже, за рік в середньому – 489 пацієнтів.

Передбачувана кількість учасників анкетного опитування розраховувалась за формулою (2.1) [223]:

$$n = \frac{t^2 pqN}{N\Delta^2 + t^2 pq} \quad (2.1)$$

де:

n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення (2);

p – ймовірність наявності ознаки (0,5);

q – ймовірність відсутності ознаки (0,5);

N – обсяг генеральної сукупності (відповідно 387, 369 та 489 осіб);

Δ – припустима помилка у медико-соціологічних дослідженнях (максимальна величина припустимої помилки становить $\pm 5,0\%$).

За результатами проведених розрахунків обсяг вибіркової сукупності пацієнтів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець становив 196 осіб, було опитано 202 особи, після обробки результатів 6 анкет виявились заповненими неякісно, тому обробці підлягали 197 анкет.

За результатами проведених розрахунків обсяг вибіркової сукупності пацієнтів клініки «Літус» становив 191 особу, було опитано 202 особи, після обробки результатів 7 анкет виявились заповненими неякісно, тож обробці підлягали 195 анкет.

За результатами проведених розрахунків обсяг вибіркової сукупності клініки «Shagov aesthetic medicine» становив 220 осіб, було опитано 232 особи, після обробки результатів 4 анкети виявились заповненими неякісно, тому обробці підлягали 228 анкет.

Усі учасники опитувань надали добровільну поінформовану згоду на участь в опитуванні.

При відборі респондентів використовувався принцип механічного відбору (опитуванню підлягав кожен другий пацієнт Інституту дерматокосметології доктора Богомолець та клініки «Літус» та кожен третій пацієнт клініки «Shagov aesthetic medicine» за визначеними критеріями відбору).

Надалі опитування проводилось у двох напрямках, які визначались метою соціологічного дослідження: перший напрям мав за мету оцінку загального стану здоров'я та чинників ризику патології та/або передчасного старіння шкіри у респондентів та розуміння учасниками опитування шляхів запобігання цим ризикам. Другий напрям передбачав дослідження впливу вікових змін шкіри на якість життя опитаних.

Завдання соціологічного дослідження передбачали розробку відповідного виду анкети як інструменту дослідження за кожним напрямом при дотриманні загальних відомих наукових підходів до їх розробки.

Так, кожен вид анкети був орієнтований за змістом запитань на досягнення визначеної мети даного опитування. Структура анкет була класичною та передбачала три складові: вступ, основну частину, демографічні дані.

У вступі містилось звернення до респондента з поясненнями мети даного опитування та проханням взяти участь в ньому за умови нерозголошення персональних результатів та використання отриманої узагальненої соціологічної інформації від усіх учасників в наукових цілях і практиці охорони здоров'я.

Основна частина анкет складалась з цільових запитань. В анкеті з «Оцінки загального стану здоров'я та чинників ризику патології та/або передчасного старіння шкіри» представлені 11 запитань, які можна розподілити на дві групи. Перша група формувалась з урахуванням вже відомих чинників ризику за

даними огляду наукових джерел, представлених в Розділі 1 дисертації, та була спрямована на виявлення цих чинників у респондентів. Запитання стосувались наявності/відсутності хронічних хвороб внутрішніх органів, шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотичних речовин), фізичної активності, характеру харчування, впливу стресових ситуацій, догляду за шкірою, спостереження лікарем за наявності хронічних захворювань.

Друга група запитань спрямовувалась на виявлення обізнаності респондентів щодо способів протидії цим чинникам: відмови від шкідливих звичок, підвищення фізичної активності, переходу на збалансоване харчування, використання методів протидії стресу, лікування хронічних захворювань, проходження регулярних медичних профілактичних оглядів, догляду за шкірою, використанню косметичних засобів та косметологічних процедур [226]; (Додаток А).

Розташування запитань в анкеті було витримано у логічному порядку: спочатку респондентам пропонувались більш загальні, а потім більш конкретні запитання; більш складні запитання розташовувались в анкеті після більш простих; формулювання запитань було чітким і однозначним. Віяло можливих відповідей включало декілька варіантів, з яких респондент міг обрати лише один.

Оскільки заклади охорони здоров'я, обрані базою дослідження, відвідують переважно постійні пацієнти, за результатами проведеної освітньої роботи автором дослідження за удосконаленими змістом і формою технологіями, зазначена анкета використовувалась повторно на етапі оцінки ефективності запропонованої моделі. Було проведено соціологічне дослідження серед пацієнтів клініки «Shagov aesthetic medicine». Генеральною сукупністю визначена середня чисельність пацієнтів за місяць поточного року, яка складала 123 особи. Респондентами виступили загалом 100 осіб за необхідності опитати 94 особи. Із загальної кількості пацієнтів, обраних респондентами, було сформовано 2 групи: основна в кількості 65 осіб та контрольна – чисельністю 35 осіб. Пацієнти основної групи було залучені до освітніх заходів з питань здорового способу життя та профілактики хвороб шкіри та її придатків і

передчасного старіння. Пацієнти контрольної групи зазначені заходи не відвідували.

Анкетні відповіді респондентів обох груп піддавались обробці та порівнянню результатів з визначенням похибки відносних величин та коефіцієнтів достовірності відмінностей в групах.

Проведенню опитування з визначення впливу вікових змін шкіри на якість життя передувала робота з розробки опитувальника для визначення індексу оцінки якості життя пацієнтів з віковими змінами шкіри, в основу якого покладалась україномовна версія опитувальника з визначення індексу оцінки якості життя пацієнтів з дерматологічними захворюваннями Dermatology Life Quality Index (DLQI) [224; 227]. З останнього були запозичені підходи до форми та структури, використані аналогічна кількість запитань (10 од.), спосіб визначення індексу якості життя за бальною шкалою, а також віяло відповідей з чотирма варіантами, що відображають вплив ознаки на якість життя (дуже сильно – 3 бали, значно – 2 бали, трохи – 1 бал, зовсім ні – 0 балів).

З метою змістовного наповнення запитань на підставі огляду наукових джерел були визначені типові ознаки вікових змін шкіри: зморшки, зниження пружності шкіри, зниження вологості шкіри, зміна кольору шкіри, наявність пігментних плям, зміна контурів обличчя та шиї (Додаток Б).

Взяти участь у дослідженні з визначення впливу вікових змін шкіри на якість життя було запропоновано особам віком 35-65 років – пацієнтам клініки «Shagov aesthetic medicine», які брали участь у обох видах соціологічних досліджень. Всього в цьому опитуванні прийняли участь 139 пацієнтів вказаного вікового періоду (середній вік – $52,5 \pm 0,7$ років), мешканці м. Києва.

Зібраний статистичний матеріал за результатами двох видів соціологічних опитувань оброблявся в обчислювальній лабораторії кафедри медичної інформатики НМАПО імені П. Л. Шупика. Використовувався спеціалізований пакет прикладних програм SPSS (версія IBM SPSS Statistics 22) та MS Excel.

Оцінка результатів відповідей по кожному запитанню анкети А здійснювалась у відсотках від загального числа респондентів з обрахунком похибки репрезентативності відносної величини.

Статистичний аналіз відповідей на анкету Б передбачав визначення індексу оцінки якості життя шляхом підрахунку загальної суми балів кожного респондента (немає впливу – 0-1 бал; незначний вплив – 2-5 балів; помірний вплив – 6-10 балів; сильний вплив – 11-20 балів; дуже сильний вплив – 21-30 балів). Підраховувались також середні значення показників індексу (M) з стандартною похибкою середнього (m) загалом по вибірці, а також для окремих груп респондентів, виділених за критерієм ступеня впливу вікових змін шкіри на якість життя згідно з ключами опитувальника. Визначався коефіцієнт кореляції Пірсона (r) з коефіцієнтом статистичної значимості (p) між двома змінними характеристиками вибірки – віком респондентів та визначеним індексом оцінки якості життя.

Крім підрахунку індексу оцінки якості життя, здійснювалось визначення відносних показників по кожному з чотирьох варіантів відповідей.

Оцінка медичної ефективності запропонованої моделі організації медичної допомоги хворим з косметичними дефектами (на прикладі розацеа) здійснювалась за критеріями тривалості ремісії після проведення лікування за індивідуальною програмою комплексної медичної допомоги, яка надавалася міждисциплінарною командою професіоналів у порівнянні з тривалістю ремісії після лише локальних процедур за даними анамнезу пацієнток.

У приватному закладі «Рефьюче клінік», обраному базою в частині оцінки медичної ефективності моделі, в середньому за рік отримують лікування 191 пацієнт з приводу розацеа. За формулою (2.1) розраховано, що для достовірності оцінки необхідно відібрати не менш 46 медичних карт амбулаторних хворих. Використано 67 од. зазначених форм медичної документації. Оцінка медичної ефективності проводилася спеціально створеною за розпорядженням керівника закладу експертною групою в складі лікарів-спеціалістів «Рефьюче клінік» в

кількості п'яти осіб, які не були долучені до лікування пацієнтів, медичні карти яких піддавались оцінці.

Експертна оцінка моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами проводилась з використанням «Анкети експерта» за п'ятибальною оціночною шкалою (Додаток В).

Експертна група формувалась за професійними ознаками і складалась з 24 осіб:

- 9-ти науковців (шести кандидатів медичних наук за спеціальністю «Соціальна медицина», доктора філософії за спеціальністю 222 Медицина, спеціалізацією «Соціальна медицина», кандидата фармацевтичних наук, кандидата біологічних наук);
- 12 лікарів – організаторів охорони здоров'я, які очолюють заклади охорони здоров'я, що провадять медичну практику за спеціальністю «Дерматовенерологія», з них з вищими атестаційними категоріями за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» – сім осіб та з вищими атестаційними категоріями за спеціальністю «Дерматовенерологія» і сертифікатами лікарів-спеціалістів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» – п'ять осіб;
- трьох лікарів-дерматовенерологів закладів охорони здоров'я, які мають вищі кваліфікаційні категорії за фахом «Дерматовенерологія» і надають косметологічну допомогу (Додаток Г).

Експертна оцінка проводилась з використанням електронних засобів комунікацій шляхом розсилки електронною поштою матеріалів із результатами проведеного наукового дослідження та анкети експерта. Заповнені експертами та повернені автору дисертаційної роботи анкети підлягали медико-статистичному аналізу: визначались середня арифметична бальних оцінок та середнє квадратичне відхилення (σ). Ступінь узгодженості думок експертів визначався за коефіцієнтом варіації (C_v) для кожного об'єкта експертизи у відсотках.

Висновки до розділу 2

1. Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, структурованої відповідно до визначених завдань, які вирішувались на окремих етапах дослідження.

2. В межах програми передбачалось проведення: теоретичного аналізу проблеми патологічних і вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, в світі та в Україні, та набутого досвіду організації медичної допомоги пацієнтам із зазначеними проблемами шкіри; авторського дослідження з виявленням і аналізом даних щодо досягнень та невирішених питань в організації медичної допомоги даному контингенту пацієнтів в реальних умовах функціонування закладів охорони здоров'я; медико-соціального обґрунтування моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

3. Невід'ємною складовою програми визначено впровадження окремих елементів запропонованої моделі в практику діяльності закладів охорони здоров'я, проведення оцінки її медичної, соціальної та економічної ефективності, експертної оцінки кваліфікованими експертами та підготовку рекомендацій до МОЗ України за результатами дослідження.

4. Об'єктом дослідження визначена існуюча організація медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, а предметами – пацієнти з косметичними дефектами, стан їх загального здоров'я та якості життя; заклади охорони здоров'я, що надають косметологічну допомогу; нормативно-правова база регулювання косметологічної допомоги в Україні; організаційні технології з надання косметологічної допомоги; методичне забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів, які надають косметологічну допомогу; стандарти та протоколи медичної допомоги за напрямками «Дерматологія», «Дерматовенерологія», «Косметологія».

5. В основу методології дослідження покладались системний підхід та філософський принцип діалектики, а в якості методичного інструментарію використані загальнонаукові та спеціальні методи дослідження, що використовуються в соціальній медицині: системного підходу і системного аналізу на всіх етапах дослідження, бібліосемантичний, контент-аналізу, порівняльного аналізу, узагальнення, синтезу, соціологічний, медико-статистичний, моделювання, організаційного експерименту, експертних оцінок.

6. В якості інформаційних джерел використані зарубіжні та вітчизняні наукові публікації, нормативно-правові акти та локальні нормативні документи, анкети соціологічного опитування, анкета експерта в авторській розробці, викопійовані дані з обліково-звітних та аналітично-статистичних матеріалів закладів охорони здоров'я, обраних базами дослідження.

7. Розроблена програма дослідження та обраний методичний інструментарій були спрямовані на досягнення мети дослідження, вирішення поставлених завдань і отримання достовірних результатів, які стали б основою медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, в Україні.

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наступні наукові публікації автора [226; 227].

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ

3.1. Загальна характеристика мережі та діяльності закладів охорони здоров'я України з надання медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами

Медична допомога пацієнтам з косметичними дефектами в Україні може надаватись, як засвідчив теоретичний аналіз (Розділ 1), закладами охорони здоров'я, що мають ліцензію на провадження медичної практики за спеціальністю «Дерматовенерологія». Мережа цих закладів досліджувалися, відповідно до поставленого завдання, за даними актуального реєстру ліцензій на медичну практику, виданих суб'єктам господарювання МОЗ України за період 2010-2016 рр., а спектр послуг, ресурсне та технологічне забезпечення, забезпечення якості косметологічних утручань, структура відвідувань – на основі контент-аналізу інформації, оприлюдненої на офіційних web-сайтах ліцензіатів та аналізу документів закладів охорони здоров'я, обраних базами дослідження.

В зв'язку з тим, що в Україні за період даного наукового дослідження залишався чинним нормативний документ МОЗ СРСР, що регулює надання косметологічної допомоги, а також відповідно до дефініцій у нормативному документі, що регулює надання платних послуг в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, в подальшому медична допомога терапевтичного профілю пацієнтам з косметичними дефектами автором дисертаційного дослідження позначена як «косметологічна допомога».

Аналіз обраних матеріалів дослідження для виконання завдань другого етапу засвідчив, що косметологічна допомога терапевтичного профілю активно пропонується пацієнтам закладами як державної, так приватної форми власності. Отримати косметологічну допомогу пацієнти з патологічними й віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, можуть у шкірно-венерологічних диспансерах (Запорізькому, Івано-Франківському, Львівському, Миколаївському обласних та Київському № 1, Київському № 4, Харківському № 5, міських), косметологічних лікарнях державної та комунальної форми власності (м. Дніпро, м. Кривий Ріг, м. Львів), а також у підприємствах різних форм господарювання на засадах приватної медичної практики.

Усі перелічені заклади або їх профільні структурні підрозділи, незалежно від форми власності, надають косметологічну допомогу на госпрозрахунковій основі.

Встановлено, що з 1972 ліцензіатів, які отримали в 2010-2016 рр. ліцензію на медичну практику, за спеціальністю «Дерматовенерологія» нараховувалось 312 (15,8%) суб'єктів господарювання. Це засвідчувало їх право надавати дерматовенерологічну, зокрема, косметологічну допомогу (послугу) в межах зазначеної спеціальності.

Більш ретельний аналіз даних з використанням інформації офіційних веб-сайтів ліцензіатів показав, що косметологічні послуги терапевтичного профілю пропонували 258 (13,1%) закладів охорони здоров'я, які отримали ліцензію на провадження медичної практики, або 82,7% закладів, що отримали ліцензію на медичну практику за спеціальністю «Дерматовенерологія».

За формою господарювання зазначені 258 суб'єктів розподілилися наступним чином: 56 (21,7%) приватних підприємств (ПП), 4 (1,6%) – дочірні підприємства (ДП), 7 (2,7%) – приватні акціонерні товариства (ПАТ), 139 (53,9%) – товариства з обмеженою відповідальністю (ТОВ), 52 (20,1%) – заклади охорони здоров'я державної форми власності (рис. 3.1).

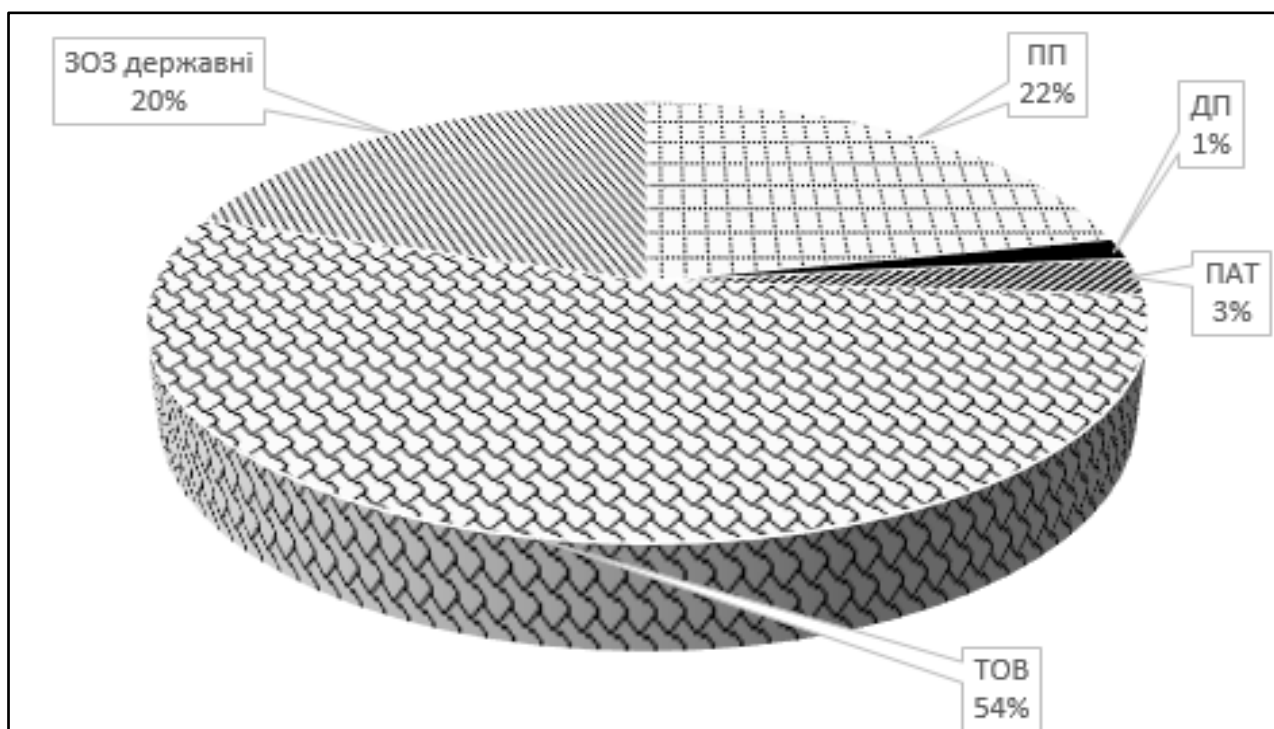


Рис. 3.1. Структура ліцензіатів за спеціальністю «Дерматовенерологія» за формою господарювання (%)

Характерно, що серед зазначених суб'єктів господарювання 88 од. (34,1%) отримали дозвіл на провадження медичної практики лише за однією спеціальністю – «Дерматовенерологія». Тобто, більше третини закладів охорони здоров'я мали право надавати косметологічні послуги в рамках заявленої моноспеціальності.

Решта – 170 (65,9%) закладів – були багатoproфільними, оскільки мали ліцензію на провадження медичної практики як за спеціальністю «Дерматовенерологія», так і ще за декількома спеціальностями. Спектр інших спеціальностей, крім дерматовенерології, як виявлено за результатами аналізу відомостей про ліцензіатів, був різноманітним, і включав, за чисельністю, додатково до дерматовенерології, від однієї до більш ніж 10 спеціальностей.

Враховуючи дані аналізу чинників ризику, що найбільш впливають на розвиток хвороб шкіри та її придатків, проявів передчасного старіння або посилюють вікові зміни шкіри, представленого у Розділі 1 дисертації, зокрема,

хвороб внутрішніх органів (органів травлення; ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин; хвороб сечостатевої системи; кістково-м'язової та сполучної тканини; хвороб зубів), особливостей змін у процесах обміну речовин, що супроводжують старіння як всього організму, так і шкіри, анатомічні особливості обличчя, шкіра якого в першу чергу створює психологічні проблеми для пацієнтів, подальший аналіз спрямовувався на спектр спеціальностей ліцензіатів, що можуть забезпечити не лише косметологічну допомогу, але й лікування супутніх захворювань та вікових змін інших органів і тканин, а також проведення відповідних профілактичних заходів в межах одного закладу охорони здоров'я, що є найбільш зручним для пацієнтів за критерієм доступності до комплексної медичної допомоги й територіальної доступності шляхом концентрації послуг в одному закладі. Це в першу чергу такі спеціальності, як ендокринологія, гастроентерологія, акушерство та гінекологія, урологія, стоматологія, ортопедія та травматологія, медична психологія.

Встановлено, що з 170 закладів охорони здоров'я, які мали ліцензію на провадження медичної практики за декількома спеціальностями, у т. ч., за спеціальністю «Дерматовенерологія», нараховувалось 18 (10,6%) ПП, два ДП (1,7%), сім ПАТ (4,1%) та 98 (57,6%) ТОВ. Розподіл ліцензіатів в залежності від кількості спеціальностей, за якими може проводитись медична практика, представлено в табл. 3.1.

Отже, серед 18 ПП 10 суб'єктів мали право надавати послуги, крім косметологічних, ще додатково за однією, чотири – за двома, три – за трьома, один – за чотирма спеціальностями.

Одне ДП отримало ліцензію на надання послуг, крім спеціальності «Дерматовенерологія», ще за однією спеціальністю, а друге – ще за двома іншими спеціальностями.

ПАТ у кількості семи суб'єктів відповідно до ліцензії могли надавати послуги, які обмежувались, крім, дерматовенерології, двома додатковими спеціальностями у шести суб'єктів та трьома – у одного.

Таблиця 3.1

**Розподіл ліцензіатів за кількістю спеціальностей,
за якими може провадитись медична практика**

Форма господарювання	Кількість ліцензіатів	Ліцензія на спеціальність						
		дерматовенерологія	на інші (кількість спеціальностей)					
			1	2	3	4	5	
ПП	18	18						
	з них:							
	10		*	-	-	-	-	
	4		-	*	-	-	-	
	3		-	-	*	-	-	
	1		-	-	-	*	-	
ДП	2	2						
	з них:							
	1		*	-	-	-	-	
	1		-	*	-	-	-	
ПАТ	7	7						
	з них:							
	6		-	*	-	-	-	
	1		-	-	*	-	-	
ТОВ	98	98						
	з них:							
	23		*	-	-	-	-	
	31		-	*	-	-	-	
	32		-	-	*	-	-	
	9		-	-	-	*	-	
	3		-	-	-	-	*	

Спектр заявлених додаткових спеціальностей включав у різних сполученнях вище зазначені акушерство та гінекологію, ендокринологію, гастроентерологію, урологію, стоматологію, ортопедію та травматологію, медичну психологію.

Суб'єкти підприємницької діяльності, що мали статус ТОВ, в кількості 98 од., отримали право провадити медичну практику за декількома спеціальностями. Серед них 23 ТОВ (23,5% від усіх ТОВ, що отримали ліцензію

на декілька спеціальностей) могли надавати послуги ще за однією, крім «Дерматовенерологія», спеціальністю (дев'ять закладів – за спеціальністю «Стоматологія», чотири – «Акушерство та гінекологія», три «Гастроентерологія», по два заклади мали додатково ліцензії на такі спеціальності як «Ортопедія та травматологія», «Урологія», «Психологія», та один заклад – на спеціальність «Ендокринологія»).

Крім спеціальності «Дерматовенерологія», 31 ТОВ (31,6%) отримало ліцензію на провадження господарської діяльності ще за двома спеціальностями, що могло б позитивно вплинути на організацію лікування хворих з косметичними дефектами (вісім закладів – за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Урологія»; сім – за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Гастроентерологія»; п'ять закладів – за спеціальностями «Гастроентерологія», «Ендокринологія»; три заклади – за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Ортопедія та травматологія»; по два заклади – за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Стоматологія»; «Акушерство та гінекологія», «Ендокринологія»; по одному закладу – за спеціальностями: «Акушерство та гінекологія», «Медична психологія»; «Стоматологія», «Гастроентерологія»; «Ендокринологія», «Медична психологія»; «Стоматологія», «Ендокринологія»).

За трьома, крім «Дерматовенерологія», спеціальностями, право на провадження медичної практики, мали 32 ТОВ (32,7% від усіх ТОВ, що отримали ліцензію на декілька спеціальностей). Набір спеціальностей був представлений наступним чином: 12 закладів могли надавати послуги за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Гастроентерологія», «Ендокринологія»; шість – за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Ендокринологія», «Урологія»; п'ять – за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Урологія», «Гастроентерологія»; три – за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Ендокринологія», «Психологія»; два – за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Урологія», «Психологія»; по одному закладу могли провадити медичну практику за спеціальностями: «Акушерство та гінекологія», «Урологія», «Ортопедія та травматологія»;

«Акушерство та гінекологія», «Урологія», «Стоматологія»; «Ендокринологія», «Ортопедія та травматологія», «Медична психологія»; «Акушерство та гінекологія», «Гастроентерологія», «Стоматологія».

За чотирма визначеними, крім «Дерматовенерологія», спеціальностями, дев'ять (9,2%) серед ТОВ могли надавати відповідні послуги, а саме: чотири заклади – за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Гастроентерологія», «Урологія», «Ендокринологія»; по два заклади – за спеціальностями «Акушерство та гінекологія», «Гастроентерологія», «Ендокринологія», «Медична психологія»; «Акушерство та гінекологія», «Гастроентерологія», «Ендокринологія», «Ортопедія та травматологія»; один заклад – за спеціальностями «Ендокринологія», «Гастроентерологія», «Медична психологія», «Ортопедія та травматологія».

Нарешті, лише три заклади (3,1%), які за формою підприємницької діяльності належали до ТОВ, що мали ліцензію на декілька спеціальностей, могли надавати послуги за п'ятьма спеціальностями, це були такі комбінації: «Акушерство та гінекологія», «Урологія», «Ортопедія та травматологія», «Гастроентерологія», «Медична психологія»; «Акушерство та гінекологія», «Ендокринологія», «Ортопедія та травматологія», «Гастроентерологія», «Стоматологія»; «Урологія», «Стоматологія», «Ендокринологія», «Ортопедія та травматологія», «Гастроентерологія».

Отже, в підсумку, за двома і більше спеціальностями, крім спеціальності «Дерматовенерологія», могли надавати медичну допомогу 91 (53,5%) з 170 закладів охорони здоров'я, що мали ліцензію на провадження медичної практики за декількома спеціальностями. Зазначені заклади мали можливість надавати багатoproфільні послуги пацієнтам з патологічними й віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, та з патологією інших органів і систем, яка, вірогідно, впливає на стан шкіри та її придатків. Наскільки дані можливості знаходили своє втілення в реальній клінічній практиці, засвідчили результати подальшого дослідження.

Однак, як вказано вище, значна частка ліцензіатів (34,1%) обмежувалась вузькопрофільною діяльністю лише за спеціальністю «Дерматовенерологія», що обумовлювало можливість проводити лише локальні втручання в межах даного закладу охорони здоров'я.

Проведений надалі контент-аналіз інформаційних матеріалів офіційних web-сайтів провайдерів косметологічних послуг дозволив за визначеними одиницями аналізу (Розділ 2) виявити перелік патологічних і вікових змін шкіри, з приводу яких надається дерматологічна, зокрема, косметологічна допомога, спектр послуг за видами медичних утручань, що пропонуються, підходи до організації косметологічної допомоги та забезпечення її якості, інформаційно-освітню складову діяльності за напрямом «Косметологічна допомога».

Результати контент-аналізу представлені в табл. 3.2.

Отримані статистичні дані засвідчили, що переважна кількість суб'єктів господарювання пропонують косметологічну допомогу за потреб пацієнтів як у зв'язку з хворобами шкіри ($83,9 \pm 0,041\%$), так і внаслідок її вікових змін ($85,2 \pm 0,039\%$). Решта, відповідно, надають косметологічну допомогу в зв'язку лише з хворобами шкіри або лише внаслідок вікових змін.

Найчастіше ліцензіати пропонують потенційним пацієнтам апаратні ($77,8 \pm 0,045\%$), інвазивні ($74,1 \pm 0,048\%$) косметологічні втручання, а також процедури по догляду за шкірою та її придатками ($65,4 \pm 0,052\%$). Близько половини суб'єктів господарювання мають в арсеналі пропозицій пілінги ($54,3 \pm 0,054\%$), мануальні ($50,6 \pm 0,054\%$) та дерматохірургічні ($45,7 \pm 0,054\%$) методи. До відома потенційних відвідувачів закладів представлена детальна інформація про кожен вид втручання, їх апаратне та медикаментозне забезпечення та патологічні й вікові прояви змін шкіри, на які ці втручання спрямовуються.

Таблиця 3.2

**Результати контент-аналізу інформаційних матеріалів
офіційних web-сайтів ліцензіатів за визначеними
одиницями аналізу (обсяг вибірки N=86 од.)**

№ з/п	Одиниці аналізу	Частота згадувань (M±m%)
1	2	3
1	Пропозиції послуг при патологічних змінах шкіри, що призвели до косметичних дефектів, за визначеним переліком (акне, гіпертрихоз, гірсутизм, невуси, атероми, фіброми, кератоми, папіломи, гемангіоми, бородавки, кератоз, оmozолісті, судинні дерматози (телеангіектазії, розацеа), порушення пігментації, рубці, себорея, алопеція, інші хвороби волосся та нігтів)	83,9±0,041
2	Пропозиції послуг при вікових змінах шкіри, що призвели до косметичних дефектів (зморшки, зменшення пружності м'яких тканин, пастозність навколо очей, підвищена пористість, гравітаційний птоз, нерівномірна пігментація, шорсткість, зміна контуру обличчя)	85,2±0,039
3	Види косметологічних утручань, що пропонуються суб'єктами господарювання:	
3.1	мануальні	50,6±0,054
3.2	інвазивні	74,1±0,048
3.3	апаратні	77,8±0,045
3.4	пілінги	54,3±0,054
3.5	дерматохірургічні	45,7±0,054
3.6	догляд за шкірою та її придатками	65,4±0,052
4	Посилання на індивідуальний підхід до пацієнта	45,7±0,054
5	Посилання на використання комплексних програм корекції косметичних дефектів на локальному рівні	29,6±0,050
6	Посилання на міждисциплінарний/командний підхід до надання медичної допомоги (залучення і взаємодія суміжних спеціалістів)	29,6±0,050

7	Посилання на використання медичних технологій на основі доказової медицини	16,0±0,039
<i>Продовження табл. 3.2</i>		
1	2	3
8	Посилання на безпеку інвазивних процедур, апаратних методів лікування, косметичних засобів, лікарських препаратів та виробів медичного призначення	43,2±0,053
9	Посилання на високий професійний рівень лікарів, інформація про їх практичний досвід в сфері надання косметологічних послуг та безперервний професійний розвиток	51,9±0,054
10 10.1	Наявність у матеріалах web-сайтів інформації для пацієнтів щодо: профілактики хвороб шкіри та її придатків	20,9±0,044
10.2	профілактики передчасного старіння	14,8±0,039
10.3	регулярного догляду за шкірою та її придатками в побуті	16,0±0,039

На сайтах 45,7±0,054% провайдерів косметологічних послуг представлена інформація з переконанням про індивідуальний підхід до пацієнта, в залежності від характеру патологічних або вікових змін шкіри. Майже третина ліцензіатів (29,6±0,050%) заявили про використання комплексних програм лікування. Однак при більш детальному аналізі виявлено, що останніми передбачалось застосування комбінацій декількох лікувальних методик, націлених на усунення локальної проблеми шкіри.

З такою ж частотою (29,6±0,050%) у вибірці web-сайтів виявлені посилання на міждисциплінарний підхід до надання медичної допомоги. Деталізуючи такий вид робіт, провайдери послуг вказують на сумісну роботу лікарів-дерматовенерологів, які спеціалізуються на наданні різних косметологічних процедур, або спільне втручання, за потреби, дерматовенерологів і пластичних хірургів. Отже, залучення та взаємодія суміжних спеціалістів для лікування хвороб шкіри та/або корекції вікових змін були вкрай обмеженими.

Статистичні дані по наступним трьом одиницям аналізу відображали забезпечення закладами охорони здоров'я якості косметологічних утручань.

Найчастіше виявлені посилання на високий професійний рівень лікарів, з зазначенням кваліфікаційної категорії, інформація про значний досвід їх практичної діяльності в сфері надання косметологічних послуг та підвищення кваліфікації (на $51,9 \pm 0,054\%$ web-сайтів). Інформація про підвищення кваліфікації містить вказівки на постійну участь лікарів у вітчизняних і міжнародних тренінгах з косметології, зокрема, в учбових центрах естетичної медицини.

Про безпеку інвазивних процедур, апаратних методів лікування, косметичних засобів, лікарських препаратів та виробів медичного призначення повідомлялося у інформаційних матеріалах $43,2 \pm 0,053\%$ web-сайтів. Зокрема, гарантії безпеки препаратів гіалуронової кислоти та ботулотоксину ґрунтуються на походженні їх від провідних виробників світу (Франція, Німеччина, США, Швейцарія, Швеція). Способи підбору цих препаратів, як переконують автори матеріалів web-сайтів, обумовлені досвідом лікаря, який здійснює косметологічні втручання. Використання медичних технологій на основі доказової медицини згадується лише у матеріалах $16,0 \pm 0,039\%$ web-сайтів.

Складова інформаційних матеріалів для пацієнтів щодо профілактики хвороб шкіри та її придатків, як виявилось, має місце лише на $20,9 \pm 0,044\%$, з питань регулярного догляду за шкірою та її придатками в побуті – на $16,0 \pm 0,039\%$, з профілактики передчасного старіння – на $14,8 \pm 0,039\%$ web-сайтів. Інформаційні матеріали переобтяжені переліком патологічних станів і вікових змін шкіри та способами їх активного усунення шляхом косметологічних і косметичних процедур, які пропонуються в даному закладі охорони здоров'я, при обмежених даних про самостійний догляд пацієнтом за шкірою та підтримку загального стану здоров'я як важливої складової здорової шкіри, забезпечення її молодості й відтермінування проявів вікових змін.

Широкий і всебічний погляд провайдерів косметологічних послуг на патологічні та вікові проблеми шкіри як органу, стан якого є віддзеркаленням

стану й функціонування внутрішніх органів та зовнішніх впливів на організм, при ознайомленні з матеріалами web-сайтів слід зазначити як епізодичний. Разом з тим, навіть при демонстрації такого підходу відсутні будь-які дієві пропозиції щодо можливого вирішення проблем шкіри як з боку постачальника косметологічних послуг, так і з боку потенційного пацієнта.

Таким чином, розміщені матеріали не можуть спонукати осіб з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, до зміни або удосконалення способу життя, бажання більш глибоко розумітися й активніше розв'язувати проблеми хронічної патології організму, зменшення її впливу та/або несприятливого мікро-макродовкілля на стан шкіри.

3.2. Аналіз навчально-методичного забезпечення професійної підготовки та безперервного професійного розвитку лікарів-дерматовенерологів з надання косметологічної допомоги

Складовою системного аналізу організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами визначено аналіз навчально-методичного забезпечення професійної підготовки та безперервного професійного розвитку лікарів-дерматовенерологів з надання косметологічної допомоги.

Результатами аналізу встановлено, що підготовка професіоналів за спеціальністю «Дерматовенерологія» в Україні здійснюється в інтернатурі тривалістю 1,5 роки та на циклах спеціалізації тривалістю 5 місяців після закінчення інтернатури за однією з спеціальностей «Лікувальна справа» на профільних кафедрах факультетів післядипломної освіти закладів вищої медичної до- та післядипломної освіти за розробленими навчальними планами та програмами навчальних циклів для випускників закладів вищої медичної освіти III – IV рівнів акредитації.

Змістовний аналіз навчальних планів і програм циклів інтернатури, типових для закладів/факультетів післядипломної освіти, показав, що вони містять тематичні курси й розділи з основ соціальної гігієни та організації

дерматовенерологічної допомоги населенню, загальних питань дерматології, принципів лікування шкірних захворювань, неінфекційних, інфекційних та паразитарних хвороб шкіри, діагностики, лікування та профілактики сифілісу, гонореї та негонорейних хвороб сечостатевого органу. Тематичних розділів за напрямком «Косметологічна допомога, косметологія» з корекції косметичних дефектів, вікових змін шкіри, чинників ризику розвитку шкірних хвороб, передчасного старіння шкіри до програми не включено.

Виявлено, що більше уваги питанням, пов'язаним з патологічними й віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, приділено в програмах циклів спеціалізації (5 місяців) за фахом «Дерматовенерологія». До їх складу включено курси й розділи з основ корекційної, косметичної та естетичної дерматології (8 годин практичних і семінарських занять), застосування лазерних, фізичних і хімічних методів лікування (10 годин), основ дерматохірургії (кріохірургія, електрохірургія – 12 годин), основ дерматоонкології (12 годин). Однак в структурі відведеного часу на вивчення слухачами даних тематичних розділів відведено в програмі всього 7,1% навчальних годин.

Отже, вищезазначені навчальні плани та програми містять обмежений перелік питань з профілактики патологічних і вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, можливих впливів на чинники ризику їх розвитку, та обмежений перелік технік і практичних навичок, які можуть бути використані з метою косметологічних утручань. Загалом такий розділ дерматовенерології як косметологічна допомога, представлений в програмах циклів інтернатури та спеціалізації, помітно поступається за кількістю годин іншим розділам дисципліни (наприклад, розділам з інфекційних, неінфекційних, паразитарних хвороб, гонореї та негонорейних хвороб сечостатевого органу). Таким чином, лікар, отримавши спеціалізацію за фахом «Дерматовенерологія», отримує обмежений обсяг знань і практичних навичок для надання косметологічної допомоги.

Подальший аналіз засвідчив, що цільова підготовка професіоналів з метою оволодіння ними знань і практичних навичок з надання косметологічної

допомоги, яка фактично виведена за межі навчальних планів і програм циклів інтернатури та спеціалізації, забезпечується в окремих закладах вищої медичної освіти України в межах спеціальності «Дерматовенерологія» шляхом викладання профільних циклів, курсів, дисциплін в складі навчальних планів і програм додипломної підготовки.

Так, у програмі додипломної підготовки студентів кафедри дерматології та венерології з курсом косметології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця передбачені такі цикли як «Медична косметологія», «Маніпуляційна техніка», «Основи практичної косметології», «Практикум з практичної косметології».

Кафедра дерматології, венерології і медичної косметології Харківського Національного медичного університету розробила і затвердила програму дисципліни «Медична косметологія», «Косметологія», «Фізіотерапія в косметології».

Курс реконструктивної та естетичної медицини підготовлено на кафедрі дерматології та венерології Одеського національного медичного університету.

Кафедра косметології, аромології Національного фармацевтичного університету проводить навчання з дисциплін косметологічного спрямування: «Клінічна косметологія», «Основи практичної косметології», «Апаратна косметологія» в межах підготовки фахівців за спеціальностями «Технологія парфумерно-косметичних засобів», «Провізор-косметолог», незважаючи на те, що, як зазначено в Розділі 1 дисертації, провізори-косметологи не можуть займатися лікарською практикою.

В Івано-Франківському Національному медичному університеті функціонує навчально-практичний кабінет дерматокосметології, обладнаний сучасним діагностично-лікувальним обладнанням, де науково-педагогічні працівники кафедри дерматології та венерології впроваджують методики діагностики та лікування вікових змін та новоутворень шкіри в навчальний та лікувальний процес кафедри.

Разом з тим слід зазначити, що ці цикли, курси, дисципліни викладаються студентам у закладах додипломної освіти на другому - четвертому роках навчання та є поодинокими й короткотривалими. В подальшому після отримання диплому про вищу медичну освіту зберігається потреба у навчанні в інтернатурі або спеціалізації за фахом «Дерматовенерологія».

В закладах післядипломної медичної освіти, зокрема, на кафедрі дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини факультету післядипломної освіти Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) розроблено навчальний план і програму циклу тематичного удосконалення «Практична та апаратна косметологія, технологія виготовлення парфумерних та косметичних засобів». Робоча програма курсу містить теми з: апаратної косметології; фізіотерапії; гіалуронотерапії; мезотерапії; SPA-технологій; маркетингу, професійного спілкування в практиці косметолога; фітотерапії; а також майстер-класи зі SPA-технологій, SPA-терапії, психології управління персоналом, офтальмокосметології, фітокосметології.

Однак виявлено, що календарні щорічні плани проведення циклів тематичного удосконалення, стажування, спеціалізації на кафедрах медичних факультетів та факультету підвищення кваліфікації ЗДМУ містять інший цикл тематичного удосконалення тривалістю два тижні «Актуальні питання косметології», значно обмежений за темами в порівнянні з робочою програмою циклу «Практична та апаратна косметологія, технологія виготовлення парфумерних та косметичних засобів».

Кафедра дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького пропонує елективний курс тематичного удосконалення за напрямом «Косметологія». Згідно з календарним щорічним планом, цикли «Косметологія для дерматовенерологів» тривалістю 3 тижні, та однотижневі «Естетична медицина як спосіб вирішення медичних та медико-психологічних проблем» (на госпрозрахункових засадах) проводяться двічі на рік кожен.

В Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (НМАПО імені П. Л. Шупика) розроблені навчальні плани і програми підготовки слухачів за напрямом «Косметологія» на циклах тематичного удосконалення «Сучасні аспекти дерматокосметології», «Лазерні технології (світлолікування) в дерматології та естетичній медицині». Навчальні плани та програми містять теми щодо: сучасних поглядів на механізми старіння шкіри та чинники, що їх обумовлюють; основ догляду за шкірою; правових і етичних аспектів косметологічної допомоги. Програмами передбачається оволодіння практичними навичками з апаратної та ін'єкційної косметології.

Разом з тим, аналіз календарних річних планів навчальних циклів НМАПО імені П. Л. Шупика засвідчив, що розроблені навчальні плани і програми циклів тематичного удосконалення за напрямом «Косметологічна допомога» не включаються в щорічний набір. Це вказало на низький попит на них потенційних слухачів, як і в ЗДМУ.

В двох інших самостійних закладах післядипломної медичної освіти - Запорізькій медичній академії післядипломної освіти (ЗМАПО) та Харківській медичній академії післядипломної освіти (ХМАПО) проводяться курси тематичного удосконалення: «Вибрані питання дерматовенерології», «Актуальні питання дерматовенерології» для лікарів-дерматовенерологів (ЗМАПО); «Вибрані питання дерматовенерології» (для терапевтів, сімейних лікарів, неропатологів, акушерів-гінекологів, урологів, інфекціоністів, паразитологів) та «Хвороби шкіри та волосся: сучасні методи діагностики та лікування» (для лікарів-дерматовенерологів та завідувачів шкірно-венерологічних диспансерів (ХМАПО). Специфічні теми, необхідні для потреб в діяльності лікарів-дерматовенерологів, що надають косметологічну допомогу, в програми зазначених курсів не включені.

Таким чином, незважаючи на активний розвиток ринку косметологічних послуг та високий рівень їх споживання в Україні, провайдери останніх, з одного боку, мають обмежені можливості отримати глибокі професійні знання за таким розділом дерматовенерології, як косметологічна допомога, оскільки профільні

навчальні цикли лише розроблені обмеженим колом акредитованих закладів і факультетів післядипломної освіти та не включаються в щорічні календарні навчальні плани, тобто, не проводяться.

Безперервний професійний розвиток лікарів-дерматовенерологів з косметологічної допомоги забезпечується, зокрема, публікаціями підсумків наукових досягнень вітчизняної дерматовенерології в профільних вітчизняних наукових фахових виданнях: «Дерматологія та венерологія»; «Український журнал дерматології, венерології, косметології»; «Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія». Виявлено, що характерною рисою вітчизняної дерматовенерології, як підтверджено результатами аналізу публікацій, слід вважати брак наукових досліджень за її косметологічною складовою. Так, тематичний пошук глибиною у п'ять років (2014-2018) засвідчив, що з 515 публікацій 413 (80,2%) присвячені питанням дерматології. З них 374 (90,6%) висвітлюють результати наукових досліджень з етіології, патогенезу, клінічних проявів, діагностики, лікування різних хвороб шкіри (табл. 3.3).

Як видно з переліку, найбільший науковий інтерес викликають у дослідників такі патології шкіри, як псоріаз, дерматофітії, вугрі, дерматити та екзема, дерматози, розацеа. Лише частина з них вимагає косметологічних утручань. Разом з тим, такі поширені патології як алопеція, гіпертрофічні хвороби шкіри, порушення пігментації, судинні ураження як предмети наукового дослідження обираються епізодично.

Власне публікацій, присвячених такому розділу дерматології, як косметологічна допомога, нараховано 33, або 7,9% від загальної кількості наукових робіт за розділом «Дерматологія». Третина з них (11 од.) присвячені віковим змінам шкіри та чинникам, які їх обумовлюють; сім публікацій висвітлюють питання догляду за шкірою, стільки ж – техніки косметологічних утручань та їх ускладнення. Поодинокі публікації відображають інші аспекти косметологічної допомоги (правові засади, поєднання косметологічних дефектів та інших хвороб, застосування різних методів лікування в косметології тощо).

Таблиця 3.3

**Дані про публікації з питань дерматології у наукових фахових виданнях
України за спеціальністю «Дерматовенерологія»
за 2014-2018 роки**

№	Шифр за МКХ-10	Назва хвороби	Кількість публікацій (абс.)	Кількість публікацій (у % від загальної кількості)
1	L40	Псоріаз	89	23,8
2	B35	Дерматофітії	52	13,9
3	L70	Вугрі	49	13,1
4	L20 – L30	Дерматит та екзема	35	9,4
5	L20- L45	Дерматози	23	6,1
6	L71	Розацеа	18	4,8
7	L82, L85, Q80	Кератози	15	4,0
8	L94.0	Склеродермія	15	4,0
9	B00.1, B00.9	Вірусні ураження шкіри	11	2,9
10	L43	Червоний плоский лишай	9	2,4
11	L08	Інфекційні ураження шкіри (піодермії)	7	1,9
12	L63	Алопеція	7	1,9
13	L14	Пухирчатка	6	1,6
14	L91	Гіпертрофічні хвороби шкіри (рубці, зокрема, постакне)	6	1,6
15	L11	Бульозний епідермоліз	4	1,1
16	L50	Кропивниця	4	1,1
17	L51	Еритема	4	1,1
18	L60.3	Онїходистрофія	4	1,1
19	L81	Порушення пігментації	4	1,1
20	інші (C43, B88 I78, L10, L80, L90, D18.0, M32)	Злоякісні новоутворення шкіри, демодекоз, хвороби капілярів (телеангіектазії), пемфігус, вітиліго, атрофічні хвороби шкіри, гемангіома, системний красний вовчак	12	3,2
		Разом	374	100,0

Обмежена кількість публікацій (6 од.) присвячені організації дерматовенерологічної допомоги та підготовці кадрів, в яких такий розділ дерматовенерології, як косметологічна допомога, взагалі не представлений.

Безперервний професійний розвиток лікарів-дерматовенерологів здійснюється також шляхом їх участі в наукових форумах з актуальних питань дерматовенерології. Згідно з даними реєстрів з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, затверджених МОЗ України, за 2012-2019 рр., за вказаний період проведено 36 таких заходів, які включали, зокрема, питання косметологічної допомоги.

Аналіз тематичного спрямування наукових форумів засвідчив, що основна увага на цих заходах приділялась висвітленню питань організації, профілактики, діагностики, лікування дерматовенерологічних захворювань, яким було присвячено 25 (69,4%) заходів. Окремі заходи (три науково-практичні конференції) присвячувались стандартизації дерматовенерологічної допомоги.

Аналіз змістовності матеріалів зазначених наукових форумів, опублікованих у профільних наукових фахових виданнях, засвідчив, що з 206 публікацій 192, або 93,2%, присвячені питанням етіології, патогенезу, клінічних ознак, методам діагностики, лікування різних хвороб шкіри (табл. 3.4).

Пріоритетність у вивченні нозологій та висвітленні результатів досліджень під час науково-практичних заходів практично відповідала публікаціям у наукових фахових виданнях.

Поодинокі публікації (2 од.) присвячені організації дерматовенерологічної допомоги.

Решта публікацій – 12 з 206, або лише 5,8%, присвячувались питанням власне косметологічної складової дерматовенерології: догляду за шкірою, ін'єкційним методам та постін'єкційним ускладненням при проведенні косметологічних втручань, іншим методам надання косметологічної допомоги, косметичним засобам.

Таблиця 3.4

Дані про публікації з питань дерматології у матеріалах наукових форумів за спеціальністю «Дерматовенерологія» за 2012-2019 роки

№	Шифр за МКХ-10	Назва хвороби	Кількість публікацій (абс.)	Кількість публікацій (у % від загальної кількості)
1	L20- L45	Дерматози	48	25,0
2	L40	Псоріаз	45	23,4
3	L70	Вугрі	32	16,7
4	B35	Дерматофітії	20	10,4
5	L20 – L30	Дерматит та екзема	9	4,7
6	L71	Розацеа	8	4,2
7	L63	Алопеція	8	4,2
8		інші	22	11,4
Разом			192	100,0

Власне косметологічному напрямку дерматовенерології було присвячено вісім наукових заходів (22,2%) від загальної кількості форумів за 2012-2019 рр., зокрема, науково-практичні конференції, організовані Донецьким державним медичним університетом (2013, 2019 рр.); ЗДМУ (2013 - 2015 рр.); ВГО «Українська медична асоціація» та НМУ ім. О. О. Богомольця МОЗ України (2014 р.); ГО «Українське товариство естетичної медицини» (2018, 2019 рр.).

Тематика наукових форумів присвячувалася розгляду актуальних питань косметологічної допомоги, а саме: сучасних лікувально-діагностичних технологій, міждисциплінарних зв'язків, практичних навичок. Разом з тим, чисельність таких цільових форумів була обмеженою, оскільки вони проводилась навіть не кожен рік.

Таким чином, косметологічна допомога не розглядалася надавачами освітніх послуг закладів до- та післядипломної освіти та організаторами наукових форумів як високо затребувана складова дерматовенерології.

З'ясовано, що на противагу навчанню за професійно підготовленою програмою та науковій медичній інформації, яка надається під час наукових форумів, мало місце активне поширення лікувально-діагностичних методик за напрямом «Косметологічна допомога» шляхом чисельних навчальних тренінгів та семінарів у приватних навчальних центрах, що функціонують у складі приватних закладів охорони здоров'я або як самостійні.

Найбільш відомі навчальні центри, що функціонують в Україні, – «Академія Наукової Краси», Школа медицини і косметології «Академія «Партнер Плюс», Інформаційно-освітній центр «Меліс Україна» та інші. На базі цих освітніх центрів регулярно, щомісяця, як свідчать рекламні матеріали їх веб-сайтів, проводяться навчальні тренінги та семінари в різних обласних центрах України, а щороку – масштабні конференції та круглі столи за участю сотен лікарів-дерматовенерологів, які практикують в сфері косметології.

Недоліками цих навчальних тренінгів і семінарів слід визнати те, що, як правило, спікерами на них виступають практикуючі лікарі-дерматовенерологи, які пропонують власні, «авторські методики» використання косметичних засобів і косметологічних препаратів, а також технік ін'єкційних та апаратних процедур, та передають учасникам індивідуальні, набуті практичним досвідом навички. Зважаючи на практичну цінність таких заходів, слід зазначити, що їм бракує науково-теоретичного підґрунтя й доказовості інформації, що надається.

Важливим поштовхом для широкого охоплення провайдерів косметологічних послуг такими освітніми технологіями є їх мотивація шляхом встановлення дистриб'юторами – учасниками освітніх заходів – лояльної цінової політики щодо косметичних продуктів, наповнювачів (препаратів гіалуронової кислоти) та препаратів ботулотоксину й можливостями закупівлі останніх за зниженими цінами лише за умови участі лікарів у запропонованих навчальних тренінгах і семінарах, що підтверджено рекламними пропозиціями.

3.3. Організація косметологічної допомоги в закладах охорони здоров'я, обраних базами дослідження

Більш детальний аналіз організації косметологічної допомоги в умовах реальної лікарської практики проводився на основі матеріалів, що представляли результати діяльності закладів охорони здоров'я, обраних базами дослідження.

За даними архівних матеріалів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець (далі – Інститут), заклад розпочав свою роботу з 1994 р. В Інституті вперше в Україні розпочато лікування уражень судин шкіри з застосуванням лазерних технологій.

Соціальна спрямованість діяльності Інституту полягає переважно у ранньому виявленні злоякісних новоутворень шкіри, але загалом заклад провадить багатoproфільну лікарську практику, що дозволяє покращити здоров'я пацієнтів з різними проблемами здоров'я. Лікарями Інституту здійснюється діагностика та лікування найбільш поширених хвороб шкіри та волосся, проводиться терапевтична та хірургічна корекція вікових змін шкіри, діагностика й лікування хвороб органів травлення та ендокринної системи; надається педіатрична допомога та медична допомога на засадах загальної практики – сімейної медицини.

Відповідно до зазначених напрямів діяльності сформована функціонально-організаційна структура закладу, яка представлена відділеннями дерматології, дерматоонкології, дерматокосметології, лазерної епіляції, відділеннями пластичної хірургії, естетичної медицини, корекції рубців, дитячого здоров'я.

Кадровий склад Інституту сформований 11 лікарями-дерматовенерологами, шістьма лікарями-хірургами (у т. ч. один – дитячий, один лікар має кваліфікацію пластичного хірурга), лікарем загальної практики-сімейним лікарем (ЗП-СЛ), двома терапевтами, трьома молодшими спеціалістами зі спеціальною медичною освітою (сестри медичні з косметичних процедур). Дев'ять лікарів – дерматовенерологів пройшли додаткове навчання з

онкології, терапевт – з ендокринології, лікар ЗП-СМ і терапевт – з гастроентерології, дитячий хірург – з ультразвукової діагностики.

Як засвідчили матеріали кадрових справ, усі лікарі підвищують свою кваліфікацію за планом в закладах вищої післядипломної освіти і на факультетах післядипломної освіти закладів вищої освіти на циклах підвищення кваліфікації за спеціальністю «Дерматовенерологія» або іншою відповідною спеціальністю, на наукових форумах, шляхом самоосвіти. Однак тематичне удосконалення за напрямом «Косметологічна допомога» не проходив жоден з лікарів–дерматовенерологів. В той же час вищезазначені лікарі періодично відвідують майстер-класи з практичних навичок у приватних навчальних центрах, що засвідчено відповідними сертифікатами.

Інститут активно поширює власний досвід практичних навичок серед цільової аудиторії лікарів-дерматовенерологів, зокрема, з косметологічної допомоги, лазерної медицини, кріохірургії, дерматоскопії тощо шляхом проведення тематичних занять і практичних конференцій.

Апаратні методи лікування в Інституті здійснюються з використанням наступного обладнання: апаратів Skin Peeler, Surgitron EMC; систем MoleMax, VIDIX+VTRACK; лазерів SmartXide DOT, SmoothBeam, GentleLase, Vbeam Perfecta. Використовуються усі інші види косметологічних утручань: мануальні, інвазивні, пілінги, дерматохірургічні, процедури догляду за шкірою.

Закупівля лікарських засобів здійснюється за переліком, відповідним діючому випуску Державного формуляра лікарських засобів, що засвідчено відповідними документами на закупівлю товарів. Якість косметичних засобів підтверджена висновками санітарно-епідемічної експертизи, а препаратів гіалуронової кислоти – відповідними сертифікатами.

Структура звернень за причинами пацієнтів з патологічними й віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, у 2018 році, за даними електронного реєстру пацієнтів Інституту, представлена на рис. 3.2.

Як показано на рис. 3.2, переважаючими причинами звернень пацієнтів за косметологічною допомогою були косметичні дефекти внаслідок вугрів та їх

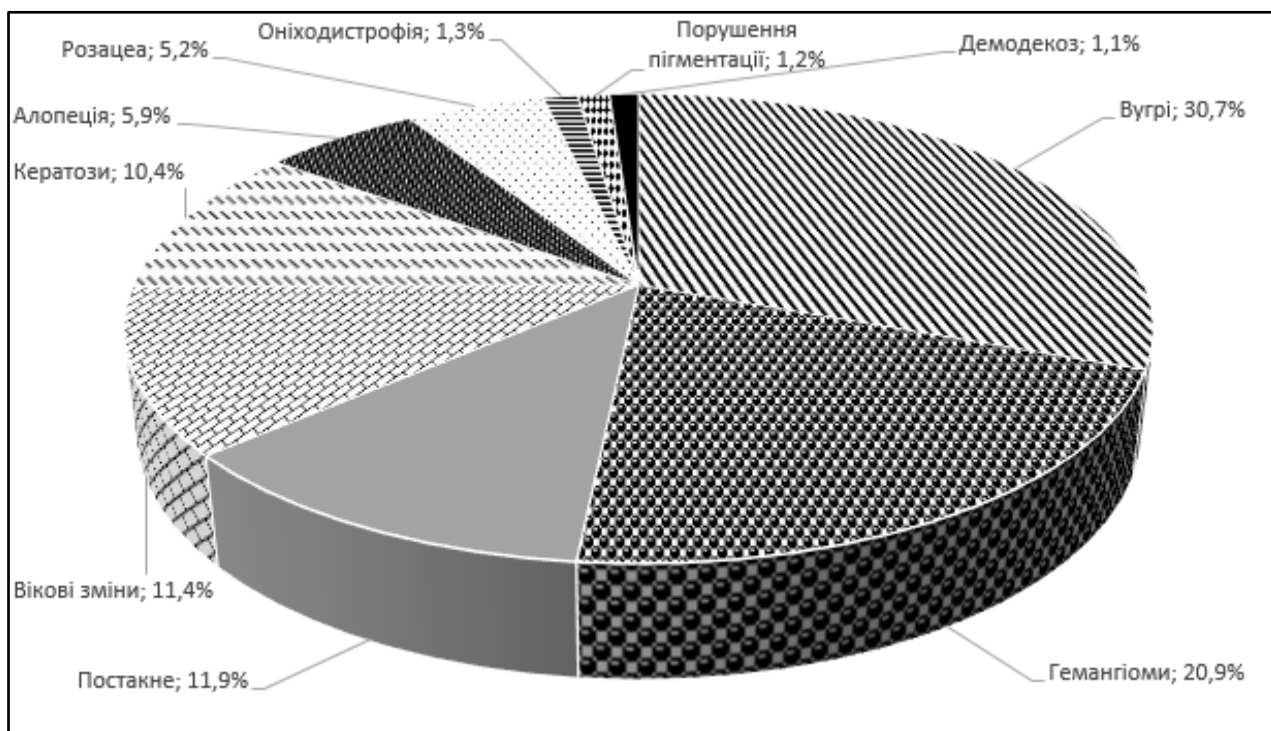


Рис. 3.2. Структура звернень пацієнтів з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, за причинами до Інституту дерматокосметології доктора Богомолець у 2018 р. (у %)

наслідків (разом 42,6%), судинні ураження шкіри (гемангіоми, розацеа – разом 26,1%), вікові зміни (11,4%), кератози (10,4%), хвороби волосся (алопеція, 5,9%), нігтів (онїходистрофія, 1,3%), порушення пігментації (1,2%) та вірусні ураження (1,1%).

Встановлено, що якість клінічного процесу забезпечується використанням лікарями УКПМД, затверджених МОЗ України: «Акне», «Базальноклітинний рак шкіри», «Меланома», «Мієлофіброз первинний, постполіцитемічний та посттромбоцитемічний», «Атопічний дерматит», «Бульозний епідермоліз», «Інфекції, що передаються статевим шляхом», «Ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)», «Медикаментозна алергія», «Псоріаз».

Лікарі мають доступ до даних джерел доказової інформації, в тій частині, що стосується обсягу та змісту діяльності лікаря відповідної спеціальності згідно з посадовою інструкцією та ліцензійними зобов'язаннями Інституту.

Виявлено, що, відповідно до УКПМД, в закладі розроблені та періодично оновлюються локальні клінічні протоколи, в яких враховано особливості діяльності закладу відповідно до наявних ресурсів. Разом з тим, в Інституті не налагоджено використання джерел доказової інформації за напрямом «Косметологічна допомога», отже, регламенти косметологічних утручань і косметичних процедур відсутні, як і клінічні маршрути пацієнтів, які звернулись за косметологічною допомогою. Наявні лише локальні регламенти на випадок вугревої хвороби.

З'ясовано, що, незважаючи на багатoproфільність діяльності клініки, потужний кадровий потенціал і високий професійний рівень лікарів, кожен з них надає медичну допомогу переважно в межах своєї спеціальності. Пропонуючи комплексну косметологічну допомогу, лікарі розробляють індивідуальні програми догляду за шкірою та корекції патологічних і вікових змін з застосуванням комбінацій різних видів локальних косметологічних та косметичних утручань.

Зовнішні взаємодії Інституту полягають у контактах з приватними лабораторіями з метою проведення гістологічних досліджень біологічних матеріалів, отриманих під час діагностичних і лікувальних процедур, що підтверджено реквізитами закладів-партнерів на бланках з результатами досліджень.

Інститут веде активну просвітницьку роботу серед населення, що підтверджено матеріалами, розміщеними на власному сайті, сайтах партнерів та в соціальних мережах, тематичними відеороліками, буклетами. Матеріали містять, зокрема, інформацію про чинники ризику поглиблення вікових змін шкіри (нераціональне харчування, стреси, спадковість, загальний стан здоров'я).

Інститут дерматокосметології доктора Богомолець має вищу акредитаційну категорію, що засвідчено відповідний сертифікатом.

Клініка «Літус» перебуває на ринку косметологічних послуг впродовж 20 років. Соціально значимою метою, представленою в Статуті закладу, клініка декларує вирішення дерматологічних та естетичних проблем пацієнтів, що забезпечується комплексним підходом на індивідуальному рівні, високим професіоналізмом лікарів, використанням сучасного медичного обладнання та передових методик і технологій.

Крім медичної допомоги пацієнтам з патологією шкіри та її віковими змінами, що призвели до косметичних дефектів, клініка «Літус» надає послуги з корекції целюліту, постави, зміцнення й відновлення хребта, боротьби із зайвою вагою, моделювання контурів тіла.

Кадровий склад клініки представлений п'ятьма лікарями-дерматовенерологами, лікарем терапевтом-гастроентерологом, молодшим персоналом з спеціальною медичною освітою (9 осіб), серед яких сестри медичні з косметичних процедур, масажисти.

Як і в Інституті дерматокосметології доктора Богомолець, виявлено, що усі лікарі клініки «Літус» підвищують свою кваліфікацію в закладах або на факультетах післядипломної освіти за спеціальністю «Дерматовенерологія» або іншою відповідною спеціальністю; безперервний професійний розвиток забезпечується шляхом участі в наукових форумах, ознайомлення й використання публікацій з наукових джерел. Лікарі-дерматовенерологи клініки «Літус» також регулярно відвідують семінари, тренінги, майстер-класи з естетичної медицини, що підтверджено сертифікатами приватних навчальних центрів.

Клініка «Літус» використовує сучасне обладнання, що дозволяє надати пацієнтам широкий спектр послуг: апарат LPG CELLU M6 ALLIANCE – для здійснення лімфодренажу, ведення пацієнтів з целюлітом, зайвою вагою, фіброзними утвореннями та іншими патологічними станами тканин; апарат LPG HUBER MOTION LAB - LPG HUBER MOTION LAB, який дозволяє коригувати поставу, проводити процедури зі зміцнення й відновлення хребта, поліпшення координації рухів, балансу сили і витривалості м'язів; апарат LPG для вакуумно-

роликового впливу на тканини; обладнання для пресотерапії, кріосауни; лазери SmartXide DOT DEKA та Smart Lipo - інструменти фракційного й традиційного абляційного омолодження шкіри, лазерної контурної пластики.

Лікарські засоби, що використовуються у клініці «Літус», відповідають переліку діючого випуску Державного формуляра лікарських засобів; косметичні засоби закупаються за умови наявності висновку санітарно-епідемічної експертизи, а препарати гіалуронової кислоти – за умови сертифікації в Україні.

Структура звернень за причинами пацієнтів з патологічними й віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, у 2018 р., за даними електронного реєстру пацієнтів клініки «Літус», представлена на рис. 3.3.

В структурі звернень переважають вікові зміни (24,8%), вугрі (22,3%), постакне (16,2%), розацеа (7,9%), кератози (5,1%), гіпертрихоз (4,7%), алопеція (4,1%), мікози (3,5%), доброякісні новоутворення шкіри (3,4%), демодекоз (3,3%).

Медична допомога за зазначеними причинами надається відповідно до наявних галузевих УКПМД за напрямками «Дерматологія», «Дерматовенерологія». Оскільки перелік і зміст цих документів не охоплює усі нозологічні форми та вікові зміни, лікування й корекція яких здійснюється в закладі, використовуються стандарти медичної допомоги за напрямом «Дерматовенерологія», розроблені експертним шляхом до 2012 року, а також власні знання та досвід лікарів клініки.

Клініка «Літус» має сертифікат, що засвідчує її вищу акредитаційну категорію.

Клініка естетичної косметології «Shagov aesthetic medicine» надає послуги з профілактики та лікування хвороб шкіри та її придатків, корекції зовнішності.

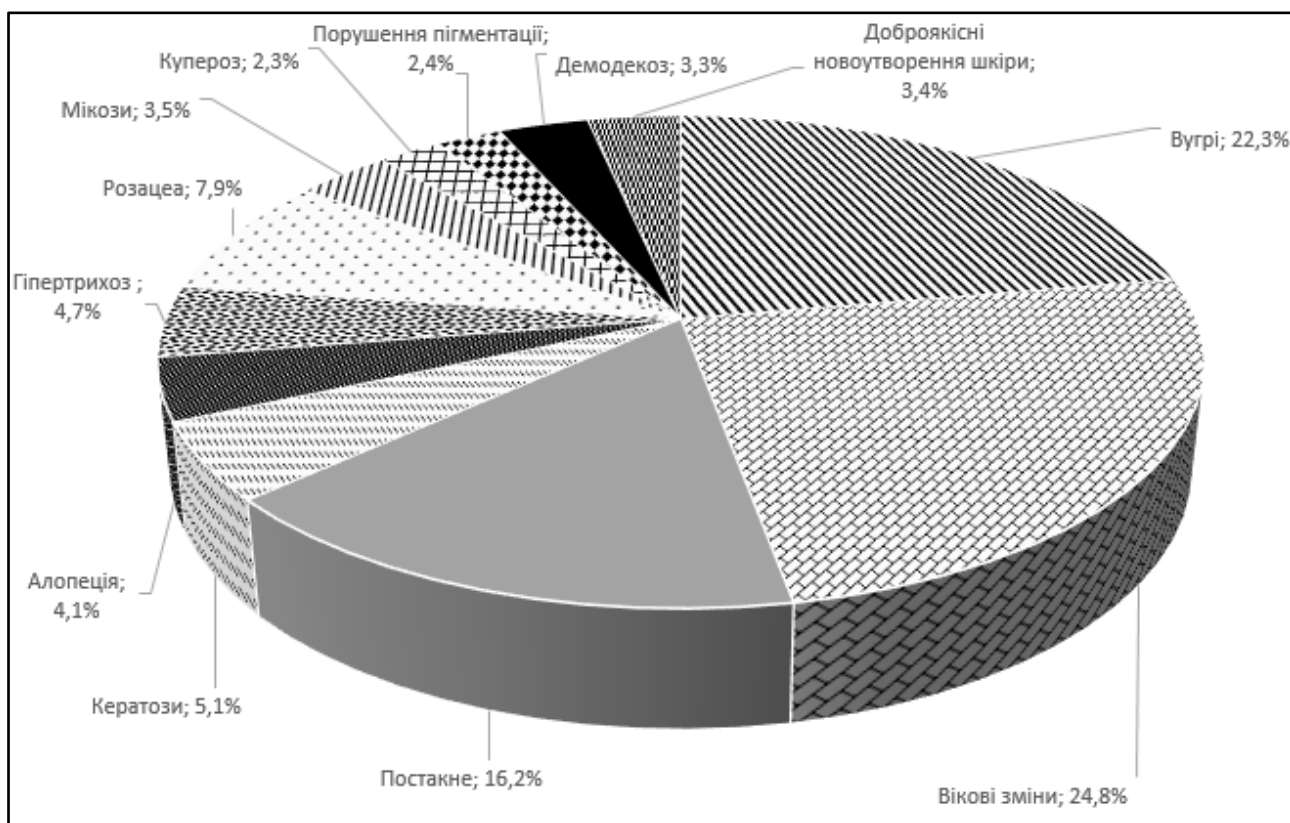


Рис. 3.3. Структура звернень пацієнтів з патологічними й віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, за причинами, до клініки «Літус» у 2018 році (у %)

В арсеналі клініки технології догляду за шкірою, ін'єкційні та апаратні методики косметологічних утручань. Як зазначено в статутних документах і рекламних оголошеннях закладу, соціальна спрямованість діяльності клініки поєднана з професійним комплексним підходом. Він полягає у взаємодії лікарів суміжних спеціальностей й пошуку першопричин захворювань шкіри та її придатків.

Косметологічну допомогу пацієнтам у клініці «Shagov aesthetic medicine» надають п'ять лікарів-дерматовенерологів, сестри медичні з косметичних процедур, сестра медична з масажу. В клініці працюють також лікар ортопед-травматолог та психолог. Усі професіонали та фахівці вчасно проходять підвищення кваліфікації за спеціальністю, беруть участь у тренінгах і конгресах, у тому числі, міжнародних, з дерматології і косметології, що проводяться у

приватних навчальних центрах, лікарськими асоціаціями за спеціальністю «Дерматовенерологія» та за напрямом «Косметологічна допомога». Підвищення кваліфікації лікарів в закладах вищої освіти за відповідною лікарською спеціальністю та спеціалістів з молодшою медичною освітою засвідчено відповідними сертифікатами.

Апаратна косметологія в клініці здійснюється з використанням медичного обладнання: апаратів фракційного фототермолізу Fraxel SR1500, фототерапії IPL MED 200, радіохвильового ліфтингу Viora, ультразвукового SMAS ліфтингу Ultherapy, лазерної епіляції Light Sheer DUET, мікротокової терапії Bio-Therapeutic, ультразвукової терапії Bio-Therapeutic, вакуумно-ролікової терапії LPG, пресотерапії Starvac.

Структура звернень за причинами пацієнтів з патологічними й віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, у 2018 р., за даними електронного реєстру пацієнтів клініки «Shagov aesthetic medicine» представлена на рис. 3.4.

На відміну від інших закладів, обраних базою дослідження, в клініці «Shagov aesthetic medicine» послуги при вікових змінах шкіри переважають в структурі, відповідно до звернень (43,0%). Активно пацієнти звертаються в зв'язку з вугревою хворобою (17,6%) та її наслідками (6,1%), судинними ураженнями шкіри – розацеа (8,3%), з приводу куперозу (10,4%), целюліту (6,1%) та гіпергідрозу (5,7%).

Якість медичної допомоги пацієнтам клініки «Shagov aesthetic medicine», як і в інших закладах, обраних базами дослідження, забезпечується кваліфікацією персоналу та її підтримкою, використанням наявних галузевих і відповідних локальних клінічних протоколів медичної допомоги, сертифікованих виробів медичного призначення та дозволених в Україні лікарських засобів, своєчасною метрологічною перевіркою медичного обладнання.

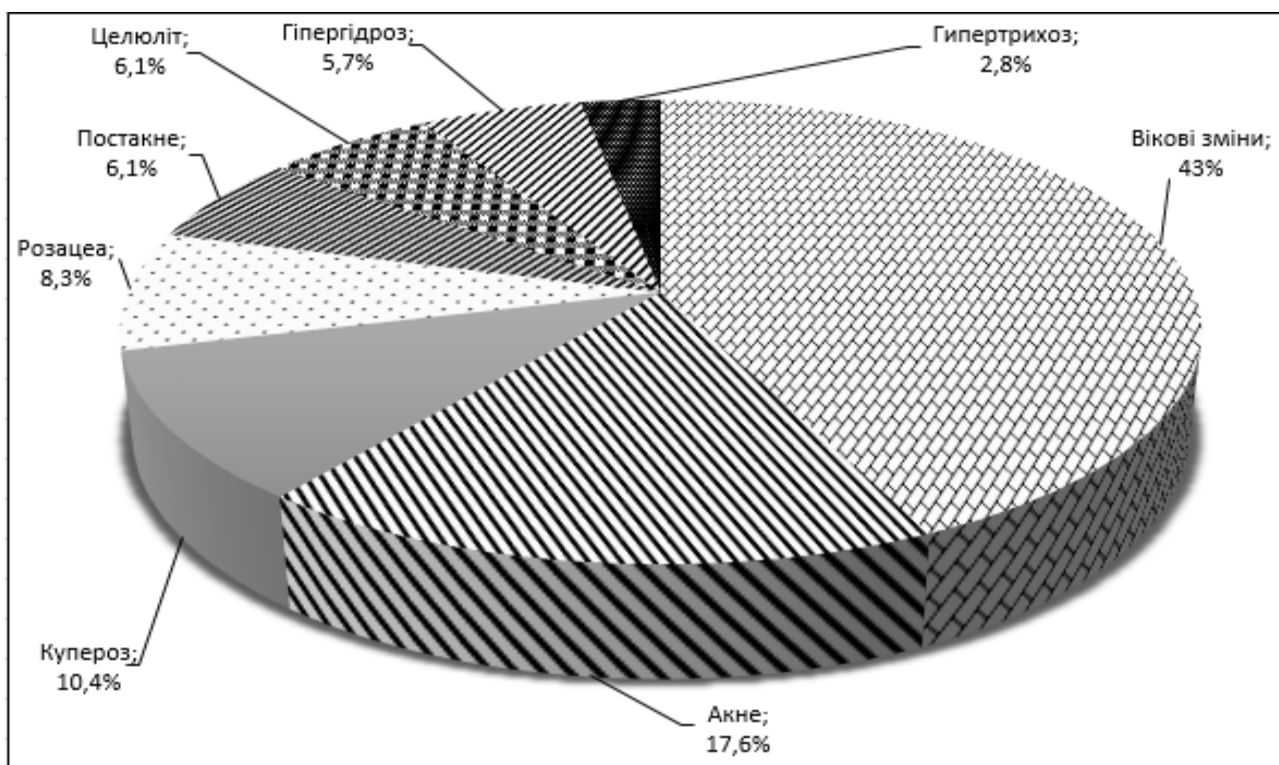


Рис. 3.4. Структура звернень пацієнтів з патологічними й віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, за причинами, до клініки «Shagov aesthetic medicine» у 2018 році (у %)

Загалом слід зазначити, що у всіх досліджуваних закладах виявлено ряд невідповідностей, які на локальному рівні віддзеркалювали проблеми галузевого порядку: використання лікарями незначної кількості джерел доказової інформації про найкращу медичну практику; підтримку рівня практичних навичок спеціалістів і фахівців при обмеженості науково-теоретичної складової навчання; сконцентрованість медичної допомоги на локальних проблемах шкіри та її придатків при наявності в штаті лікарів суміжних спеціальностей.

Висновки до розділу 3

1. Результати власного дослідження на другому його етапі засвідчили, що в Україні, відповідно до запитів населення, сформована мережа закладів охорони здоров'я державної та приватної форми власності, що мають ліцензію

на провадження медичної практики за спеціальністю «Дерматовенерологія», де надається косметологічна допомога, загальною чисельністю 258 суб'єктів господарювання.

2. Виявлено, що більш, ніж третина ліцензіатів (88 суб'єктів господарювання, або 34,1%) функціонують як однопрофільні заклади і мають право надавати косметологічну допомогу в рамках моноспеціальності «Дерматовенерологія». Багатопрофільні заклади (170 суб'єктів господарювання, або 65,9%) мають можливості забезпечити комплексну медичну допомогу в місці її надання з урахуванням причинно-наслідкових зв'язків патології шкіри та інших органів і систем та чинників ризику патологічних і вікових змін шкіри.

3. Встановлено, що незважаючи на достатній кадровий потенціал і матеріально-технічне забезпечення, багатопрофільні заклади охорони здоров'я, що надають косметологічну допомогу, позиціонують комбінації декількох лікувальних методик локальних проблем шкіри як комплексні програми лікування, а взаємодію лікарів-дерматовенерологів, які спеціалізуються на наданні різних косметологічних процедур, та дерматовенерологів і пластичних хірургів – як міждисциплінарний підхід.

4. Виявлено, що в основу визначення індивідуальних підходів до лікування, зокрема, вибору препаратів для ін'єкційних косметологічних утручань, покладається переважно власний досвід лікарів, оскільки використання доказових медичних технологій з косметологічної допомоги притаманно лише $16,0 \pm 0,039\%$ ліцензіатів. Інформаційно-освітня складова діяльності з профілактики хвороб шкіри та її придатків, передчасного старіння, регулярного догляду за шкірою та її придатками в побуті для населення характерна для незначної кількості (відповідно $20,9 \pm 0,044\%$, $14,8 \pm 0,039\%$ та $16,0 \pm 0,039\%$) провайдерів косметологічних послуг.

5. Показано, що навчальні плани та програми циклів інтернатури, спеціалізації та підвищення кваліфікації за спеціальністю «Дерматовенерологія» містять обмежений перелік питань за розділом «Косметологічна допомога». Тематичні навчальні цикли за даним розділом розроблені лише декількома

акредитованими закладами та факультетами післядипломної освіти, але не проводяться в рамках щорічних календарних навчальних планів. Запити лікарів, які надають косметологічну допомогу, щодо підвищення кваліфікації, задовольняються не акредитованими навчальними центрами приватного сегменту ринку освітніх послуг. Зміст навчальних тренінгів і семінарів орієнтований переважно на оволодіння слухачами практичними навичками на основі власного індивідуального досвіду практикуючих лікарів, не підкріплених науковими знаннями та доказовими технологіями про найкращу медичну практику.

6. Підтверджено, що в закладах охорони здоров'я, обраних базами дослідження, віддзеркалюються загальні проблеми організації косметологічної допомоги в галузі: при широкому спектрі косметологічних утручань обмежено використовуються наявні ресурсні потужності (кадрові, матеріально-технічні, інформаційні) в частині забезпечення комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними й віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів, на основі міждисциплінарного підходу. Це обумовлює сконцентрованість медичної допомоги на локальних проблемах шкіри та її придатків, а отже, суперечить цілісній оцінці стану здоров'я пацієнта з позицій холістичного підходу.

РОЗДІЛ 4

ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я, ЧИННИКІВ РИЗИКУ ПЕРЕДЧАСНОГО СТАРІННЯ ШКІРИ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ (АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

4.1. Аналіз результатів соціологічного дослідження з оцінки загального стану здоров'я та виявлення чинників ризику передчасного старіння шкіри

Складовою програми дослідження (Розділ 2) визначені завдання з оцінки загального стану здоров'я, виявлення чинників ризику передчасного старіння шкіри та оцінки впливу вікових змін шкіри та/або проявів передчасного старіння на якість життя пацієнтів. З метою виконання поставлених завдань проведено соціологічне дослідження з використанням розроблених автором опитувальників серед респондентів, які на репрезентативному рівні представляли контингент пацієнтів закладів охорони здоров'я м. Києва, що надають косметологічні послуги, обраних базою дослідження.

Аналіз соціально-демографічних характеристик респондентів вибірок засвідчив, що за віковою ознакою пацієнтами закладів були жінки віком від 18 до 65 років (табл. 4.1). Простежувались певні відмінності при аналізі розподілу чисельності жінок за окремими віковими групами. Так, найбільшим попитом користувались косметологічні послуги у осіб віком 25-34 та 35-49 років, оскільки за абсолютними та відносними показниками чисельність респондентів даних вікових груп виявилась найвищою по кожному закладу та достовірно не відрізнялась між собою ($p > 0,05$).

Достовірно меншими за чисельністю у порівнянні з вищезазначеними віковими групами виявились контингенти осіб віком 18-24 роки та 50-65 років по кожному закладу ($p < 0,05$).

Таблиця 4.1

Вікові характеристики респондентів (роки)

Назва закладу охорони здоров'я, чисельність вибірки, осіб	Вік (років); число осіб: абс., $M \pm m$ (%)				
	18-24	25-34	35-49	50-65	66 і старше
Клініка «Літус» 195	10 5,1 $\pm$ 1,57	69 35,3 $\pm$ 3,4	74 37,9 $\pm$ 3,5	42 21,5 $\pm$ 2,93	-
Інститут дерматокосметології доктора Богомолець 197	36 18,3 $\pm$ 2,75	66 33,5 $\pm$ 3,36	69 35,4 $\pm$ 3,39	26 13,2 $\pm$ 2,41	-
Клініка «Shagov aesthetic medicine» 228	19 8,3 $\pm$ 1,83	70 30,7 $\pm$ 3,05	104 45,6 $\pm$ 3,29	35 15,4 $\pm$ 2,39	-

Загалом розподіл жінок за віком засвідчив однорідність відвідувачів за цим критерієм у всіх представлених закладах охорони здоров'я, за виключенням контингенту віком 18-24 роки пацієнтів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець, який був достовірно вищим за чисельністю від аналогічного за віком контингенту відвідувачів клініки «Літус» та клініки «Shagov aesthetic medicine» ($p < 0,05$). Також у віковій групі 50-65 років чисельність опитаних пацієнтів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець була достовірно меншою від аналогічної за віком групи клініки «Літус» ($p < 0,05$). Тобто, Інститут дерматокосметології доктора Богомолець відвідував більш молодший контингент жіночого населення.

Жінок віком 66 років і старше в жодній вибірці не виявлено. Вочевидь, в цьому віці у жінок пріоритетними є інші питання в особистому та суспільному житті, внаслідок чого втрачається інтерес до підтримки зовнішності за допомогою косметологічних утручань.

Респонденти представляли переважно мешканок міської місцевості, оскільки в вибірці клініки «Літус» жителів міста Києва було 187, або $95,9 \pm 1,42\%$ осіб, Інституту дерматокосметології доктора Богомолець – 161, або $81,7 \pm 2,75\%$ осіб, клініки «Shagov aesthetic medicine» – 218, або $95,6 \pm 1,36\%$ осіб.

За видами зайнятості респонденти розподілились наступним чином (табл. 4.2):

Таблиця 4.2

Розподіл респондентів за видами зайнятості (число осіб)

Назва закладу охорони здоров'я, чисельність вибірки, осіб	Вид діяльності, число осіб: абс., ($M \pm m$, %)					
	робітник	службовець	ПП*	не працює	навчається	інш.
Клініка «Літус» 195	53 ($27,2 \pm 3,48$)	77 ($39,5 \pm 3,48$)	29 ($14,9 \pm 2,54$)	10 ($5,1 \pm 1,57$)	16 ($8,2 \pm 1,95$)	10 ($5,1 \pm 1,56$)
Інститут дерматокосметології доктора Богомолець 197	39 ($19,8 \pm 2,84$)	76 ($38,6 \pm 3,47$)	37 ($18,8 \pm 2,78$)	21 ($10,7 \pm 2,20$)	14 ($7,1 \pm 1,83$)	10 ($5,1 \pm 1,57$)
Клініка «Shagov aesthetic medicine» 228	57 ($25,0 \pm 2,87$)	86 ($37,7 \pm 3,21$)	41 ($17,9 \pm 2,54$)	19 ($8,3 \pm 1,83$)	16 ($7,0 \pm 1,69$)	9 ($3,9 \pm 1,28$)

Примітка*: ПП- приватний підприємець

Як видно з табл. 4.2, найбільшу чисельність як за абсолютними, так і відносними показниками складали жінки, які працюють службовцями (77, або $39,5 \pm 3,48\%$ пацієнтів клініки «Літус»; 76, або $38,6 \pm 3,47\%$ пацієнтів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець; 86, або $37,7 \pm 3,21\%$ опитаних клініки

«Shagov aesthetic medicine») та робітниками (відповідно, 53, або $27,2 \pm 3,48\%$; 39, або $19,8 \pm 2,84\%$; 57, або $25,0 \pm 2,87\%$ осіб).

Зайнятими підприємницькою діяльністю виявилось 29, або $14,9 \pm 2,54\%$ респондентів клініки «Літус», 37, або $18,8 \pm 2,78\%$ пацієнтів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець; та 41, або $17,9 \pm 2,54\%$ осіб клініки «Shagov aesthetic medicine», а іншими видами діяльності – відповідно 10, або $5,1 \pm 1,56\%$, 10, або $5,1 \pm 1,57\%$ та 9, або $3,9 \pm 1,28\%$ жінок.

Непрацюючими були 10, або $5,1 \pm 1,57\%$ опитаних клініки «Літус», 21, або $10,7 \pm 2,20\%$ пацієнтів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець та 19, або $8,3 \pm 1,83\%$ – клініки «Shagov aesthetic medicine».

Серед відвідувачів закладів були також особи, які навчались, – відповідно 16, або $8,2 \pm 1,95\%$; 14, або $7,1 \pm 1,83\%$ та 16, або $7,0 \pm 1,69\%$ респондентів.

Аналіз освітнього рівня респондентів засвідчив, що вони мали достатньо високий рівень освіти: вищу освіту мали 98, або $50,3 \pm 3,58\%$ респондентів клініки «Літус»; 60, або $30,5 \pm 3,28\%$ пацієнтів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець та 122, або $53,5 \pm 3,30\%$ – клініки «Shagov aesthetic medicine», незважаючи на достовірні відмінності в чисельності пацієнтів з вищою освітою Інституту дерматокосметології доктора Богомолець ($p < 0,05$) від інших закладів (табл. 4.3).

Середню спеціальну освіту мали відповідно 71, або $36,4 \pm 3,43\%$; 83, або $42,1 \pm 3,52\%$ та 78, або $34,2 \pm 3,14\%$ опитаних; достовірно нижчою різниця серед цієї групи виявлена по чисельності пацієнтів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець порівняно з респондентами клініки «Shagov aesthetic medicine» ($p < 0,05$). Враховуючи більш молодших респондентів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець, слід зробити висновок, що вони могли ще не встигнути отримати вищу або середню спеціальну освіту.

Такий висновок підтверджено даними про респондентів з середньою освітою: середню освіту мали лише відповідно 26, або $13,3 \pm 2,42\%$ осіб; 54, або $27,4 \pm 3,18\%$ опитаних та 28, або $12,3 \pm 2,17\%$ жінок досліджуваних закладів.

Розподіл респондентів за рівнем освіти (число осіб)

Назва закладу охорони здоров'я, чисельність вибірки, осіб	Рівень освіти, число осіб: абс., (M±m, %)		
	вища	середня спеціальна	середня
Клініка «Літус» 195	98 (50,3±3,58)	71 (36,4±3,43)	26 (13,3±2,42)
Інститут дерматокосметології доктора Богомолець 197	60 (30,5±3,28)	83 (42,1±3,52)	54 (27,4±3,18)
Клініка «Shagov aesthetic medicine» 228	122 (53,5±3,30)	78 (34,2±3,14)	28 (12,3±2,17)

Чисельність респондентів цієї групи Інституту дерматокосметології доктора Богомолець була достовірно вищою порівняно з чисельністю респондентів інших закладів тієї ж групи за освітньою ознакою ($p < 0,05$).

Останньою складовою соціально-демографічних характеристик вибірок визначено рівень доходу жінок; розподіл респондентів за даним критерієм представлений в табл. 4.4.

Аналіз даних показав, що переважна частина жінок кожного закладу (більше 70,0%) мали середньомісячний рівень доходу 5-10 тис. грн і більше 10 тис. грн, саме тому ці пацієнти могли собі дозволити косметологічні послуги, які надаються виключно на платних умовах.

Для порівняння взяті до уваги рівні середньої заробітної плати по м. Києву, які складали за перше півріччя 2018 року, коли проводилось дослідження, 12861 грн [225].

Таким чином, за підсумками аналізу соціально-демографічних характеристик жінок-пацієнтів закладів охорони здоров'я приватної форми

Таблиця 4.4

Розподіл респондентів за рівнем доходу (число осіб, рівень доходу у грн)

Назва закладу охорони здоров'я, чисельність вибірки, осіб	Рівень доходу, число осіб: абс., (M±m, у %)			
	до 3 000 грн	від 3 000 до 5 000 грн	від 5000 до 10 000 грн	більше 10 000 грн
Клініка «Літус» 195	12 (6,2±1,72)	42 (21,5±2,93)	73 (37,4±3,45)	68 (34,9±3,41)
Інститут дерматокосметології доктора Богомолець 197	10 (5,1±1,57)	44 (22,3±2,97)	108 (54,8±3,55)	35 (17,8±2,59)
Клініка «Shagov aesthetic medicine» 228	19 (8,3±1,83)	45 (19,7±2,63)	85 (37,3±3,20)	79 (34,6±3,15)

власності, що надають косметологічні послуги, відвідувачами й споживачами цих послуг є переважно жінки віком 25-50 років, жителі міста, які працюють службовцями, робітниками або займаються приватним підприємництвом, з вищою або середньою спеціальною освітою та рівнем доходу, який наближається до середнього по м. Києву й дозволяє, таким чином, сплачувати за косметологічні послуги, тобто ці послуги є фінансово доступними.

Аналіз відповідей респондентів на запитання стосовно соматичного здоров'я засвідчив, що в цілому дуже задоволеними своїм здоров'ям виявились 20, або 10,3±2,2% пацієнтів клініки «Літус», 16, або 8,1±1,9% пацієнтів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець та 25, або 10,9±2,1% пацієнтів клініки «Shagov aesthetic medicine», а задоволеними – відповідно 104, або 53,3±3,5%, 62, або 31,5±3,3% та 132, або 57,9±3,3% опитаних, тобто, більша частина осіб кожної вибірки (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Задоволеність респондентів станом здоров'я (число осіб, абс., у %)

№ запитання	Запитання/варіанти відповідей	Число осіб: абс., (M±m, %)		
		Клініка «Літус»	Інститут дерматокосметології доктора Богомолець	«Shagov aesthetic medicine»
1.	Наскільки Ви задоволені станом Вашого здоров'я?			
1.1	дуже не задоволений	10 (5,1±1,6)	32 (16,2±2,6)	8 (3,5±1,2)
1.2	не задоволений	63 (32,3±3,3)	87 (44,2±3,5)	63 (27,6±2,9)
1.3	задоволений	104 (53,3±3,5)	62 (31,5±3,3)	132 (57,9±3,3)
1.4	дуже задоволений	20 (10,3±2,2)	16 (8,1±1,9)	25 (10,9±2,1)

Не задоволеними станом здоров'я були 63, або 32,3±3,3% опитаних клініки «Літус», 87, або 44,2±3,5% - Інституту дерматокосметології доктора Богомолець та 63, або 27,6±2,9% - клініки «Shagov aesthetic medicine».

Крайній ступінь незадоволеності своїм здоров'ям висловили лише відповідно 10, або 5,1±1,6%, 32, або 16,2±2,6% та 8, або 3,5±1,2% респондентів.

Разом з тим, аналізом відповідей на уточнюючі запитання стосовно стану здоров'я, а саме, наявності хронічних захворювань, з'ясовано, що значна кількість жінок страждала на хронічні хвороби: відповідно 103, або 52,8±3,6% опитаних клініки «Літус», 131, або 66,5±3,4% опитаних Інституту дерматокосметології доктора Богомолець та 139, або 60,9±3,23% опитаних клініки «Shagov aesthetic medicine» (табл. 4.6).

В структурі хвороб, за даними опитування, переважали хвороби органів травлення: відповідно 56 (54,4%), 65 (49,6%), 75 (53,9%, а також хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин: відповідно 28 (27,2%), 34 (25,9%), 42 (30,2%). Значна питома вага приходилась

Таблиця 4.6

**Структура хронічних соматичних захворювань у респондентів
(число осіб, абс., у %)**

№ запитання	Запитання/варіанти відповідей	Число осіб: абс., (M±m, %)		
		Клініка «Літус»	Інститут дерматокосметології доктора Богомолець	«Shagov aesthetic medicine»
2.	Чи страждаєте Ви на хронічні захворювання?			
2.1	ні, не страждаю	92 (47,2±3,6)	66 (33,5±3,4)	89 (39,1±3,2)
2.2	так, страждаю:	103 (52,8±3,6)	131 (66,5±3,4)	139 (60,9±3,23)
з числа осіб з хронічними хворобами страждають на хвороби:				
2.2.1	органів травлення	56 (54,4%)	65 (49,6%)	75 (53,9%)
2.2.2	ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	28 (27,2%)	34 (25,9%)	42 (30,2%)
2.2.3	сечостатевої системи	13 (12,6%)	19 (14,5%)	16 (11,5%)
2.2.4	інші	6 (5,8%)	13 (9,9%)	6 (4,3%)

на хвороби сечостатевої системи: відповідно 13 (12,6%), 19 (14,5%) і 16 (11,5%).

Незважаючи на проблеми зі здоров'ям, за даними опитування, регулярно відвідували профільних спеціалістів у зв'язку з хронічною соматичною хворобою лише відповідно 27 (26,2%), 32 (24,4%) та 35 (25,2%) респондентів з цими захворюваннями.

Оцінка психоемоційного стану опитаних за їх відповідями засвідчила, що у стані психоемоційної рівноваги перебували лише 34, або 17,4±2,7% пацієнтів клініки «Літус», 29, або 14,7±2,5% опитаних Інституту дерматокосметології

доктора Богомолець та 33, або $14,5 \pm 2,3\%$ пацієнток клініки «Shagov aesthetic medicine» (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Самооцінка психоемоційного стану респондентами
(число осіб, у %)

№ запитання	Запитання/варіанти відповідей	Число осіб: абс., (M $\pm$ m, у %)		
		Клініка «Літус»	Інститут дерматокосметології доктора Богомолець	«Shagov aesthetic medicine»
3.	Як Ви загалом оцінюєте свій психоемоційний стан у взаємодії з найближчим оточенням (в сім'ї, на роботі)			
3.1	Стан постійного стресу	32 (16,4 $\pm$ 2,6)	35 (17,8 $\pm$ 2,7)	35 (15,4 $\pm$ 2,4)
3.2	Потрапляю у епізодичні стресові ситуації	86 (44,1 $\pm$ 3,5)	82 (41,6 $\pm$ 3,5)	107 (46,9 $\pm$ 3,3)
3.3	Відчуваю переважно психоемоційну напругу	43 (22,1 $\pm$ 2,9)	51 (25,9 $\pm$ 3,1)	53 (23,2 $\pm$ 2,8)
3.4	Перебуваю переважно у стані психоемоційної рівноваги	34 (17,4 $\pm$ 2,7)	29 (14,7 $\pm$ 2,5)	33 (14,5 $\pm$ 2,3)

Решта вважали, що вони відчували на собі вплив постійного (відповідно 32, або 16,4 $\pm$ 2,6%; 35, або 17,8 $\pm$ 2,7%; 35, або 15,4 $\pm$ 2,4%) або епізодичного стресу (86, або 44,1 $\pm$ 3,5% опитаних клініки «Літус», 82, або 41,6 $\pm$ 3,5% опитаних Інституту дерматокосметології доктора Богомолець, 107, або 46,9 $\pm$ 3,3% пацієнтів клініки «Shagov aesthetic medicine») або ж психоемоційну напругу (відповідно 43, або 22,1 $\pm$ 2,9%; 51, або 25,9 $\pm$ 3,1%; 53, або 23,2 $\pm$ 2,8% респондентів).

Оцінюючи спосіб життя опитаних, виявлено, що 57, або $29,2 \pm 3,2\%$ осіб клініки «Літус», 89, або $45,2 \pm 3,5\%$ опитаних Інституту дерматокосметології доктора Богомолець та 56, або $24,6 \pm 2,9\%$ респондентів клініки «Shagov aesthetic medicine» засвідчили наявність у себе такої шкідливої звички як тютюнопаління. З них відповідно 14 (24,6%), 24 (26,9%) та 10 (17,9%) палили від 5 до 15 цигарок на день, що не могло не шкодити їх здоров'ю.

Вживали алкоголь, за даними відповідей на анкету, відповідно 87, або $44,6 \pm 3,5\%$; 79, або $40,1 \pm 3,5\%$ та 82, або $36,0 \pm 3,1\%$ респондентів, з них відповідно 10, або 11,5%; 33, або 41,8% та 14, або 17,1% – біля 20-50 мл горілки на день, або 150-350 мл на тиждень.

Лише 37, або $18,9 \pm 2,8\%$ жінок – пацієнтів клініки «Літус», 45, або $22,8 \pm 2,9\%$ - Інституту дерматокосметології доктора Богомолець та 56, або $24,6 \pm 2,8\%$ респондентів клініки «Shagov aesthetic medicine» повідомили у своїх відповідях про постійне дотримання основних принципів раціонального харчування: кратність харчування не менш ніж три рази на день, вживання не менш ніж 300-400 г овочів та фруктів на день. Решта порушували ці принципи постійно або інколи.

Переважна кількість опитаних нерегулярно, за їх відповідями, займалась спортом або фізичними вправами; тільки відповідно 39, або $20,0 \pm 2,9\%$, 41, або $20,8 \pm 2,9\%$ та 46, або $20,2 \pm 2,7\%$ опитаних приділяли фізичній активності достатньо часу, займаючись нею не менше 30 хв. на день.

Культура догляду за шкірою не була високою у переважної кількості респондентів, оскільки лише відповідно 72, або $36,9 \pm 3,4\%$ респондентів, 45, або $22,8 \pm 2,9\%$ осіб та 71, або $31,1 \pm 3,1\%$ опитаних своїми відповідями повідомили про регулярний догляд за шкірою у повсякденному житті (двічі на день застосування засобів для очищення, тонізації та живлення).

При з'ясуванні думки респондентів щодо чинників, які найбільш негативно впливають на стан їх шкіри та сприяють передчасному старінню або поглиблюють ознаки хронологічного старіння, за запропонованим у анкеті переліком, респонденти віддали перевагу стресовим ситуаціям (48, або

24,6±3,1% відповідей пацієнтів клініки «Літус»; 51, або 25,9±3,1% - пацієнтів Інституту дерматокосметології доктора Богомолець та 56, або 24,6±2,9% - пацієнтів клініки «Shagov aesthetic medicine»).

Хронічні хвороби внутрішніх органів, шкідливі звички, незбалансоване харчування не посідали провідних місць у відповідях.

При дослідженні думки щодо можливостей покращення стану шкіри лише відповідно 38, або 19,5±2,8% осіб, 24, або 12,2±2,3% опитаних та 46, або 20,2±2,7% респондентів обрали варіант відповіді, що враховувала комплекс заходів: регулярне відвідування лікаря – спеціаліста з метою профілактики загострень і лікування хронічних соматичних захворювань, відмова від шкідливих звичок, підвищення фізичної активності, збалансоване харчування, використання методів протидії стресу, регулярні консультації лікаря-дерматолога та виконання його рекомендацій, використання косметичних і косметологічних процедур.

Решта обрала окремі з перерахованих заходів, що засвідчило недостатню обізнаність опитаних з комплексного впливу чинників ризику на стан шкіри та можливостях його покращення з метою профілактики патологічних уражень шкіри, ознак передчасного та/або зменшення ознак календарного старіння [226].

4.2. Аналіз результатів дослідження якості життя жінок з віковими змінами шкіри

Як з'ясовано аналізом огляду наукових літературних джерел, вікові зміни шкіри негативно впливають на психоемоційний стан особи, особливо, жіночої статі (Розділ 1.2). З метою підтвердження та доповнення наукової інформації даними власного дослідження проводилось визначення індексу оцінки якості життя жінок з віковими змінами шкіри на вибірці пацієнток клініки «Shagov aesthetic medicine», як найбільш чисельної з усіх вибірок.

За результатами статистичної обробки даних опитування за методикою, представленою в Розділі 2.2, встановлено, що середній індекс оцінки якості

життя загалом по вибірці чисельністю у 139 осіб склав $12,2 \pm 0,5$ балів, а отже, згідно з ключами опитувальника, свідчив про сильний вплив вікових змін шкіри на якість життя учасників опитування.

Дані кореляційного аналізу вікових характеристик опитаних та відповідного індексу оцінки якості життя засвідчили прямий сильний кореляційний зв'язок між цими параметрами ($r = 0,882046912$, $p = 3,3566$ при $P < 0,001$).

Дані підрахунку середнього індексу оцінки якості життя по окремим групам респондентів, виділених за критерієм ступеня впливу вікових змін шкіри на якість життя, наведені в табл. 4.8.

Таблиця 4.8

**Середній індекс оцінки якості життя жінок з віковими змінами шкіри
за критерієм ступеня впливу (у балах)**

Ступінь впливу	Середній індекс оцінки якості життя (в балах) $M \pm m$	Розкид балів	Кількість осіб в групі, абс; (%)
немає	-	0-1	2 (1,4)
незначний	$3,8 \pm 0,2$	2-5	23 (16,5)
помірний	$8,4 \pm 0,3$	6-10	26 (18,7)
сильний	$14,8 \pm 0,3$	11-20	78 (56,1)
дуже сильний	$22,7 \pm 0,3$	21-24	10 (7,2)

Як свідчать отримані результати, лише в поодиноких випадках жінки не відчували будь-якого впливу вікових змін шкіри на якість свого життя.

Незначний вплив, за результатами статистичної обробки даних, відчували 23, або 16,5% опитаних; середній індекс оцінки якості життя в цій групі складав $3,8 \pm 0,2$ бали.

Близькою за кількістю до попередньої групи – 26, або 18,7% осіб – виявилась група жінок, які відчували помірний вплив вікових змін на якість свого життя, середній індекс оцінки якості життя в групі складав $8,4 \pm 0,3$ бали.

Найчисельнішою виявлена група жінок, на якість життя яких вікові зміни здійснювали сильний вплив: кількість їх в групі дорівнювала 78, або 56,1% від усієї вибірки, а середній індекс оцінки якості життя дорівнював $14,8 \pm 0,3$ бали.

Нарешті, виявлена невелика група жінок у кількості всього 10, або 7,2% осіб від усієї вибірки, але з дуже сильним, за їх відповідями, впливом вікових змін шкіри на якість їх життя, про що засвідчив індекс $22,7 \pm 0,3$ бали.

Отримані результати були доповнені даними аналізу про вплив вікових змін шкіри на якість життя опитаних шляхом визначення відносних показників по кожному з чотирьох варіантів відповідей за визначеними характеристиками вікових змін (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

Вплив вікових змін шкіри на якість життя респондентів
(число осіб, у %)

№ запитання	Запитання анкети/ відповіді: абс; (%)			
1	Протягом останнього тижня наскільки сильно Ви відчували зниження пружності Вашої шкіри?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
	10 (7,2)	63 (45,3)	30 (21,6)	36 (25,9)
2	Протягом останнього тижня наскільки сухою, стягнутою та чутливою була Ваша шкіра?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
	19 (13,7)	33 (23,7)	54 (38,8)	33 (23,8)
<i>продовження табл. 4.9</i>				
3	Протягом останнього тижня якою мірою Ви ніяковіли або соромились через зморшки на шкірі обличчя та/або шії?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
	20 (14,4)	50 (35,9)	44 (31,8)	25 (17,9)

4	Протягом останнього тижня наскільки сильно наявність зморшок на шкірі обличчя та/або шиї впливала на Ваш вибір одягу?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
	2 (1,4)	41 (29,5)	49 (55,3)	35 (25,2)
5	Протягом останнього тижня наскільки сильно наявність вікових змін шкіри обличчя та шиї (зморшок, зниження пружності, зміни кольору шкіри обличчя та шиї, зміни контурів шкіри обличчя та шиї) ускладнювали спілкування з іншими людьми, друзями чи Вашим партнером?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
	14 (10,1)	39 (28,1)	52 (37,4)	34 (24,4)
6	Протягом останнього тижня наскільки сильно вікові зміни шкіри обличчя і шиї відволікали Вас від роботи?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
	15 (10,8)	34 (24,5)	48 (34,5)	42 (30,2)
7	Протягом останнього тижня наскільки сильно зміна кольору шкіри обличчя (наприклад, тьмяний, сірий колір, почервоніння шкіри, пігментні плями або інші зміни кольору) викликала у Вас дискомфорт при погляді у дзеркало?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
	12 (8,6)	28 (20,1)	48 (34,5)	51 (36,8)
8	Протягом останнього тижня наскільки сильно зміна кольору шкіри обличчя та шиї вимагала додаткового часу від Вас для догляду або маскування?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
	14 (10,1)	34 (24,5)	53 (38,1)	38 (27,3)
9	Протягом останнього тижня наскільки сильно зміна контурів обличчя спричиняла погіршення вашого настрою?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
	21 (15,1)	30 (21,6)	57 (41,0)	31 (22,3)
10	Протягом останнього тижня наскільки сильно вікові зміни шкіри обличчя і шиї змушували Вас замислюватися над косметологічним хірургічним втручанням для покращення зовнішнього вигляду?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
	13 (9,4)	32 (23,0)	45 (32,4)	49 (35,2)

Так, дуже сильно відчували зниження пружності шкіри 10, або 7,2%, а сухість і чутливість шкіри – 19, або 13,7% жінок; відповідно, значним чином відчували ці зміни 63, або 45,3% та 33, або 23,7% опитаних. Загалом крайній ступінь вікових змін шкіри за цими характеристиками відчували відповідно 73,

або 52,5% та 52, або 37,4% жінок. Відповіді про помірне відчуття зниження пружності шкіри надали 30, або 21,6% опитаних, а сухості і чутливості шкіри – 54, або 38,8% жінок.

Зморшки на обличчі примушували дуже сильно ніяковіти або соромитись, тобто, відчувати незручність, бентежитися, конфузитися 20, або 14,4% жінок, значно – ще 50, або 35,9%, а разом – 70, або 50,3% опитаних. Ще 44, або 31,7% учасниць опитування відчували дані емоції помірним чином.

Встановлений дуже сильний вплив вікових змін шкіри на вибір одягу у поодиноких респондентів, однак значний вплив за цим критерієм – у 41, або 29,5% опитаних, а помірний – у 49, або 35,3% респондентів.

Наявність вікових змін шкіри дуже сильно ускладнювала спілкування з іншими людьми, зокрема, друзями, партнерами, у 14, або 10,1% респондентів, а для 39, або 28,1% – значно ускладнювала. Всього 53, або 38,2% осіб таким чином помітно потерпали під час комунікацій внаслідок впливу вікових змін шкіри. Ще 52, або 37,4% опитаних засвідчили помірний вплив на характер комунікацій вікових змін шкіри.

Вікові зміни шкіри заважали працювати, відволікаючи від роботи, дуже сильно 15, або 10,8% опитаних; 34, або 24,5% – заважали значним чином, а загалом – 49, або 35,3% жінок. Для 48, або 34,5% респондентів вплив вікових змін шкіри на трудову діяльність виявився помірним.

Зміна кольору шкіри у 12, або у 8,6% жінок викликали дуже сильний, а ще у 28, або у 20,1% – значний душевний дискомфорт при погляді на себе у дзеркало, усього у 40, або у 28,7% осіб. Помірний душевний дискомфорт в разі споглядання свого зображення за рахунок зазначених вікових змін зазначили 48 опитаних, або 34,5%. У будь-якому разі ці респонденти вказали на неприємні відчуття, такі як тривога, неспокій, невпевненість у собі, пригніченість та інші відтінки емоційного стану, що характеризують душевний дискомфорт.

У частини респондентів – 14, або 10,1% жінок – пігментні плями на шкірі дуже сильно впливали на тривалість додаткового часу на їх маскування при догляді за шкірою, такі ж проблеми значним чином впливали на 34, або 24,5%

осіб, разом – на 48, або на 34,6% учасників опитування. Ще 53, або 38,1% респондентів зазначили помірний вплив зміни кольору шкіри на подовження часу, відведеного на догляд у зв'язку з необхідністю маскування.

Зміна контурів обличчя спричиняла дуже сильне погіршення настрою у 21, або у 15,1% жінок, а у 30, або у 21,6% респондентів значним чином його погіршувала, що складало загалом 51, або 36,7% опитаних. У 57, або у 41,0% жінок погіршення настрою мало помірно виражений характер, за їх відповідями.

Визначені проблеми зі шкірою дуже сильно спонукали 13, або 9,4% осіб, значним чином – 32, або 23,0% осіб, а загалом 45, або 32,4% жінок замислитись над хірургічним втручанням для покращення свого зовнішнього вигляду. Ще на стільки ж опитаних проблеми зі шкірою впливали помірним чином.

Таким чином, використання опитувальника для оцінки якості життя пацієнтів з віковими змінами шкіри, розробленого на основі україномовної версії специфічного для дерматовенерології опитувальника Dermatology Life Quality Index (DLQI), дозволило визначити індекс оцінки якості життя у жінок з віковими змінами шкіри та виявити вплив останніх на емоційну сферу та поведінку респондентів [227].

Висновки до розділу 4

1. Результати даного етапу дослідження засвідчили значну поширеність чинників ризику передчасного старіння шкіри серед відвідувачів закладів охорони здоров'я, що надають косметологічні послуги. Такими чинниками виявились хронічні соматичні захворювання, психоемоційні навантаження, шкідливі звички (тютюнопаління, вживання алкоголю), недостатній догляд за шкірою, нерегулярний контакт з лікарями-спеціалістами для покращення стану загального здоров'я.

2. Виявлено, що, незважаючи на високий освітній рівень і фінансову доступність до косметологічних послуг, пацієнти мали недостатню обізнаність з характеру впливу чинників ризику на стан шкіри й можливості зниження їх несприятливої дії на розвиток передчасного старіння та/або поглиблення проявів біологічного старіння.

3. Показано, що наслідками несприятливого впливу вікових змін шкіри на емоційний стан жінок були почуття ніяковості, сором'язливості, душевного дискомфорту, незручності, погіршення настрою. Вікові зміни також ускладнювали поведінку жінок у професійному й особистому житті, що знижувало його якість. Отже, незважаючи на те, що вікові зміни не є проявами захворювань шкіри, вони стають причинами порушень психоемоційного здоров'я пацієнтів.

4. Загалом отримані результати засвідчили наявні резерви для підвищення освіченості жінок – пацієнтів закладів охорони здоров'я, що надають косметологічні послуги, з питань формування та підтримки здорового способу життя, відновлення й покращення соматичного здоров'я, що в свою чергу покращуватиме стан шкіри, зменшуватиме вірогідність передчасного старіння та сприятиме покращенню якості життя.

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наступні наукові публікації автора [226; 227].

РОЗДІЛ 5

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ

5.1. Медико-соціальне обґрунтування моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами

Виконання завдань дослідження на I-IV його етапах, відповідно до програми, з використанням загальнонаукових методів системного підходу та системного аналізу, а також методів соціальної медицини дозволило здійснити збір фактичних даних, їх первинний опис та відбір за критеріями типових характеристик різних сторін діяльності закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу пацієнтам з косметичними дефектами. Відкритість системи охорони здоров'я та її підсистем як особливість їх існування обумовила необхідність аналізу внеску інших державних інституцій та міжнародних організацій у функціонування і розвиток досліджуваного напрямку діяльності в галузі охорони здоров'я.

Отримані результати дозволили на заключному, п'ятому етапі дослідження, сформулювати цілісне уявлення про існуючу в Україні систему медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, узагальнити досвід організації надання косметологічних послуг, провести системний аналіз накопиченого фактичного матеріалу за визначеними властивостями різних сторін об'єкту і предмету дослідження у їх взаємозв'язках та виокремити проблемні аспекти, що підлягають більш глибокому переосмисленню й удосконаленню.

Отже, розробці удосконаленої моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами та впровадженню в практику діяльності профільних закладів охорони здоров'я її окремих елементів передувало медико-соціальне обґрунтування моделі, науковою основою якої стали:

- 1) проведений теоретичний аналіз: медико-економічної та соціальної значимості хвороб шкіри; чинників ризику патологічних змін шкіри та її передчасного старіння; багатофункціональності шкіри як органу та особливостей анатомо-фізіологічних взаємовідносин шкіри та інших органів і систем; впливу вікових змін шкіри на психоемоційний стан особистості та якість життя;
- 2) системний аналіз вітчизняної законодавчої бази та нормативно-правових актів з питань регулювання дерматовенерологічної, зокрема, косметологічної допомоги;
- 3) висновки експертів ВООЗ щодо необхідності переорієнтації надання медичних послуг від роздробленості до більшої інтеграції та комплексності;
- 4) результати власного дослідження.

Поступове, але неухильне зростання поширеності хвороб шкіри серед населення України, накопичення їх значного обсягу в популяції, контингент хворих чисельністю більше двох млн осіб, зокрема, з хронічними дерматозами, псоріазом, новоутвореннями, інфекціями статевих органів вимагає подальшого ефективного функціонування системи дерматовенерологічної допомоги з метою задоволення потреб населення, які зростають, у здоровій шкірі та її придатках.

Поглиблюють проблеми шкіри чинники ризику її патологічних змін та передчасного старіння (нераціональне харчування, низька фізична активність населення, високий рівень споживання алкоголю, тютюнопаління, хронічні соматичні хвороби, патологія зубо-щелепного апарату та кістково-м'язової системи, високий рівень ультрафіолетового опромінення), широко розповсюджені серед української популяції. Дані твердження засновані на науково обґрунтованих фундаментальних знаннях про багатофункціональність шкіри як органу (бар'єрна, захисна, ендокринна, сенсорна функції, функція

обміну речовин тощо) та тісну анатомо-фізіологічну взаємодію шкіри з внутрішніми органами, нервовою, ендокринною, імунною, кістково-м'язовою системами та станом порожнини рота, зокрема, зубів.

Активний розвиток ринку косметологічних послуг в сфері охорони здоров'я, потреби населення в яких постійно підвищуються внаслідок зростання значимості зовнішності як маркеру успішності та особистої культури людини, негативного впливу патологічних і вікових змін шкіри на психоемоційний стан особи, що нерідко проявляється у тривожних і депресивних розладах, проблемах у комунікаціях з соціальним оточенням і, як наслідок, погіршенні якості життя обумовлюють необхідність перегляду підходів до існуючої організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними й віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів.

Необхідність і доцільність удосконалення організації косметологічної допомоги обумовлюються висновками експертів ВООЗ щодо переорієнтації надання медичних послуг від роздробленості до більшої інтеграції у рамках підходу, орієнтованого на людей, залучення індивідів до активного контролю над власним здоров'ям та переорієнтування формату послуг шляхом організації постачальників в багатопрофільні бригади та їх координації відповідно до маршрутів пацієнта в системі надання допомоги [15; 228].

Глибина наукового пошуку дозволила визначити ряд значимих обмежень для подальшого розвитку існуючих підходів до організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами. Аналіз, узагальнення та групування цих обмежень за ознакою їх зовнішнього та внутрішнього походження стали поштовхом для медико-соціального обґрунтування принципових підходів до розробки авторської моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

Такими обмеженнями, на думку автора дослідження, слід вважати:

- 1) недосконалість вітчизняної нормативно-правової бази з питань організації медичної допомоги, зокрема, спеціалізованої (вторинної), в умовах реформування сфери охорони здоров'я, в частині забезпечення безперервного

ланцюга медичних послуг, наступності різних видів і етапів медичної допомоги, у т. ч. дерматовенерологічної. Механізму взаємодії лікарів з метою забезпечення безперервної доступної комплексної медичної допомоги не запропоновано. В реальності залишається дієвою застаріла система направлень пацієнта до інших спеціалістів [229; 230], коли він вимушений самотійно здійснювати комунікації з медичними працівниками у часі і просторі, зокрема, при патологічних і вікових змінах шкіри, що є обтяжливим та вже не задовольняє сучасного пацієнта.

Потребує удосконалення організація косметологічної допомоги, як складової дерматовенерологічних послуг, яка переважно надається в умовах приватної медичної практики або на госпрозрахункових умовах в закладах державної форми власності та регулюється застарілим наказом Міністерства охорони здоров'я СРСР 1982 року. Наказ оперує поняттями радянської системи охорони здоров'я та викладений російською мовою.

Потребують уточнення, диференціювання й однозначного тлумачення кваліфікаційні характеристики провізора-косметолога й лікаря-дерматовенеролога в частині вимог до рівня знань та практичних навичок з надання косметологічної допомоги, приведення їх у відповідність до Європейських стандартів післядипломної медичної освіти для спеціалістів з дерматології та венерології.

Має місце незавершеність процедури державного регулювання відповідності косметичних продуктів і виробів медичного призначення технічним регламентам, згідно з європейськими вимогами щодо їх якості. Це створює ризики використання косметологічних препаратів під виглядом косметичних засобів.

2) Низький освітній рівень споживачів косметологічних послуг з питань впливу та наслідків дії чинників ризику на загальний стан здоров'я, у т. ч. шкіри, та зовнішній вигляд особи; низька прихильність пацієнтів до регулярного спостереження у лікаря загальної практики-сімейного лікаря та/або у лікаря-спеціаліста з приводу хронічного захворювання різних органів і систем, пов'язаних тісними анатомо-фізіологічними зв'язками зі шкірою.

3) Вузькоспеціалізований підхід до лікування хвороб шкіри та коригування вікових змін з боку провайдерів косметологічних, послуг, який полягає у застосуванні переважно локальних втручань або їх комбінацій. Останні видаються за комплексну медичну допомогу.

4) Обмежене використання в косметологічній практиці джерел доказової інформації про найкращу медичну практику (клінічних настанов, мета-аналізів та систематичних оглядів), яких достатньо розроблено й оприлюднено в світових наукових джерелах та які можна адаптувати до роботи в закладах охорони здоров'я з урахуванням ресурсних можливостей.

5) Значна частка на ринку надавачів монопрофільних медичних послуг за спеціальністю «Дерматовенерологія» (не менш як 30,0%, за даними аналізу реєстру ліцензіатів), які фактично надають лише локальні косметологічні послуги, ускладнює міждисциплінарну взаємодію та обмежує доступ пацієнтів до комплексної медичної допомоги за часовими та просторовими критеріями доступності.

6) Обмежене використання наявних потужностей багатoproфільних закладів охорони здоров'я, де надається косметологічна допомога (професіоналів різних спеціальностей, медичного обладнання), в частині міждисциплінарної взаємодії з метою забезпечення пацієнт-орієнтованої комплексної медичної допомоги.

7) Обмежені пропозиції та попит на освітні послуги у закладах вищої медичної освіти III–IV рівнів акредитації за напрямом «Косметологічна допомога» як складової дерматовенерологічної допомоги, потреби ринку в якій постійно зростають та яка постійно збагачується новими методиками косметологічних втручань.

8) Низький обсяг наукових вітчизняних досліджень з питань організації косметологічної допомоги та удосконалення методик косметологічних втручань.

Все вищезазначене покладалось автором в основу розробки моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами [231].

5.2. Розробка моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами

Запропонована модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами відрізняється комплексністю, міждисциплінарним підходом, профілактичною спрямованістю, пацієнт-орієнтованістю, доступністю до пацієнта, економічною ефективністю.

Зазначені переваги моделі за визначеними характеристиками обумовлені цілями, які перед нею поставлені зацікавленими сторонами, змістовністю, структурою, особливостями ресурсного забезпечення, функціонування та регуляторних впливів (рис. 5.1).

Центральну роль в ній відіграє пацієнт з патологічними й віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів. Основне призначення моделі – покращення стану загального здоров'я, здоров'я шкіри та її придатків, якості життя цих пацієнтів; профілактика та зменшення проявів передчасного старіння шкіри.

Крім пацієнта, якому персонально має надаватись медична допомога, зацікавленими сторонами є держава, суспільство, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я, медичні працівники, лікарські асоціації та інші інституції й особи.

Модель структурована за принципами системного підходу у класичний спосіб: з виокремленням суб'єкту управління, об'єкту управління, блоку наукового регулювання.

В якості суб'єктів управління представлені МОЗ України, керівники департаментів охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я первинної, вторинної, третинної медичної допомоги усіх форм власності, закладів вищої медичної, у т. ч. післядипломної, освіти. Суб'єкти управління визначають

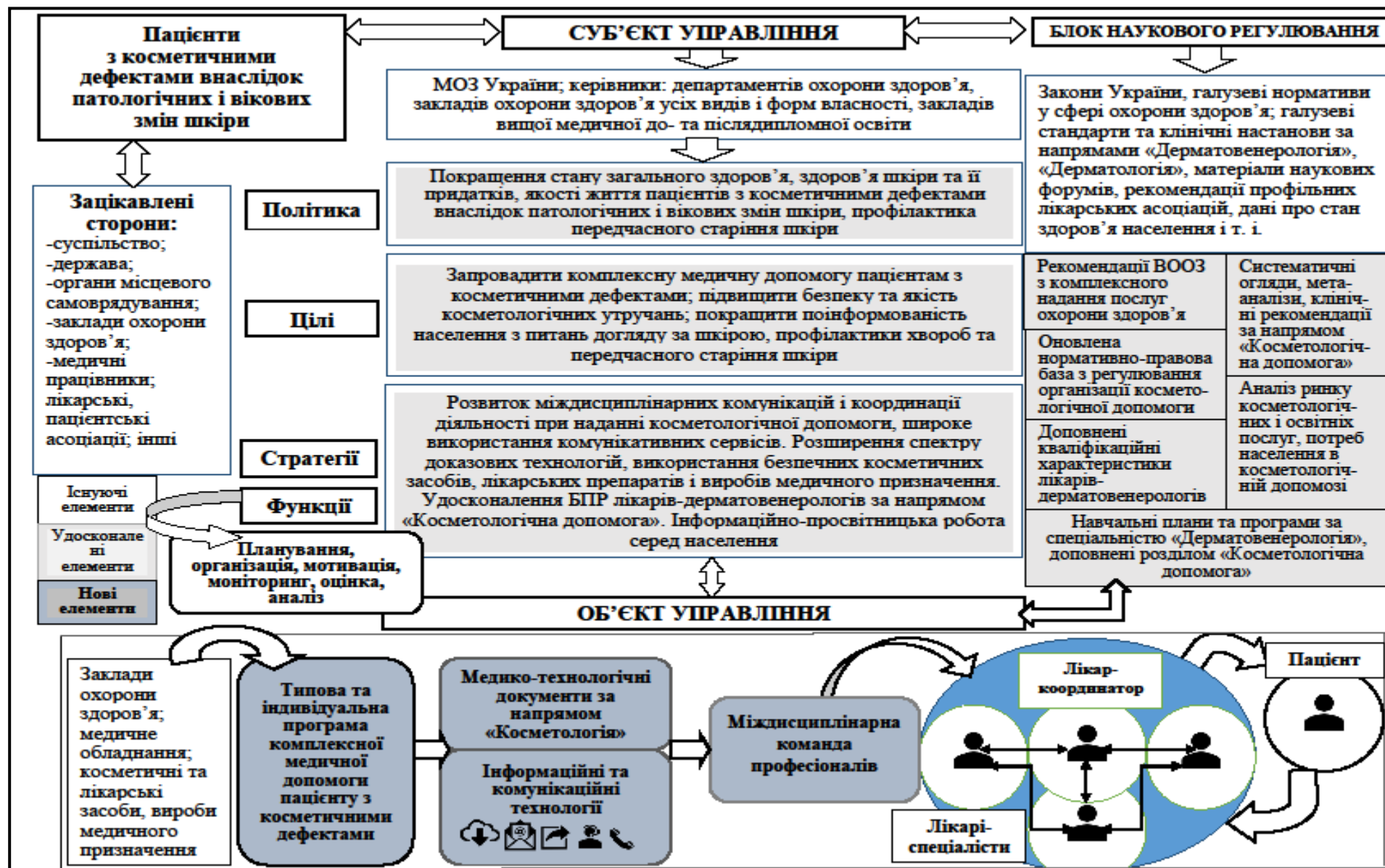


Рис. 5.1. Модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами

політику функціонування галузі на відповідному рівні управління з організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

Цільовими завданнями для реалізації політики слід зазначити організацію комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами; підвищення безпеки та якості косметологічних утручань; покращення поінформованості населення з питань догляду за шкірою, профілактики хвороб та передчасного старіння шкіри.

Стратегії реалізації завдань мають бути спрямовані на розвиток міждисциплінарних комунікацій і координацію діяльності при наданні косметологічної допомоги між професіоналами в межах закладу вторинної медичної допомоги, де надається косметологічна допомога, та між професіоналами закладів первинної, вторинної, третинної, реабілітаційної медичної допомоги; розширення спектру доказових технологій, використання безпечних косметичних засобів, лікарських препаратів і виробів медичного призначення в косметологічній практиці; удосконалення безперервного професійного розвитку лікарів-дерматовенерологів за напрямом «Косметологічна допомога».

Організаційна діяльність суб'єктів управління спрямовується на об'єкти управління: заклади охорони здоров'я усіх видів і форм власності, міждисциплінарні команди професіоналів; медичне обладнання; медичні, інформаційні та комунікаційні технології; косметичні та лікарські засоби, вироби медичного призначення для надання косметологічної допомоги шляхом виконання класичних управлінських функцій: зі стратегічного та оперативно-тактичного планування, організації, комунікації, координації, мотивації персоналу та пацієнтів, моніторингу, оцінки, аналізу результатів діяльності. Однак наповнення цих функцій має свої відмінності в удосконаленій моделі.

Так, стратегічне та оперативно-тактичне планування передбачає удосконалення нормативно-правового регулювання організації косметологічної допомоги в Україні та контролю якості косметичних засобів і виробів медичного призначення, що застосовуються при косметологічних утручаннях.

В першу чергу це стосується скасування діючого наказу МОЗ СРСР та розробку й затвердження МОЗ України нового відповідного регламенту з організації надання косметологічної допомоги; внесення змін до кваліфікаційних характеристик лікарів-дерматовенерологів в частині чіткого визначення вимог до їх теоретичних знань і практичних навичок з питань надання косметологічної допомоги; затвердження технічного регламенту на косметичну продукцію.

При ліцензуванні закладів охорони здоров'я за напрямом «Дерматовенерологія» доцільно, щоб МОЗ України надавало переваги багатoproфільним закладам охорони здоров'я. Це створюватиме умови для покращення доступності комплексної медичної допомоги до пацієнтів в часі і просторі, а керівникам закладів спростить завдання створення міждисциплінарних команд професіоналів.

Складовою функції стратегічного та оперативно-тактичного планування слід вважати розробку та впровадження нових і уніфікованих клінічних протоколів з надання косметологічної допомоги на основі світових доказових технологій, які в існуючій моделі залишились поза увагою керівників і лікарів закладів охорони здоров'я, що надають косметологічну допомогу. Продовженням впровадження медичних технологій на засадах доказової медицини мають стати організаційні регламенти локального рівня - клінічні маршрути пацієнта, які мають охоплювати рух пацієнта з косметичними дефектами, як в межах даного закладу, так і на різних етапах медичної допомоги та/або в інших закладах охорони здоров'я, в разі клінічних потреб пацієнта.

Суттєвою складовою функції стратегічного та оперативно-тактичного планування автор дисертаційного дослідження вважає розробку типових та індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, та їх ресурсного забезпечення, зокрема, засобів електронного моніторингу та комунікацій. Програма розробляється на основі принципу міждисциплінарного підходу до надання медичної допомоги, орієнтованого на задоволення потреб пацієнта та захист його прав на якісну і безпечну медичну допомогу, а також обумовлює створення відповідного нового

елементу функціонально-організаційної структури закладу охорони здоров'я - міждисциплінарної команди професіоналів, особовий склад якої, повноваження й відповідальність диктуються виключно інтересами пацієнта (табл. 5.1).

Програма включає послідовний ряд заходів, зокрема: отримання інформації від пацієнта не лише про локальні проблеми зі шкірою (патологічні або вікові зміни), але й про стан загального (фізичного, психологічного, соціального) здоров'я.

Фізичне здоров'я оцінюється як стан різних органів і систем, психологічне – в залежності від того, як пацієнт відчуває психологічну рівновагу, соціальне – наскільки він здатний до ефективного спілкування та міжособистісних взаємовідносин в сім'ї, на робочому місці, в різних суспільних і державних інституціях, а також зусиль, яких докладає пацієнт до коригування відхилень.

З'ясовується, яким чином пацієнт вирішує проблеми із здоров'ям: чи спостерігається лікарем ЗП-СЛ, лікарем-спеціалістом з приводу хронічного захворювання на регулярній основі; чи проходить курси оздоровчого лікування. Оцінка проводиться на основі даних анамнезу та опитування пацієнта.

Інформація від пацієнта також має містити дані про особистісні характеристики (вікові, статеві, соціальні, професійні, освітні), стереотипи пацієнта по догляду за шкірою, усталені поведінкові патерни та індивідуальні чинники ризику хвороб шкіри та її придатків, інших органів і систем та передчасного старіння.

Наступний крок передбачає огляд і діагностику патологічних і вікових змін шкіри, з використанням, за необхідності, інструментальних методів, що використовуються в дерматовенерології. Результати огляду покладаються в

Таблиця 5.1

**Примірна типова програма комплексної медичної допомоги пацієнтам
з косметичними дефектами**

№ з/п	Заходи	Відповідальні особи	Терміни виконання	Ресурси	Ризики	Коригувальні дії	Результати
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Збір скарг пацієнта на: стан шкіри, її придатків; ознаки старіння шкіри; стан фізичного, психологічного та соціального здоров'я. Збір даних про попереднє медичне спостереження з приводу хронічних захворювань та лояльність пацієнта до спілкування з медичною системою	Лікар-дерматовенеролог	День звернення пацієнта	Кабінет прийому лікаря, робоче місце згідно з табелем оснащення, електронні форми медичної документації	Неповний обсяг інформації	Доповнити отримані дані до максимально можливого обсягу	Дані про стан шкіри, загальний стан здоров'я, попереднє медичне спостереження з приводу хронічних захворювань, схильність пацієнта до спілкування з медичною системою
2	Збір даних про особистісні характеристики пацієнта (вікові, статеві, соціальні, професійні, освітні)	-//-	-//-	-//-	-//-	-//-	Дані про особистісні характеристики пацієнта
3	Огляд і діагностика патологічних змін шкіри та її придатків з ідентифікацією потенційних маркерів	-//-	-//-	-//-	-//-	-//-	Результати огляду та діагностики стану шкіри, визначені маркери шкірних проявів

	хронічних хвороб різних органів і систем у вигляді шкірних проявів						хронічних хвороб різних органів і систем
	<i>Продовження табл. 5.1</i>						
1	2	3	4	5	6	7	8
4	Огляд і діагностика вікових змін шкіри; виявлення стереотипів догляду за шкірою, поведінкових патернів та чинників ризику передчасного старіння	-//-	-//-	-//-	-//-	-//-	Дані про вікові зміни шкіри, чинники ризику передчасного старіння
5	Встановлення попереднього діагнозу; роз'яснювальна робота з підвищення медичної грамотності; пропозиція пацієнту обрати як варіант лікування комплексну медичну допомогу. Отримання поінформованої згоди пацієнта	-//-	-//-	-//-	Відмова пацієнта від комплексної медичної допомоги	Інформаційно-просвітницька робота, матеріальна мотивація («пакет лікувально-діагностичних послуг»)	Попередній діагноз; пацієнт, лояльний до комплексної медичної допомоги; поінформована згода на комплексну медичну допомогу
6	Пропозиції до складу міждисциплінарної команди професіоналів і	Лікар-дерматовенеролог, лікарі-спеціалісти (можливі:			Відсутність спеціалістів за напрямом	Залучення тимчасово/на постійній основі спеціалістів інших	Затверджений склад міждисциплінарної команди

	координатора команди; погодження та затвердження кандидатур; визначення спільних і особистих завдань, меж відповідальності і зобов'язань кожного члена команди	ендокринолог, гастроентеролог, акушер-гінеколог, уролог, ортопед-травматолог, стоматолог, психолог), керівник закладу	-//-	-//-		закладів охорони здоров'я. Організація навчання наявних в закладі спеціалістів за суміжними спеціальностями; розширення ліцензійного обсягу закладу за затребуваними спеціальностями	професіоналів і координатор команди; визначені спільні й особисті завдання, спрямовані на задоволення індивідуальних потреб пацієнта, зобов'язання та відповідальність кожного члена команди
<i>Продовження табл. 5.1</i>							
1	2	3	4	5	6	7	8
7	Розробка індивідуального плану профілактичних, діагностично-лікувальних та реабілітаційних заходів; укладання угоди з пацієнтом	Координатор та члени міждисциплінарної команди професіоналів	Впродовж двох днів після первинного звернення	Електронна медична картка пацієнта, УКПМД, КМП, електронні засоби комунікацій	Відсутність/ обмеженість доступу до актуальних УКПМД, КМП, електронних засобів комунікацій	Розробка/ оновлення/ забезпечення доступу до УКПМД, КМП, електронних засобів комунікацій	Індивідуальний план профілактичних, діагностично-лікувальних та реабілітаційних заходів; угода з пацієнтом
8	Виконання плану, координація діяльності та підтримка комунікацій в команді	Координатор та члени міждисциплінарної команди професіоналів	Відповідно до термінів, зазначених у плані, УКПМД, КМП	Відповідно до ресурсів, зазначених у УКПМД, КМП	Недостатність /обмеженість ресурсів; недостатній рівень комунікацій та координації в команді	Забезпечення ресурсами (закупівля, оренда, модернізація наявного обладнання); використання усіх доступних каналів комунікацій; коригування меж	Оперативні дані про стан пацієнта та надані послуги; поінформовані члени міждисциплінарної команди професіоналів

						відповідальності та зобов'язань	
9	Оцінка проміжних результатів комплексної медичної допомоги та повідомлення усіх членів міждисциплінарної команди професіоналів	Координатор та члени міждисциплінарної команди професіоналів	У визначених ключових точках процесу медичної допомоги	Лист моніторингу у складі електронної медичної картки пацієнта	Не проводиться оцінка проміжних результатів та інформування членів міждисциплінарної команди професіоналів	Забезпечити проведення оцінки проміжних результатів та інформування членів міждисциплінарної команди професіоналів	Проміжні результати комплексної медичної допомоги, поінформовані члени міждисциплінарної команди професіоналів
<i>Продовження табл. 5.1</i>							
1	2	3	4	5	6	7	8
10	Оцінка кінцевих результатів комплексної медичної допомоги та повідомлення усіх членів міждисциплінарної команди професіоналів	Координатор та члени міждисциплінарної команди професіоналів, керівник закладу	По завершенні лікування	Лист моніторингу у складі електронної медичної картки пацієнта	Не проводиться оцінка кінцевих результатів та інформування членів міждисциплінарної команди професіоналів	Забезпечити проведення оцінки кінцевих результатів та інформування членів міждисциплінарної команди професіоналів	Кінцеві результати комплексної медичної допомоги, у т. ч. задоволений/не задоволений пацієнт, поінформовані члени міждисциплінарної команди професіоналів
11	Мотивація координатора та членів міждисциплінарної команди професіоналів	Керівник закладу	По завершенні лікування	Моральні й матеріальні заохочення	Відсутня або невідповідна моральна й матеріальна мотивація	Виконати зобов'язання керівника щодо мотивації членів міждисциплінарної команди професіоналів і координатора	Вмотивовані члени міждисциплінарної команди професіоналів і координатор

основу не лише встановлення попереднього діагнозу стосовно патології шкіри та глибини вікових змін, що призвели до косметичних дефектів, але й виявлення шкірних проявів захворювань інших органів і систем.

В разі виявлення у пацієнта поліморбідної патології, яка має причинно-наслідковий зв'язок зі станом шкіри та її придатків, та низької лояльності пацієнта до регулярного медичного спостереження й здорових моделей поведінки, лікар-дерматовенеролог проводить заходи з підвищення медичної грамотності пацієнта, які можуть включати: бесіду, демонстрацію буклетів, відеороликів, прикладів з практики і т. і. Тому завданнями керівників закладів охорони здоров'я, де надається косметологічна допомога, слід визначити оновлений формат освітніх послуг для населення. Це створення інформаційних контентів з профілактики патологічних змін шкіри, передчасного старіння та пов'язаних з ними хронічних соматичних захворювань, хвороб різних органів і систем, що впливають на стан шкіри та обумовлюють ознаки передчасного старіння, а також використання цифрових технологій з метою поширення освітньо-інформаційних матеріалів.

Важливою складовою програми є пропозиція пацієнту отримати комплексну медичну допомогу на основі встановлених індивідуальних потреб, сконцентровану в даному закладі охорони здоров'я, з метою забезпечення доступності послуг з відновлення та підтримки загального здоров'я й усунення локальних проблем шкіри. Мотивація пацієнта може забезпечуватися встановленням пакетної вартості комплексної послуги, нижчої за ціною в порівнянні з сумою вартості кожної послуги, представленої окремо. Цим самим реалізується право пацієнта на вибір місця, обсягу, вартості та надавача медичної допомоги, на що він надає поінформовану згоду, згідно з законодавством України.

В разі отримання поінформованої згоди пацієнта лікар-дерматовенеролог надає запит керівнику закладу охорони здоров'я щодо формування міждисциплінарної команди професіоналів (надалі – команда) та пропозиції до складу команди відповідно до індивідуальних потреб пацієнта. До складу

команди можуть увійти лікарі-спеціалісти: ендокринолог, гастроентеролог, акушер-гінеколог, уролог, ортопед-травматолог, стоматолог, психолог та інші. Остаточний склад команди затверджується керівником закладу за погодженням з пацієнтом та лікарями-спеціалістами, кандидатури яких запропоновані лікарем-дерматовенерологом. Останній призначається координатором команди до остаточних результатів обстеження та визначення стану здоров'я пацієнта. Під час обстеження й лікування пацієнта може бути проведена зміна координатора команди в залежності від проблеми здоров'я пацієнта, яка переважає.

Керівником закладу та лікарем-координатором визначаються спільні й особисті завдання для членів команди, встановлюються межі відповідальності й зобов'язань кожного члена команди. Таким чином реалізується управлінська функція організації діяльності.

Лікар-координатор повідомляє членам команди інформацію про пацієнта, отриману під час першого звернення, та визначає послідовність зустрічей пацієнта з лікарями-спеціалістами, включеними до складу команди. Шляхом сумісного обговорення отриманих даних визначаються програмні заходи з обсягу діагностичних і лікувальних послуг, які формуються в індивідуальну програму комплексної медичної допомоги. З пацієнтом укладається угода на надання/отримання комплексної медичної допомоги за індивідуальною програмою.

Проводиться оперативне навчання призначених членів команди з питань організації виконання індивідуальної програми комплексної медичної допомоги пацієнту та подальшої міждисциплінарної взаємодії.

Під час роботи команди координатор в межах своїх повноважень забезпечує постійне інформування членів команди про результати виконання програми на проміжних етапах та узгодження будь-яких питань, що можуть вплинути на результати медичної допомоги.

В разі, якщо в даному закладі охорони здоров'я відсутні спеціалісти необхідного профілю, керівник закладу забезпечує в оперативному режимі

комунікації з іншими закладами охорони здоров'я на підставі попередніх угод з метою залучення їх професіоналів до складу міждисциплінарної команди та координацію дій між членами команди.

Вирішенням питання достатності забезпечення закладу професіоналами може бути планове навчання лікарів-спеціалістів з оволодіння суміжними спеціальностями та/або навчання на короткотривалих тематичних циклах з цільових питань, що у більш оптимальний спосіб забезпечить наявність кадрів з необхідними знаннями та навичками, таким чином відпаде необхідність залучати лікарів з інших закладів охорони здоров'я.

Функціонування міждисциплінарної команди професіоналів потребує ресурсного забезпечення, зокрема, засобів електронних комунікацій, доступу до доказових технологій – наявності клінічних протоколів (уніфікованих, нових) косметологічної допомоги, адаптованих до даного закладу охорони здоров'я, та клінічних маршрутів пацієнта з косметичними дефектами. Організація розробки доказових технологій, забезпечення доступу до них персоналу та навчання працівників використанню цих документів також є функцією керівника закладу. На рівні МОЗ України бажано розробляти УКПМД за напрямками «Дерматологія» та «Косметологічна допомога» на основі світових джерел доказової медицини.

В разі необхідності залучення професіоналів інших закладів охорони здоров'я для забезпечення виконання доказових технологій розробляються «наскрізні клінічні маршрути пацієнта» для усіх закладів охорони здоров'я – учасників виконання індивідуальних програм на підставі попередньо укладених угод про співпрацю між цими закладами.

Під час надання послуги та по її завершенні лікарем-координатором та членами міждисциплінарної команди професіоналів здійснюється моніторинг і оцінка проведених діагностичних і лікувальних заходів з інформуванням кожного члена команди про отримані проміжні та кінцеві результати. Результати вносяться в електронну медичну картку пацієнта з метою використання членами команди для коригування медичної допомоги та керівником закладу для

реалізації управлінської функції мотивації/заохочення в залежності від отриманих результатів. Використовуються також результати оцінки задоволеності пацієнта (шляхом опитування) отриманою послугою.

Виконання функції стратегічного та оперативно-тактичного планування суб'єктами управління галузевого рівня передбачає внесення доповнень до навчальних планів і програм інтернатури, спеціалізації, тематичного удосконалення з дисципліни «Дерматовенерологія» складовою «Коригуюча, косметична та естетична дерматологія».

Відповідно до Європейських стандартів післядипломної медичної освіти для спеціалістів з дерматології та венерології, лікар-спеціаліст повинен володіти загальними та спеціальними знаннями про методи та процедури покращення стану нормальної та хворої шкіри, вміти обов'язково виконувати процедури з поліпшення зовнішнього вигляду, кольору, текстури, структури шкіри. Лікар повинен знати ускладнення коригуючих, косметичних та естетичних процедур, їх профілактику та менеджмент. До переліку практичних навичок європейських стандартів післядипломної медичної освіти входять: використання токсину ботуліну при гіпергідрозі, застосування мікронідлінгу, наповнювачів (препаратів гіалуронової кислоти), фізичних та хімічних засобів коригування стану шкіри (хімічний пілінг, фотодинамічна терапія, ультрафіолетове освітлення, лазери, кріотерапія). В якості додаткових знань і вмінь європейські стандарти включають використання токсину ботуліну для корекції мімічних зморшок, дермабразії, флєбектомії, склеротерапії, різних методів трансплантації волосся.

Таким чином, зазначені стандарти можуть слугувати орієнтиром для внесення змін до кваліфікаційних характеристик лікарів-дерматовенерологів та навчальних планів і програм інтернатури, спеціалізації, тематичного удосконалення з дисципліни «Дерматовенерологія».

В складі функції стратегічного та оперативно-тактичного планування пропонується активізація вітчизняних наукових досліджень за напрямом «Косметологічна допомога».

Управлінські функції організації, комунікації, координації, мотивації в запропонованій моделі знаходять своє відображення в оновлених нормативно-правових актах КМУ, МОЗ України, локальних нормативних документах закладів охорони здоров'я, рекомендаціях лікарських асоціацій в частині надання косметологічної допомоги.

Функції «зворотного зв'язку» забезпечуються проведенням моніторингу й аналізу світових і вітчизняних рекомендацій і нормативів в сфері охорони здоров'я з питань організації косметологічної допомоги з метою своєчасного внесення змін у оперативну діяльність профільних закладів охорони здоров'я; здійсненням ліцензійного контролю МОЗ України за функціонуванням надавачів косметологічних послуг, контролем якості косметичних і лікарських засобів та виробів медичного призначення, що використовуються при наданні косметологічної допомоги.

В закладах охорони здоров'я, що надають медичну допомогу пацієнтам з косметичними дефектами, здійснюється моніторинг і аналіз відповідності виконання індивідуальної програми комплексної медичної допомоги, задоволеності та якості життя пацієнта.

Блок наукового регулювання запропонованої моделі містить рекомендації ВООЗ з комплексного надання послуг охорони здоров'я, доказові технології з надання медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів; дані про стан здоров'я населення та його запити й потреби в косметологічній допомозі; аналіз ринку косметологічних і освітніх послуг.

Таким чином, на підставі проведеного теоретичного аналізу, рекомендацій міжнародних експертів та результатів проведеного власного дослідження обґрунтована й розроблена функціонально-організаційна модель медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами [232-234].

Висновки до розділу 5

1. В основу медико-соціального обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами покладалась рекомендація експертів ВООЗ щодо необхідності переорієнтації надання медичних послуг від роздробленості до більшої інтеграції, Європейські стандарти післядипломної медичної освіти для спеціалістів з дерматології та венерології та результати власного дослідження.

2. Показано, що ключовими інноваційними елементами моделі стали: комплексний підхід до надання медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, використання міждисциплінарних утручань на основі встановлення причинно-наслідкових зв'язків патології шкіри та її придатків і хвороб інших органів і систем, міждисциплінарні команди професіоналів різних спеціальностей, як елемент функціонально-організаційної структури закладу охорони здоров'я; удосконалені технології освітньо-профілактичної роботи з населенням.

3. Доведено, що важливими складовими запропонованої моделі визначені удосконалення нормативно-правового регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, що надають косметологічну допомогу, в напрямку формування ринку багатoproфільних послуг вторинної медичної допомоги, сконцентрованими навколо потреб пацієнта з косметичними дефектами; забезпечення ринку якісними косметичними й лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

4. Доведено необхідність: уточнення статусу лікаря-дерматовенеролога як професіонала, який володіє теоретичними знаннями і практичними вміннями для проведення косметологічних утручань; внесення змін до навчальних планів і програм післядипломної освіти з забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів-дерматовенерологів відповідно до європейських стандартів; активізації вітчизняних наукових досліджень за

напрямок «Косметологічна допомога» відповідно до потреб і запитів професіоналів і пацієнтів.

5. Обґрунтовано мотиваційну складову моделі, яка передбачає урахування інтересів усіх зацікавлених у якості косметологічної допомоги сторін: пацієнта (отримання комплексу ефективних послуг в одному місці їх надання, за лояльною ціною), лікаря (матеріальна мотивація до праці та до безперервного професійного розвитку) та закладу охорони здоров'я (отримання прибутку, конкурентноспроможність).

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наступні наукові публікації автора [231, 232]

РОЗДІЛ 6

ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ

6.1. Впровадження моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами на галузевому, регіональному рівнях та в практику роботи закладів охорони здоров'я

Впровадження основних елементів обґрунтованої та розробленої моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами відбувалось на етапах наукового дослідження та по його завершенні на галузевому, регіональному та місцевому (в закладах охорони здоров'я) рівнях.

Галузевий рівень впровадження забезпечувався внесенням пропозицій до МОЗ України щодо удосконалення нормативного регулювання організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами. Зокрема, було запропоновано розроблений автором дисертаційного дослідження проєкт відповідного наказу по галузі, прийнятий до розгляду МОЗ України (Додаток Д).

Результати дослідження викладені в двох інформаційних листах у співавторстві Є. Є. Глебової, аспіранта кафедри управління охороною здоров'я, автора дисертаційної роботи, та наукового керівника, д. мед. н. професора В. В. Горачук, професора кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика, виданими та поширеними в установленому порядку, зокрема, для використання на регіональному та місцевому рівнях лікарями-організаторами охорони здоров'я, лікарями-дерматовенерологами та лікарями суміжних спеціальностей закладів охорони здоров'я, які провадять медичну практику за спеціальністю «Дерматовенерологія».

Інформування науковців і медичних працівників відбувалось також шляхом опублікування результатів дослідження в наукових фахових виданнях

України та наукометричному (іноземному) виданні, оприлюднення результатів дослідження на наукових форумах, поширення інформації автором в соціальних мережах Facebook, Instagram та при безпосередньому спілкуванні під час ділових зустрічей.

Впровадження відбувалось на робочих місцях в закладах, обраних базами дослідження, а також в ДНУ «НПЦ ПКМ ДУС», КНП «БЦПМСД» (м. Буча, Київська область) та у приватному закладі «Рефьюче клінік».

Автором дисертаційної роботи за домовленостями з керівництвом зазначених закладів у відведений час проводились семінари-тренінги з керівниками структурних підрозділів, лікарями-дерматовенерологами, лікарями суміжних спеціальностей з питань:

- 1) методичних підходів до розробки типових та індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами;
- 2) пошуку джерел доказової інформації про найкращу медичну практику (клінічних рекомендацій, систематичних оглядів, мета-аналізів) за темами, що становлять косметологічну проблему, з використанням міжнародних ресурсів країн-членів Європейського Союзу, США, Канади, Австралійського Союзу;
- 3) адаптації джерел доказової інформації про найкращу медичну практику до умов роботи закладів охорони здоров'я, де відбувалось впровадження;
- 4) розробки клінічних маршрутів пацієнтів з косметичними дефектами як складових локальних медико-технологічних документів;
- 5) організації роботи міждисциплінарних команд професіоналів, які можуть бути задіяні до надання медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами та супутньою патологією внутрішніх органів і систем;
- 6) організації інформаційно-просвітницьких заходів серед пацієнтів з косметичними дефектами.

Використання результатів дослідження в закладах охорони здоров'я за результатами впровадження засвідчені 19 актами впровадження (табл. 6.1).

Загалом за результатами впровадження тематичним навчанням було охоплено 55 лікарів різних спеціальностей, інформаційні матеріали поширені серед 958 пацієнтів, розроблено 144 індивідуальні програми комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами на основі типової, за якими надана комплексна медична допомога відповідній кількості хворих, розроблено по закладам 16 клінічних маршрутів пацієнтів (з акне, розацеа, рубцями, зморшками, меланомою). Зазначені впровадження дозволили забезпечити започаткування командного підходу до роботи лікарів-дерматовенерологів та лікарів інших спеціальностей при наданні медичної допомоги пацієнтам з поліморбідною патологією, маніфестація якої мала шкірні прояви.

Основною відмінністю командного підходу від групового, який раніше застосовувався, став постійний обмін інформацією між лікарями створеної під індивідуальні потреби пацієнта команди про проміжні результати обстеження та лікування пацієнта з внесенням своєчасних коректив, що дозволило отримати кінцеві результати, максимально наближені до очікуваних. Координатором роботи команди, як правило, виступав лікар-дерматовенеролог. Встановлення комунікацій забезпечувалось з використанням сучасних засобів електронного та мобільного зв'язку (viber, скайп, платформи для відеоконференцій, електронна пошта). Пацієнт отримував комплекс медичних послуг переважно в одному закладі охорони здоров'я, що забезпечувало просторову доступність медичної допомоги та економію часу на отримання процедур і консультацій лікарів. Найбільшого втілення командний підхід отримав в Інституті дерматокосметології доктора

Таблиця 6.1

Впровадження результатів дослідження в закладах охорони здоров'я

Назва впроваджених пропозицій	Заклади охорони здоров'я, де відбувалось впровадження /кількість одиниць впровадження						
	Інститут дерматокосметології доктора Богомолець	Клініка «Літус»	Клініка «Shagov aesthetic medicine»	Рефьюче клінік	ДНУ «НПЦ ПКМ ДУС»	КНП «БЦПМСД», м. Буча, Київська область	Разом в усіх закладах
Розробка: - типових програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами	1	1	1	1	1	-	5
- індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами	57	-	37	49	1	-	144
- клінічних маршрутів пацієнтів з косметичними дефектами	5		5	5	1	-	16
Поширення інформаційно-освітніх матеріалів серед пацієнтів (кількість пацієнтів)	194	176	213	211	35	129	958
Навчання лікарів з питань застосування джерел доказової інформації (кількість лікарів) за темою	14	11	13	9	8	-	55

Богомолець та ДНУ «НПЦ ПКМ ДУС», де створення міждисциплінарних команд не потребувало залучення додаткових кадрових ресурсів.

У приватному закладі «Рефьюче клінік» впровадження результатів дослідження здійснювалося на етапі його створення шляхом реорганізації базової клініки «Shagov aesthetic medicine» (2018-2019 рр.), коли керівництвом останньої було прийнято стратегічне рішення про зміну політики закладу з парадигми «Молодість і краса через косметологічну допомогу і косметичний догляд» на парадигму «Молодість і краса через комплексний підхід до здоров'я та управління віком». Втілення стратегії відбувалося з урахуванням пропозицій автора дисертаційної роботи в частині запровадження міждисциплінарного підходу до ведення пацієнтів з метою збереження й підтримки здоров'я, управління віком, продовження тривалості активного життя. Зокрема, дані підходи стосувалися й ведення пацієнтів з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів. Реалізація підходів підтверджена розробкою штатного розпису, до якого були включені лікарі-спеціалісти: терапевт, акушер-гінеколог, ендокринолог, кардіолог, невролог, хірург, ортопед-травматолог, лікар функціональної діагностики, та проведені інтенсивні навчання щодо запровадження командного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам, зокрема, з косметичними дефектами.

У «Рефьюче клінік» набули свого використання клінічні технології на основі джерел доказової інформації про найкращу медичну практику, була розроблена типова програма комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, на основі яких розроблено за період впровадження 49 персоналізованих програм для пацієнтів з косметичними дефектами внаслідок патології та/або старіння шкіри та на їх основі надана медична допомога пацієнтам міждисциплінарними командами професіоналів, що засвідчено відповідними актами впровадження.

Таким чином, результати дисертаційного дослідження були широко оприлюднені автором та впроваджені в практику роботи закладів охорони здоров'я державної та приватної форм власності й можуть надалі

впроваджуватись в практичну охорону здоров'я на основі матеріалів дисертації та публікацій за результатами дослідження.

За результатами впровадження проводилася оцінка медичної, соціальної та економічної ефективності моделі, а також експертна оцінка, що передбачалось завданнями дослідження.

6.2. Оцінка медичної, соціальної, економічної ефективності та експертна оцінка моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами

Оцінка медичної ефективності впровадженої моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами проводилась у приватному закладі «Рефьюче клінік» на прикладі результатів лікування пацієнтів з розацеа.

Критеріями ефективності лікування визначена тривалість ремісії після проведення лікування за індивідуальною програмою комплексної медичної допомоги, яка надавалася міждисциплінарною командою професіоналів. Дані щодо тривалості ремісії після комплексного лікування за новим клінічним протоколом, розробленим у «Рефьюче клінік» на основі джерел доказової інформації про найкращу медичну практику, порівнювалися з даними з анамнезу пацієнток, відображених у медичних картах амбулаторних хворих, щодо тривалості ремісій після локальних процедур.

Матеріалами дослідження слугували 67 медичних карт амбулаторних хворих з середньотяжким і тяжким перебігом розацеа, у яких в анамнезі мали місце лише локальні втручання за межами клініки «Рефьюче клінік», та які на поточний момент були постійними пацієнтами даного закладу охорони здоров'я й знаходились під спостереженням. Кількість матеріалів дослідження була репрезентативною до загальної середньої кількості пацієнтів, які зверталися з приводу розацеа впродовж року (191 пацієнт), оскільки для достовірності даних необхідно було відібрати не менш 46 медичних карт амбулаторних хворих.

Як зазначено в Розділі 2 дисертаційної роботи, аналіз записів лікарів у медичних картах амбулаторних хворих в частині визначення тривалості ремісії після лікування розацеа внаслідок локальних утручань та після комплексного лікування проводився спеціально створеною за розпорядженням керівника закладу експертною групою в складі лікарів-спеціалістів «Рефьюче клінік» в кількості п'яти осіб, які не були долучені до лікування пацієнтів, медичні карти яких піддавались аналізу.

За отриманими даними записів лікарів клініки «Рефьюче клінік» при первинному зверненні пацієнта, у 63 ($94,0 \pm 2,9\%$) пацієнтів після проведеного курсу місцевої терапії повної ремісії не спостерігалось, а загострення відбувалось впродовж першого року – півтора після лікування.

Після отримання комплексного лікування та підтримуючій терапії раз на півроку, за даними записів у медичних картах амбулаторних хворих, у 54 ($80,6 \pm 4,8\%$) пацієнтів впродовж півтора року загострення хвороби не зареєстровані. Лише 13 ($19,4 \pm 4,8\%$) пацієнтів з важким перебігом хвороби мали ремісію тривалістю від п'яти до семи місяців.

Отримані результати засвідчили медичну ефективність запропонованої моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

Економічну ефективність запропонованої моделі формували інтереси провайдерів медичних послуг як у прихильності пацієнтів до лікування саме в їх закладі охорони здоров'я, що обумовлювалося клінічним результатом та лояльною ціновою політикою, так і комерційним інтересом в отриманні прибутку закладом охорони здоров'я. Компромісне рішення полягало в пропозиції пакетних послуг, що корелювало з запровадженням такої функціонально-організаційної одиниці структури закладу, як міждисциплінарна команда професіоналів. При середній вартості консультативно-діагностичної допомоги у одного лікаря-спеціаліста «Рефьюче клінік» від 500 до 800 грн впродовж 2019 р. в разі поінформованої згоди на медичну допомогу за індивідуальною програмою комплексної медичної допомоги пацієнт міг отримати зниження вартості послуги в розмірі від 5,0% до 10,0% в залежності

від складності та собівартості процедур. Економічна ефективність для пацієнта вимірюється також зменшенням частоти звернень з приводу загострень хронічної патології шкіри, як наведено на прикладі лікування з приводу розацеа.

Згідно з програмою дослідження, на п'ятому його етапі передбачалось проведення повторного опитування пацієнтів з метою оцінки соціальної ефективності запропонованої моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами (на прикладі оцінки ефективності інформаційно-освітніх технологій).

З цією метою з постійних відвідувачів клініки «Shagov aesthetic medicine» були сформовані основна й контрольна групи пацієнтів чисельністю відповідно 65 та 35 осіб, кількість яких загалом була репрезентативною до числа пацієнтів, які в середньому відвідували клініку впродовж кожного місяця 2019 р.

Пацієнтам основної групи пропонувалося прослухати короткотривалі (до 15 хвилин) інформаційні повідомлення, розроблені автором дослідження, за різноманітною тематикою, спрямованою на профілактику хвороб шкіри та передчасного старіння.

Теми занять включали в себе:

- загальні відомості про шкіру та її придатки;
- найбільш поширені захворювання шкіри, підшкірної клітковини, волосся, нігтів; основні симптоми і прояви;
- чинники ризику зовнішнього середовища, які сприяють патології шкіри та її придатків;
- поведінкові ризики, які сприяють патології шкіри та її придатків;
- вплив хронічних хвороб внутрішніх органів на стан шкіри та її придатків;
- чинники ризику передчасного старіння шкіри та їх профілактика;
- догляд за шкірою в побуті;
- раціональне використання косметичних засобів.

Усні повідомлення супроводжувалися поширенням друкованих інформаційних матеріалів, кейсами з оволодіння практичними навичками

догляду за шкірою та її придатками в побуті, демонстрацією слайдів за темою, розміщенням матеріалів у соціальних мережах, розробленими власноруч автором дослідження.

Заняття проводилися в зручний для пацієнтів основної групи час групами чисельністю 5-7 осіб за попередньо узгодженим графіком з прив'язкою до дати чергового огляду/процедури у лікаря-дерматовенеролога або суміжного спеціаліста, два рази на тиждень, у спеціально відведеному приміщенні, обладнаному відеотехнікою та іншими засобами для проведення просвітницької роботи.

Пацієнти контрольної групи до занять не долучалися.

По завершенні навчання впродовж місяця проведено опитування пацієнтів основної й контрольної груп за анкетним опитувальником, використаним на другому етапі дослідження. Отримані результати підлягали статистичному аналізу, зокрема, визначенню відмінностей між відповідями респондентів обох груп за обраними критеріями: наявність хронічних хвороб, поведінкові ризики, лояльність до регулярного медичного спостереження, обізнаність щодо чинників ризику хвороб шкіри та передчасного старіння та їх профілактики.

Аналіз даних паспортної частини анкети засвідчив, що за демографічними характеристиками обидві групи достовірно не відрізнялися: мешканці міста переважали і нараховували 61 ($93,8 \pm 2,9\%$) осіб в основній та 32 ($91,4 \pm 4,7\%$) – в контрольній групі; загальну середню освіту мали відповідно 10 ($15,4 \pm 4,5\%$) та 7 ($20,0 \pm 6,8\%$) опитаних, професійну (професійно-технічну) – 18 ($27,7 \pm 5,6\%$) та 10 ($28,6 \pm 7,6\%$) осіб, а вищу – 37 ($56,9 \pm 6,4\%$) та 18 ($51,4 \pm 8,4\%$) респондентів відповідної групи. Середній вік пацієнтів у відрізку 18-25 років в основній групі складав $21,3 \pm 1,7$ років, в контрольній – $19,7 \pm 1,2$ років; у відрізку 25-35 років – відповідно $30,2 \pm 1,8$ років та $30,0 \pm 1,5$ роки; серед осіб 36-50 років середній вік пацієнтів основної групи дорівнював $42,4 \pm 1,7$ років, а контрольної – $42,4 \pm 1,6$ років; найстарші респонденти у віковому відрізку старше 50 років мали в основній групі середній вік $56,5 \pm 0,9$ років, в контрольній – $57,5 \pm 1,2$ роки. Переважна кількість пацієнтів мали середньомісячний дохід більше 10 тис. грн:

37 (56,9±6,1%) пацієнтів основної та 19 (54,3±8,4%) – контрольної групи (табл. 6.2).

Таблиця 6.2

**Демографічні характеристики респондентів основної
та контрольної груп**

№	Зміст запитань	Відповіді (M±m,%)	
		основна група (N=65)	контрольна група (N=35)
1	Ви мешканець:		
	А. Міста	61 (93,8±2,9)	32 (91,4±4,7)
	Б. Села	4	3
2	Освіта:		
	А. Загальна середня	10 (15,4±4,5)	7 (20,0±6,8)
	Б. Професійна (професійно-технічна)	18 (27,7±5,6)	10 (28,6±7,6)
	В. Вища	37 (56,9±6,4)	18 (51,4±8,4)
3	Ваш середній дохід за місяць:		
	А. до 3000грн	4	-
	Б. від 3000 до 5000 грн	9 (13,8±4,3)	6
	В. від 5000 до 10000 грн	15 (23,1±5,2)	10 (28,6±7,6)
	Г. від 10000 грн і більше	37 (56,9±6,1)	19 (54,3±8,4)
		Середній вік (M±m, роки)	
4	Ваш вік:		
	А. 18-25 років	21,3±1,7	19,7±1,2
	Б. 25-35 років	30,2±1,8	30,0±1,5
	В. 36-50 років	42,4±1,7	42,4±1,6
	Г. 51-65 років	56,5±0,9	57,5±1,2

Більшість респондентів обох груп мали хронічні соматичні захворювання: 40 (61,5±6,0%) осіб основної та 22 (62,9±8,2%) – контрольної групи. Відвідували лікаря лише в разі загострення хронічної хвороби 18 (45,0±7,9%) осіб основної та 11 (50,0±10,7%) опитаних контрольної групи, а регулярно відвідували 17 (42,5±7,8%) та 7 (31,8±9,9%) відповідно. Отримані дані достовірно не відрізнялися, але кількість пацієнтів основної групи перевищувала аналогічну

в контрольній групі за регулярністю відвідувань лікаря незалежно від загострення хвороби, тобто, з профілактичною метою.

Окремі дані статистичного аналізу результатів опитування респондентів обох груп наведені в табл. 6.3.

Таблиця 6.3

Окремі дані статистичного аналізу за результатами опитування пацієнтів основної та контрольної груп

№	Зміст запитань	Відповіді (M±m,%)		Достовірність відмінностей (p)
		основна група (N=65)	контрольна група (N=35)	
1	2	3	4	5
1	Наявність хронічних захворювань			
	А. Ні	25 (38,5±6,0)	13 (37,1±8,2)	p >0,05
	Б. Так	40 (61,5±6,0)	22 (62,9±8,2)	p >0,05
2	Регулярність відвідувань лікаря з приводу хронічного захворювання			
	А. Зовсім не відвідую	5	4	
	Б. Відвідую, лише коли хвороба загострюється	18 (45,0±7,9)	11 (50,0±10,7)	p >0,05
	В. Так, регулярно відвідую	17 (42,5±7,8)	7 (31,8±9,9)	p >0,05
3	Дотримання принципів раціонального харчування: прийом їжі не менш ніж три рази на день, вживання не менш ніж 300-400 г овочів та фруктів на день			
	А. Ні	9 (13,8±4,3)	17 (48,6±8,4)	p <0,05
	Б. Не завжди	30 (46,2±6,2)	11 (31,4±7,8)	p >0,05
	В. Так, дотримуюсь	26 (40,0±6,1)	7 (20,0±6,8)	p <0,05
4	Зайняття будь-якими видами спорту, фізичними вправами			
	А. Ні	11 (16,9±4,7)	11 (31,4±7,8)	p >0,05
	Б. Займаюсь не регулярно	21 (32,3±5,8)	15 (42,9±8,4)	p >0,05
	В. Так, займаюсь регулярно	33 (50,8±6,2)	9 (25,7±7,4)	p <0,05
5	Чи має місце регулярний догляд за шкірою обличчя та шиї у повсякденному житті			
	А. Ні, не доглядаю, сподіваюсь лише на природні властивості моєї шкіри	10 (15,4±4,5)	7 (20,0±6,8)	p >0,05
	Б. Доглядаю нерегулярно, не в повному обсязі	15 (23,1±5,2)	15 (42,9±8,4)	p <0,05
	В. Так, доглядаю регулярно у повному обсязі	40 (61,5±6,0)	11 (31,4±7,8)	p <0,05
<i>Продовження таблиці 6.3</i>				
1	2	3	4	5
	Які чинники, на Вашу думку, найбільш негативно впливають на стан Вашої шкіри:			

Б. Хронічні хвороби внутрішніх органів. Б. Шкідливі звички. В. Низька фізична активність. Г. Незбалансоване харчування. Д. Стресові ситуації. Ж. Нерегулярний догляд за шкірою. З. Вік. К. Усе вище перераховане.	43 (66,2±5,9)	14 (40,0±8,3)	p<0,05
Що, на Вашу думку, могло б сприяти покращенню стану Вашої шкіри ?			
А. Регулярні консультації лікаря-дерматолога та виконання його рекомендацій. Б. Використання сучасних методів естетичної косметології. В. Регулярні медичні профілактичні огляди. Г. Лікування хронічних захворювань. Д. Відмова від шкідливих звичок. Ж. Підвищення фізичної активності. З. Збалансоване харчування. К. Використання методів протидії стресу. Л. Регулярний догляд за шкірою. М. Усе вищеперераховане.	47 (72,3±5,6)	15 (42,9±8,4)	p<0,05

За результатами просвітницької діяльності простежувались достовірні відмінності між групами за критерієм дотримання принципів раціонального харчування - прийому їжі не менш ніж три рази на день, вживання не менш ніж 300-400 г овочів та фруктів на день: зовсім не дотримувались цього принципу лише 9 (13,8±4,3%) пацієнтів основної, але 17 (48,6±8,4%) опитаних – контрольної групи ($p<0,05$). Такі ж результати порівняльного аналізу отримані при аналізі відповідей, якими респонденти підтверджували постійне дотримання такого принципу: 26 (40,0±6,1%) опитаних основної та 7 (20,0±6,8%) – контрольної групи ($p<0,05$).

Повну відсутність занять фізичними вправами, будь-якими видами спорту засвідчили 11 (16,9±4,7%) осіб основної та 11 (31,4±7,8%) пацієнтів контрольної групи ($p>0,05$), та незважаючи на недостовірну різницю, у відсотковому

відношенні чисельність відповідей респондентів контрольної групи, які вели малорухливий спосіб життя, майже вдвічі перевищувала аналогічну основної групи. Схожа ситуація виявлена й за відповідями щодо нерегулярних занять, про що заявили 21 ($32,3 \pm 5,8\%$) опитаних основної та 15 ($42,9 \pm 8,4\%$) – контрольної групи ($p > 0,05$).

В той же час про регулярні заняття фізичними вправами, спортом заявили 33 ($50,8 \pm 6,2\%$) опитаних основної та лише 9 ($25,7 \pm 7,45$) опитаних контрольної групи ($p < 0,05$).

Регулярний догляд за шкірою обличчя та шиї у повсякденному житті здійснювали, за результатами навчання, 40 ($61,5 \pm 6,0\%$) пацієнтів основної та 11 ($31,4 \pm 7,8\%$) пацієнтів контрольної групи ($p < 0,05$), що вказувало на ефективність просвітницьких заходів з даного питання. Таким же чином вплинули на пацієнтів, які брали участь у освітніх заходах, заняття за темою впливу чинників ризику на стану шкіри та можливостей його покращення: на достовірно значущому рівні чисельність відповідей пацієнтів основної групи щодо впливу комплексу чинників ризику на стан шкіри – 43 ($66,2 \pm 5,9\%$) – перевищувала за аналогічним питанням чисельність відповідей пацієнтів контрольної групи – 14 ($40,0 \pm 8,3\%$) ($p < 0,05$).

Відповідно, за результатами участі у просвітницьких заходах респонденти основної групи виявилися більш обізнаними за пацієнтів контрольної групи з питань можливостей покращення стану шкіри, вказавши на комплекс перерахованих у запитанні анкети заходів з загального оздоровлення організму, здорової поведінки, збалансованого харчування, регулярного догляду за шкірою та локальних утручань – 47 ($72,3 \pm 5,6\%$) проти 15 ($42,9 \pm 8,4\%$) ($p < 0,05$).

Таким чином, результати опитування засвідчили за більшістю позицій ефективність просвітницьких заходів як складової моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

Експертна оцінка ефективності моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами була здійснена експертною групою чисельністю 24 експерти з використанням спеціально розроблених автором

дослідження анкет експертів за п'ятибальною шкалою, за методикою, представленою в Розділі 2 дисертаційної роботи.

Результати експертної оцінки надані в табл. 6.4.

Таблиця 6.4

**Результати експертної оцінки моделі організації медичної допомоги
пацієнтам з косметичними дефектами**

№	Критерії для оцінки	Серед- ня оцінка в балах (M)	Середньо- квадрати- чне відхилення (σ)	Коефі- цієнт варіації (Cv) (%)
1	Орієнтованість моделі на комплексний підхід до оцінки здоров'я пацієнта з косметичними дефектами	4,60	0,50	10,87
2	Профілактична спрямованість моделі	4,56	0,51	11,18
3	Модель орієнтована на зменшення ризиків косметологічних втручань	4,52	0,65	14,38
4	Модель передбачає міждисциплінарний підхід до корекції патологічних і вікових змін шкіри, що призвели до косметичних дефектів	4,72	0,47	9,95
5	Модель спрямована на підвищення якості навчання та безперервний професійний розвиток лікарів-дерматовенерологів, які надають косметологічну допомогу	4,64	0,49	10,56
6	Модель передбачає удосконалення регулювання косметологічної допомоги в Україні на нормативному рівні	4,48	0,51	11,38

Як видно з табл. 6.4, найвищу оцінку експертів отримала модель за критерієм, що засвідчив використання міждисциплінарного підходу до корекції патологічних і вікових змін шкіри, що призвели до косметичних дефектів ($4,72 \pm 0,47$ балів), а також спрямованість моделі на підвищення якості навчання та безперервний професійний розвиток лікарів-дерматовенерологів, які надають косметологічну допомогу (створення міждисциплінарних навчальних планів і програм навчальних циклів; активізація вітчизняних наукових досліджень за

напрямом «Косметологія») ($4,64 \pm 0,49$ балів). Орієнтованість моделі на комплексний підхід до оцінки здоров'я пацієнта з косметичними дефектами (оцінка локальних змін шкіри та встановлення їх причинно-наслідкових зв'язків з патологіями інших органів і систем, чинниками ризику передчасного старіння) отримала оцінку у $4,60 \pm 0,50$ балів, а профілактична спрямованість (удосконалені інформаційні технології для пацієнтів з питань здорового способу життя, профілактики хронічних соматичних хвороб, хвороб кістково-м'язової системи, зубів, зменшення впливу чинників ризику передчасного старіння) – $4,56 \pm 0,51$ балів.

Достатньо високо оцінено експертами орієнтованість моделі на зменшення ризиків косметологічних утручань (обґрунтовано використання доказової інформації про найкращу медичну практику із застосуванням препаратів ботулотоксину, гіалуронової кислоти, пілінгів, лазерних технологій та інших) – $4,52 \pm 0,65$ балів, та необхідність удосконалення регулювання косметологічної допомоги в Україні на нормативному рівні (оновлення чинного наказу МОЗ СРСР від 28.12.1982 № 1290; пропозиції до МОЗ України з внесення доповнень до кваліфікаційної характеристики лікаря-дерматовенеролога з урахуванням рекомендацій Європейських стандартів післядипломної медичної підготовки за спеціальністю «Дерматологія і венерологія») – $4,48 \pm 0,51$ балів.

Коефіцієнт варіації (Cv) думок експертів знаходився в межах 9,95-14,38%, тобто, низьких і середніх значень розкиду, що засвідчило достатньо високу ступінь узгодженості думок незалежних експертів при оцінці моделі.

Таким чином, розроблена та впроваджена в діяльність закладів охорони здоров'я модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами підтвердила свою медичну, соціальну та економічну ефективність та в цілому була високо оцінена кваліфікованими експертами.

Висновки до розділу 6

1. Показано, що результати наукового дослідження впроваджені в систему охорони здоров'я України за окремими елементами шляхом: внесення пропозицій і розробки проєкту наказу МОЗ України як вітчизняного регуляторного акта за темою на відміну від діючого наказу МОЗ СРСР; наукових публікацій; розміщення матеріалів в частині інформаційно-освітньої складової в соціальних мережах; впровадження в організаційну структуру закладів охорони здоров'я нової функціональної одиниці – міждисциплінарної команди професіоналів, що засвідчено 19 актами впровадження.

2. Започатковано командний підхід до організації роботи лікарів-дерматовенерологів та лікарів-спеціалістів при наданні медичної допомоги пацієнтам з поліморбідною патологією, маніфестація якої мала шкірні прояви, з використанням джерел доказової інформації про найкращу медичну практику та розробкою локальних медико-технологічних документів за напрямом «Косметологічна допомога» в закладах охорони здоров'я, де відбувалось впровадження.

3. Впровадження елементів моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами довело свою медичну та економічну ефективність: в результаті комплексного лікування лише 13 ($19,4 \pm 4,8\%$) пацієнтів з важким перебігом хвороби мали короткотривалу ремісію від п'яти до семи місяців, тоді як у 54 ($80,6 \pm 4,8\%$) пацієнтів не зареєстровано загострення хвороби впродовж півтора року. При застосуванні лише курсу місцевої терапії у 63 ($94,0 \pm 2,9\%$) пацієнтів повної ремісії не спостерігалось, а загострення відбувалось впродовж першого року – півтора після лікування. Прихильність до отримання комплексної медичної допомоги дозволяла пацієнтам зменшити витрати на лікування на 5,0-10,0%.

4. Доведено соціальну ефективність запропонованої моделі: за результатами впровадження інформаційно-освітніх технологій, дотримання принципу раціонального харчування засвідчили 26 ($40,0 \pm 6,1\%$) опитаних основної та 7

($20,0 \pm 6,8\%$) – контрольної групи ($p < 0,05$); регулярні заняття фізичними вправами, спортом практикували відповідно 33 ($50,8 \pm 6,2\%$) та 9 ($25,7 \pm 7,45$) опитаних ($p < 0,05$); регулярний догляд за шкірою обличчя та шиї в повсякденному житті здійснювали відповідно 40 ($61,5 \pm 6,0\%$) та 11 ($31,4 \pm 7,8\%$) пацієнтів ($p < 0,05$); визнали вплив комплексу чинників ризику на стан шкіри відповідно 43 ($66,2 \pm 5,9\%$) та 14 ($40,0 \pm 8,3\%$) респондентів ($p < 0,05$); схильність до використання комплексу профілактичних заходів засвідчили відповідно 47 ($72,3 \pm 5,6\%$) та 15 ($42,9 \pm 8,4\%$) пацієнтів ($p < 0,05$).

5. Обґрунтована, розроблена та впроваджена за окремими елементами модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами високо оцінена кваліфікованими експертами за 5-ти бальною шкалою: використання міждисциплінарного підходу до корекції косметичних дефектів – $4,72 \pm 0,47$ балів; спрямованість на підвищення якості навчання та безперервний професійний розвиток лікарів-дерматовенерологів, які надають косметологічну допомогу, – $4,64 \pm 0,49$ балів; орієнтованість на комплексний підхід до оцінки здоров'я пацієнта з косметичними дефектами – $4,60 \pm 0,50$ балів; профілактична спрямованість – $4,56 \pm 0,51$ балів; орієнтованість на зменшення ризиків косметологічних утручань – $4,52 \pm 0,65$ балів; необхідність удосконалення регулювання косметологічної допомоги в Україні на нормативному рівні – $4,48 \pm 0,51$ балів при низькому і середніх значеннях коефіцієнтів варіації думок експертів – 9,95-14,38.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами внаслідок патологічних і вікових змін шкіри, що потребувало нових обґрунтованих підходів до вирішення завдань з поліпшення косметологічної допомоги населенню шляхом теоретичного узагальнення світового й вітчизняного досвіду та медико-соціального обґрунтування й розробки моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами, впровадження окремих елементів якої довело свою медичну, соціальну та економічну ефективність, що й передбачалось метою та завданнями дослідження.

1. Теоретичним аналізом засвідчено негативний вплив на здоров'я та якість життя людини патологічних і вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, оскільки вони суттєво позначаються на формуванні статусу особи в суспільстві, самооцінці, можливості психологічної та соціальної адаптації до навколишнього середовища. Проявами порушень психоемоційного стану часто стають депресивні стани, тривога та дисморфофобії.

2. Показано, що в світі відбувається постійне зростання попиту населення на косметологічну допомогу: кількість косметологічних процедур зросла з 14,1 млн у 2010 р. до 21,0 млн у 2015 р., об'єм продажу косметичних засобів в 2017 р. становив 12,9 млрд дол. В Україні обсяги продажів косметичної продукції зросли з 30 млрд грн у 2015 р. до 36 млрд грн у 2016 р., активно впроваджуються новітні технології косметологічних утручань. Однак підтримка здоров'я шкіри та профілактика передчасного старіння тісно пов'язані з попередженням впливу чинників ризику: сонячного опромінювання, іонізуючої радіації, стресових ситуацій, недостатнього догляду за шкірою, численних хвороб внутрішніх органів, ризикованої поведінки населення.

3. Виявлено, що структуру ринку косметологічних послуг в Україні складають 88 (34,1%) спеціалізованих монопрофільних та 170 (65,9%)

багатопрофільних закладів охорони здоров'я, що мають право на провадження медичної практики за спеціальністю «Дерматовенерологія». Провайдери пропонують пацієнтам широкий спектр косметологічних утручань: апаратних ($77,8 \pm 0,045\%$ суб'єктів господарювання), інвазивних ($74,1 \pm 0,048\%$), по догляду за шкірою та її придатками ($65,4 \pm 0,052\%$), пілінгів ($54,3 \pm 0,054\%$), мануальних ($50,6 \pm 0,054\%$), дерматохірургічних ($45,7 \pm 0,054\%$). Однак дані процедури носять локальний характер, а комплексні програми лікування, заявлені $29,6 \pm 0,05\%$ провайдерів, є комбінаціями декількох лікувальних методик.

4. Встановлено, що активний розвиток ринку косметологічних послуг в Україні супроводжується ризиками ускладнень і побічних дій внаслідок застосування косметичних засобів, лікарських препаратів, виробів медичного призначення (гіалуронової кислоти для наповнення м'яких тканин), оскільки підходи до лікування засновуються на власному досвіді лікарів, а медичні технології з косметологічних утручань на основі джерел доказової інформації про найкращу медичну практику пропонують пацієнтам лише $16,0 \pm 0,04\%$ провайдерів косметологічних послуг.

5. Доведено, що: нормативне регулювання косметологічної допомоги населенню України є застарілим, оскільки забезпечується наказом МОЗ СРСР 1982 року; кваліфікаційні характеристики лікарів-дерматовенерологів не містять вимог з урахуванням специфічних особливостей косметологічних утручань; вітчизняне законодавство не гармонізовано з Європейськими рекомендаціями щодо якості й безпеки косметичних засобів та виробів медичного призначення; в вітчизняній базі бракує джерел доказової інформації про найкращу медичну практику за напрямом «Косметологічна допомога».

6. Показано, що навчальні плани та програми навчальних циклів за спеціальністю «Дерматовенерологія» закладів до- та післядипломної освіти містять обмежений перелік питань за розділом «Косметологічна допомога». Підвищення кваліфікації лікарів, які надають косметологічну допомогу, проводиться не акредитованими приватними навчальними центрами, а зміст навчальних тренінгів і семінарів, що ними пропонується, орієнтований на

оволодіння слухачами практичними навичками на основі авторських методик, не підкріплених доказовими технологіями. Наукові дослідження за напрямом «Косметологічна допомога» проводяться обмежено (обсяг публікацій складає 7,9% від загальної кількості у наукових фахових виданнях України та 5,8% – у матеріалах наукових форумів).

7. Виявлено за даними соціологічного опитування, що пацієнти, які звернулись за косметологічною допомогою, страждали на хронічні соматичні хвороби: 103 ($52,8 \pm 3,6\%$) пацієнтів клініки «Літус», 131 ($66,5 \pm 3,4\%$) – Інституту дерматокосметології доктора Богомолець, 139 ($60,9 \pm 3,23\%$) – «Shagov aesthetic medicine». Структуру хвороб формували переважно: хвороби органів травлення (відповідно 54,4%, 49,6%, 53,9%); ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин (відповідно 27,2%, 25,9%, 30,2%); хвороби сечостатевої системи (відповідно 12,6%, 14,5%, 11,5%). Однак під регулярним спостереженням профільних спеціалістів знаходилися лише відповідно 26,2%, 24,4% та 25,2% пацієнтів з цими захворюваннями.

8. З'ясовано, що патологічні та/або вікові зміни шкіри у пацієнтів супроводжувались впливом численних чинників ризику: психоемоційною напругою (відповідно у $22,1 \pm 2,9\%$, $25,9 \pm 3,1\%$, $23,2 \pm 2,8\%$ респондентів); тютюнопалінням (у $29,2 \pm 3,2\%$, $45,2 \pm 3,5\%$, $24,6 \pm 2,9\%$ опитаних); вживанням алкоголю ($44,6 \pm 3,5\%$, $40,1 \pm 3,5\%$ та $36,0 \pm 3,1\%$ осіб), нераціональним харчуванням ($81,1 \pm 2,8\%$, $77,2 \pm 2,9\%$ та $75,4 \pm 2,8\%$ пацієнтів), низькою фізичною активністю ($80,0 \pm 2,9\%$, $79,2 \pm 2,9\%$ та $79,8 \pm 2,7\%$ опитаних), низькою культурою догляду за шкірою ($63,1 \pm 3,4\%$, $77,2 \pm 2,9\%$ та $68,9 \pm 3,1\%$ респондентів).

9. Доведено, що вікові зміни шкіри здійснюють сильний негативний вплив на якість життя пацієнтів, оскільки середній індекс оцінки якості життя по вибірці склав $12,2 \pm 0,5$ балів. Вікові характеристики опитаних та відповідний індекс оцінки якості життя перебувають у прямому сильному кореляційному зв'язку ($r = 0,882046912$, $p = 3,3566$ при $P < 0,001$). Крайній ступінь негативного впливу вікових змін шкіри внаслідок зниження її пружності відчувають 52,5% пацієнтів, зморшок на обличчі – 50,3%, сухості та чутливості – 37,4%. Вікові

зміни шкіри негативно впливають на успішність комунікацій у 38,2% осіб та вибір одягу – у 29,5% опитаних, викликають душевний дискомфорт при погляді на себе у дзеркало – у 28,7% осіб.

10. В основу медико-соціального обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами покладалась рекомендації експертів ВООЗ, Європейські стандарти післядипломної медичної освіти та результати власного дослідження, а інноваційними елементами її стали: міждисциплінарні команди професіоналів різних спеціальностей, як елемент функціонально-організаційної структури матричного типу закладу охорони здоров'я та примірна типова програма комплексної медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами як основа реалізації принципу міждисциплінарного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами.

11. Важливими складовими запропонованої моделі стали оновлення нормативно-правового регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, що надають косметологічну допомогу, в напрямку формування ринку багатoproфільних послуг вторинної медичної допомоги, сконцентрованими навколо потреб пацієнта з косметичними дефектами; забезпечення ринку висококваліфікованими медичними кадрами, якісними косметичними й лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

12. Доведено, що впровадження елементів запропонованої моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами в закладах охорони здоров'я довело свою медичну, соціальну та економічну ефективність та отримало високу оцінку кваліфікованих експертів, що дозволяє рекомендувати впровадження моделі в діяльність інших закладів охорони здоров'я України.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Кабінету Міністрів України:

- завершити процедури державного регулювання відповідності косметичних продуктів і виробів медичного призначення технічним регламентам, згідно з європейськими вимогами щодо їх якості.

Міністерству охорони здоров'я:

- при прийнятті рішення про видачу ліцензії суб'єктам господарської практики за спеціальністю «Дерматовенерологія» надавати перевагу закладам охорони здоров'я, які пропонують багатoproфільні послуги;

- затвердити в установленому порядку проєкт Наказу МОЗ України «Про удосконалення косметологічної допомоги населенню», запропонований автором дисертації;

- внести зміни до кваліфікаційних характеристик провізора-косметолога й лікаря-дерматовенеролога в частині вимог до рівня знань та практичних навичок з надання косметологічної допомоги, приведення їх у відповідність до Європейських стандартів післядипломної медичної освіти для спеціалістів з дерматології та венерології;

- розробляти галузеві медико-технологічні документи на основі джерел доказової медицини про найкращу медичну за напрямом «Косметологічна допомога».

Регіональним органам охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та м. Києва, головним лікарям закладів охорони здоров'я:

- розробляти локальні медико-технологічні документи на основі джерел доказової медицини про найкращу медичну за напрямом «Косметологічна допомога».

Зкладам вищої медичної освіти, в тому числі післядипломної:

- внести до навчальних планів та програм підготовки лікарів за спеціальністю «Дерматовенерологія» розділ «Косметологічна допомога».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Волкославська В. М. Про динаміку деяких показників шкірно-дерматологічної допомоги в Україні. *Дерматологія та венерологія*. 2016. № 3 (73). С. 61 – 66.
2. Котуранова Т. В., Семенова О. О. Проблеми та перспективи розвитку косметологічних послуг в Україні. *Економічний простір*. Збірник наукових праць (www.eprostir.dp.ua). № 119. Дніпропетровськ: ПДАБА, 2017. С. 77 — 85.
3. Гірник Г. Є. Вплив atopічного дерматиту на психологічний стан та соціальну адаптацію пацієнтів. *Галицький лікарський вісник*. 2015, Т. 22. № 2. С. 22 – 24.
4. Білявська М. В., Романів О. П. Кореляція якості життя та психопатологічних порушень у пацієнтів, які страждають на псоріаз. *Економіка і право охорони здоров'я*. № 2 (8). 2018. С. 92 — 94.
5. ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2010 (Revised – January 15, 2013). *International Society of Aesthetic Plastic Surgery*: веб-сайт. URL: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/ISAPS-Results-Procedures-2010-1.pdf> (дата звернення 07.08.2020).
6. Quick facts: highlights of the ISAPS 2015 statistics on cosmetic surgery. *International Society of Aesthetic Plastic Surgery*: веб-сайт. URL: https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/ISAPSQuickFactsMS_V6-1-1.pdf. (дата звернення 07.08.2020).
7. Statistics. Cosmetic Surgery National Data Bank (2006). *The American Society for Aesthetic Plastic Surgery*: веб-сайт. URL: <https://www.surgery.org/sites/default/files/2006stats.pdf> (дата звернення 07.08.2020).
8. Plastic Surgery Statistics (2016). *The American Society for Aesthetic Plastic Surgery*, веб-сайт. URL: <https://d2wirczt3b6wjm.cloudfront.net/news/statistics/2016/2016-plastic-surgery-statistics-report.pdf> (дата звернення 07.08.2020).

9. База "Анализ рынков" Косметика и парфюмерия, средства гигиены. Парфюмерно-косметические товары. *PRO CONSULTING* : веб-сайт. URL: https://pro-consulting.ua/base/analiz-rynka-ukrainy?level1=kosmetika&level2=pkp&base-choose=1&search=&countries-radio=country-ua&time_from=0&time_to=0&last_select=6%3D&stat=1.

10. Гриценко С. І. Підвищення конкурентноспроможності підприємств та їх товарів на ринку парфюмерної та косметичної продукції. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2015. № 4. Т. 3. С. 80 - 83.

11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. МОЗ України. ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: МВС «Медінформ», 2018. 458 с.

12. Ткач В. Є. Ураження шкіри при внутрішній патології (клінічна лекція). *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. 2010. № 1-2. С. 154-159.

13. Концепція загальнодержавної цільової програми розвитку системи спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями шкіри та інфекціями, що передаються статевим шляхом, на період до 2020 року. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2016. № 1 (60). С. 7-13.

14. Лебединець В. О., Казакова І. С. Актуальні тенденції розвитку ринку косметичної продукції в Україні. Сучасні досягнення фармацевтичної технології і біотехнології : зб. наук. пр. Харків, 2017. С. 125–128. с. 125-128.

15. Strengthening people-centred health services delivery in the WHO European Region: concept note. World Health Organization, 2014. 19 p.

16. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Всемирная организация здравоохранения. Европейское регионального бюро ВОЗ, 2013. С. 8.

17. Демографічна ситуація у 2019 році. Державна служба статистики України, 2020. Експрес-випуск. 2 с. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/express/expr2020/02/18.pdf>. (дата звернення: 07.08.2020).

18. Розподіл постійного населення за окремими віковими групами та типом місцевості (осіб). Державна служба статистики України. Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи Національної Академії Наук України: веб-сайт. URL:

<http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/Quicktables/NEW/index.asp> (дата звернення: 07.08.2020).

19. Чистова Е. В. Подход к определению стадии демографического старения населения на региональном уровне. *Демографический потенциал стран ЕАЭС : VIII Уральский демографический форум. Том II. Екатеринбург : Институт экономики УрО РАН, 2017. С. 489 - 496.*

20. Палієнко О. А. Демографічна криза в Україні: шляхи її подолання. *Young Scientist*. 2017. № 9.1 (49.1). С. 133 –136.

21. Чепелевська Л. А., Рудницький О. П. Медико-демографічні проблеми в Україні та шляхи їх подолання. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3 (35). С. 39 – 43.

22. Шерстюк Н. С., Соколов А. В. Здоров'я населення України та його вплив на демографічну ситуацію. *Економіка та суспільство*. Електронне наукове фахове видання. 2016. № 6.

23. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2014. 440 с.

24. Кутасевич Я. Ф., Волкославська В. М. Стан ресурсів і діяльність дерматовенерологічної служби за 1998–2018 рр. в Україні. Нагальні задачі *Дерматологія та венерологія*. 2019. № 2 (84). С. 46-49.

25. Рак в Україні, 2016-2017. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 19 / за ред. Колесник О. О. Національний Інститут раку: Київ, 2018. 138 с.

26. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 6 квітня 2000 року № 1645-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>. (дата звернення: 07.08.2017).

27. Меланома и рак кожи: современные подходы к диагностике и лечению (по материалам 10-го Конгресса Европейской ассоциации дерматоонкологов) / М. Н. Кукушкина, и др. *Клиническая онкология*. 2014. № 2. С. 4-8. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/klinonk_2014_2_3.

28. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 6 квітня 2017 року № 2002-VIII. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 07.08.2017).

29. Голяченко Г. Б. Вартість медичної допомоги дітям з хронічними дерматозами. *Медична інформатика та інженерія*. 2015. № 2. С. 96 – 101.

30. Клинико-экономический анализ применения ингибиторов рецептора PD-1 и комбинаций ингибиторов BRAF и MEK для лечения метастатической меланомы с мутацией в гене BRAF V600 / Белоусов Д. Ю. и др. *Качественная клиническая практика*. 2018. № 2. С. 13-28. DOI : <https://doi.org/10.24411/2588-0519-2018-10041>.

31. Сравнительный анализ стоимости лекарственной терапии самых высокочастотных онкологических заболеваний в городе Москве / Полякова К. И. и др. *Злокачественные опухоли*. 2018. № 8 (2). С. 12-20. DOI : <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2018-8-2-12-20>.

32. Населення України за 2018 рік. Демографічний щорічник. Державна служба статистики України. Київ, 2019. 188 с.

33. Юдін М. А. Аналіз самовідношення пацієнтів косметологічного профілю із заниженою самооцінкою. *ScienceRise: Medical Science*. 2016. № 12 (8). С. 37-40. DOI: 10.15587/2519-4798.2016.86429.

34. Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам. Глобальное резюме для Всемирного дня здоровья 2012 г. Всемирная организация здравоохранения. 2012, 28 с.

35. Всемирный доклад о старении и здоровье. Всемирная организация здравоохранения. 2016, 316 с.
36. Мінцер О. П., Заліський В. М. Системна біологія старіння: моделювання молекулярних механізмів розвитку вікових захворювань. Концептуальний аналітичний огляд. *Медична інформатика та інженерія*. 2019. № 2. С. 4 -24.
37. Active ingredients against human epidermal aging / Lorencini M. at al. *Ageing Res Rev*. 2014. № 15. С. 100 –115. DOI: 10.1016/j.arr.2014.03.002.
38. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). URL: <https://mkb-10.com/> (дата звернення: 07.08.2017).
39. Шепитько В. И., Ерошенко Г. А., Лисаченко О. Д. Возрастные аспекты строения кожи лица человека. *Світ медицини та біології*. 2013. № 3 (40). С. 91-97.
40. Махнева Н. В. Клеточные и гуморальные компоненты иммунной системы кожи. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016. № 19 (1). С. 12-17. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-1-12-17.
41. Возрастные изменения структурно-функциональных показателей кожи / Золотенкова Г. В. И др. *Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта*. 2014. Вып. 1. С. 132 -139.
42. Aesthetic aspects of skin aging, prevention, and local treatment / Zouboulis C. C. et al. *Clin Dermatol*. 2019. № 37 (4). С. 365-372. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2019.04.002.
43. Clinical Implications of Aging Skin / Farage, M. A. et al. *Am J Clin Dermatol*. 2009. № 10. С. 73–86. DOI: <https://doi.org/10.2165/00128071-200910020-00001>.
44. Верещака В. В. Зовнішні ознаки вікових змін лиця як маркер дегенеративних змін колагену. *Фізіол. журн*. 2013, Т. 59. № 1. С. 97 – 109.
45. The Anatomical Basis for Wrinkles / Pessa J. E. et al. *Aesthetic Surgery Journal*. 2014. Vol. 34 (2). С. 227–234. DOI: 10.1177/1090820X13517896 www.aestheticsurgeryjournal.com.

46. Основы практической косметологии: учебное пособие для студентов / В. П. Федотов и др. Запорожье: «Просвіта», 2016. 312 с.

47. Глебова Є. Є., Горачук В. В. Патологічні та вікові зміни шкіри: медико-економічні, соціальні та психологічні аспекти проблеми. *Здоров'я суспільства*. 2018. № 5-6. С. 209-211.

48. Последствия ультрафиолетового (УФ) излучения для здоровья. Всемирная организация здравоохранения. URL: https://www.who.int/uv/health/uv_health2/ru/ (дата звернення: 17.08.2018).

49. Патологические и молекулярные механизмы резорбции белков внеклеточного матрикса при старении кожи и пути их восстановления / Горкун А. А. и др. *Патологическая физиология и экспериментальная терапия*. 2016. Т. 60. № 4. С. 128-133.

50. Tobacco smoke-induced skin pigmentation is mediated by the aryl hydrocarbon receptor / Nakamura M. et al. *Exp Dermatol*. 2013. № 22. P. 556–558.

51. Role of the aryl hydrocarbon receptor in tobacco smoke extract induced-matrix metalloproteinase-1 expression / Ono Y. et al. *Exp Dermatol*. 2013. № 22. P. 349–353.

52. Facial Changes Caused by Smoking: A Comparison between Smoking and Nonsmoking Identical Twins / Okada H. C. et al. *Plastic and Reconstructive Surgery*. November 2013. P. 1085-1092/ DOI: 10.1097/PRS.0b013e3182a4c20a/.

53. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO, 2015. 70 p.

54. Пашков К. А., Бетехтин М. С. Европейские дерматовенерологические школы XIX — начала XX века и их роль в становлении отечественной дерматовенерологии. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2013. № 4 Электронный: 1995-0020.

55. Фейса С. В., Чопей І. В. Стан шкіри у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та супутнім гіпотиреозом: погляд сімейного лікаря. *Семейная медицина*. 2017. № 5 (73). С. 53 - 56.

56. Черникова Л. И., Гончарова И. Н. Дерматологические проявления патологии эндокринной системы. *Актуальні проблеми дерматології, венерології та ВІЛ/СНІД-інфекції: матеріали науково-практичної конференції (з міжнародною участю), присвяченої 155-річчю професору М. В. Тіпцева, Харків, 18 листопада 2015 р. Харків : С.А.М., 2015. С. 115 - 122.*

57. Вавилова А. А., Губанова Е. И., Гладько В. В. Гликационный стресс и фотостарение кожи. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2017. № 20 (4). С. 242-248. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2017-20-4-243-248>.

58. Акне как междисциплинарная проблема / А. В. Новоселов и др. *Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева*. 2017. № 4 (1). С. 29 - 35. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2017-4-1-29-35>.

59. Клинико-гормональные варианты синдрома гиперандрогении / Никонова Л. В. и др. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2018. Том 16, № 5. С. 542-548. doi: 10.25298/2221-8785-2018-16-5-542-548.

60. Кармалькова, Е. А., Третьякова Т. В., Белевич В. Н. Лицо человека. *Военная медицина*. 2012. № 4. С. 33 - 38.

61. Анатомія людини. Курс лекцій / Костиленко Ю. П., Старченко І. І., Прилуцький О. К., Гринь В. Г. : навч. пос. для студ. стомат. фак. вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації. Полтава, 2015. 188 с.

62. Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. В. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008 – 2018 роки: довідникове видання. Кропивницький, 2018. 211 с.

63. Кононова О. В. Сучасний стан лікування карієсу та його ускладнень у населення України. *Гігієна населених місць*. 2014. № 64. С. 336 – 342.

64. Смірнова І. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку: дис. ... канд. мед. наук / 14.02.03. Запоріжжя, 2016. 197 с.

65. Взаимосвязь постурального дисбаланса в шейном отделе позвоночника с параметрами лицевого скелета у пациентов с дистальной окклюзией / Карпова В. С. и др. *Ортодонтия*. 2013. № 4. С. 9.

66. Измерение показателей и постановка целевых ориентиров в области благополучия: инициатива Европейского регионального бюро ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения, 2013. 22 с.

67. The European health report 2012 : charting the way to well-being. World Health Organization, 2013. 190 p.

68. Цели тысячелетия в области развития (ЦТР). Информационный бюллетень ВОЗ. 2015. № 290. URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/ru/> (дата звернення: 07.08.2017).

69. Стратегия в поддержку здоровья и благополучия мужчин в Европейском регионе ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения, 2017. 30 с.

70. Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage. WHO Regional Office for Europe. 2020. P. 7-27.

71. Шутаєва О. О. Деякі підходи до оцінки якості життя населення з позиції концепції добробуту. *Економіка: теорія та практика*. 2014. № 1. С. 66 -71.

72. Цілі Сталого Розвитку: Україна. Національна доповідь 2017. Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, 2017. С. 24-31.

73. Павлова Ю. О. Структура якості життя населення. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2015. № 5 (49). С. 90 - 94. [dx.doi.org/10.15391/sns.v.2015-5.015](https://doi.org/10.15391/sns.v.2015-5.015).

74. Огнев В. А. Методологические основы изучения качества жизни. *Social pharmacy in health care*. 2015. Vol. 1, № 2. С. 27 – 33.

75. Резніченко Н. Ю. Досвід застосування профілактичних курсів Краталу та Кверцетину з метою корекції вікових змін шкірних покривів і загального стану організму. *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. 2014. № 1 – 4. С. 199 – 205.

76. Влияние течения хронических дерматозов на качество жизни пациентов / А. Н. Беловол и др. *Дерматологія та венерологія*. 2012. № 2 (56). С. 27 - 34.

77. Шевченко С. І. Захворювання шкіри: психосоматичний аспект. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2013. Вип. 19. С. 191 - 198.

78. Ольшевская Н. С. Особенности качества жизни больных диспластическими невусами и злокачественной меланомой кожи. *Медицина психологія*. 2013. № 4. С. 20 - 23.

79. Татузян Е. Г., Беловол А. Н., Ткаченко С. Г. Рациональная терапия возрастных изменений кожи лица. *Дерматологія та венерологія*. 2014. № 4 (66). С. 100 - 108.

80. Болотная Л. А., Нарожная М. В. Себоррейный дерматит: современные представления о патогенезе. *Международный медицинский журнал*. 2015. № 1. С. 96 - 99.

81. Лопандина А. А. Псориаз и психоэмоциональные расстройства. *Дерматологія та венерологія*. 2016. № 4 (74) С. 11-19.

82. Федоренко А. Е., Сулик Я. О. Психический статус больных хроническими дерматозами и его влияние на социальную ситуацию. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2016. № 1 (60). С. 113.

83. Шенберг В. Г., Снарская Е. С., Дороженков И. Ю. Красный плоский лишай и психосоматические расстройства. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016. № 19 (2). С. 125.

84. Баринова А.Н. Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина вульгарных угрей. Современный взгляд на проблему. *Российский семейный врач*. 2018. Т. 22. № 3. С. 14 – 22. DOI : 10.17816/RFD2018314-22.

85. Туати Х., Тищенко А. Л., Горский В. С. Фармакотерапия акне: обзор современных средств терапии. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018. № 17 (2). С. 11 - 16. DOI:10.17116/klinderma201817211-16.

86. Hazarika N., Rajaprabha R. K. Assessment of Life Quality Index Among Patients with Acne Vulgaris in a Suburban Population. *Indian J Dermatol*. 2016. № 61 (2). P. 163 – 168. DOI: 10.4103/0019-5154.177758.

87. Hosthota A., Bondade S., Basavaraja V. Impact of acne vulgaris on quality of life and self-esteem. *Cutis*. 2016/ № 98 (2). P. 121-124.

88. Герасимова Т. В., Гопчук О. М. Корекція гіперандрогенних порушень у жінок із синдромом полікістозних яєчників. *Здоровье женщины*. 2015. № 6 (102). С. 137 - 140.

89. Гунченко, Л. В., Степаненко В. І. Сучасні підходи до комплексного лікування розацеа і демодекозу з урахуванням етіопатогенетичних чинників. Огляд літератури та перспективні новітні вітчизняні лікувально-профілактичні засоби місцевої дії. *Український журнал дерматології венерології косметології*. 2016. № 3. С.49 - 60.

90. Чупров А. Д., Мальгина Е. К. Современные аспекты этиопатогенетического лечения офтальмодемодекоза (обзор литературы). *Офтальмология*. 2018. № 15 (2S). С. 281–285. DOI: <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2018-2S-281-285>

91. Резніченко Н. Ю. Хронічні алергійні захворювання шкіри: сучасні підходи до діагностики та лікування. *Семейная медицина*. 2015. № 2 (58). С. 134-141.

92. Досвід використання дерматоскопії для обстеження пацієнтів з новоутвореннями шкіри / В. Є. Ткач та ін. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2016. № 1 (60). С. 113.

93. Круглова Л. С. Витилиго: современные взгляды на этиологию, патогенез и методы терапии. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016. № 19 (4). С. 241-244. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-4-241-244.

94. Плоские бородавки: особенности и возможности терапии / Е. И. Юнусова и др. *Лечащий Врач*. 2016. № 05. С. 52 - 54.

95. Шелемба Е. И., Цепколенко В. А. Обзор современных теорий этиологии и патогенеза гипермеланозов кожи лица в аспекте методов лечения данных

состояний. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2017. № 2 (65). С. 112 - 117.

96. Глєбова Є. Є., Горачук В. В. Якість життя, пов'язана з хворобами шкіри, як медико-соціальна проблема. *Збірник наукових праць НМАПО імені П. Л. Шупика*. Випуск 27. 2017. С. 201-208.

97. Scholz A., Holubar K., Burg G. Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie. Wiley-VCH, 2009. 746 p.

98. Дрибноход Ю. Ю. Косметология. Изд. 2-е, доп. и испр. Ростов н/Д: Феникс, 2019. С. 23.

99. Dubertret L. Dermatology in France. *Arch Dermatol*. 1992. № 128 (11). P. 1507-1508. DOI:10.1001/archderm.1992.01680210085013/.

100. Беловол А. Н., Ткаченко С. Г. Медицинская косметология : учеб. пособие в 4 ч. Харьков : ХНМУ, 2011. Ч. 1. 48 с.

101. Державні санітарні правила і норми безпеки продукції парфумерно-косметичної промисловості: Постанова Головного державного санітарного лікаря України від 01 липня 1999 року № 27. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0027588-99>. (дата звернення: 07.08.2017).

102. Hamarneh S. K., Sonnedecker G. A pharmaceutical view of Abulcasis a-Zahrāwī in Moorish Spain with special reference to the "Adhān". Leiden Brill, 1963. 176 p.

103. Історія косметології і ароматології / під заг. кер. О. І. Панасенко. Навч. пос. Запоріжжя, 2014. 119 с.

104. История медицины: с древнейших времен до современности / сост. Р. З. Симонян. Чебоксары : Издательский дом «Среда», 2020. 224 с.

105. Виробництво окремих видів промислової продукції. Державна служба статистики України. Експрес-випуск. 2019, с. 6.

106. Мировой рынок косметической продукции и средств личной гигиены: цифры и основные тенденции. *Фармацевтическая отрасль*. 2019. № 4 (75) С. 22 - 34.

107. World Preview 2018, Outlook to 2024. EvaluatePharma. 11th Edition – June 2018. 47 p.

108. Нашиванько О. В. Названия направлений косметологии и их определения. Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Мовознавство». № 11. 2010. Вип. 16. С. 231-239.

109. Аппаратная косметология: учебное пособие / Федотов В. П., Корецкая Е. Ю., Макурина Г. И., Турчина И. П. Запорожье: «Просвіта», 2013. 312 с.

110. What is mesotherapy? Recommendations from an international consensus / Mammucari M. et al. *Trends Med.* 2014. Vol.14. P.1-10. DOI: 10.13140/2.1.3268.8640/.

111. Tedeschi A., Lacarrubba F., Micali G. Mesotherapy with an Intradermal Hyaluronic Acid Formulation for Skin Rejuvenation: An Inpatient, Placebo-Controlled, Long-Term Trial Using High-Frequency Ultrasound. *Aesthetic Plast Surg.* 2015. Vol. 39 (1). P. 129-133. DOI: 10.1007/s00266-014-0432-1.

112. Хімейчук Л. О., Сенишин Н. Ю., Буянова І. О. Сучасна косметологія як галузь медицини. *Галицький лікарський вісник.* 2014, Т. 21. № 1. С. 73 - 75.

113. Біловол А. М., Ткаченко С. Г., Татузян Є. Г. Фізіотерапія в косметології : навч. посібник. Харків : ХНМУ, 2017. 116 с.

114. Chuang G. S., Alfaresi F. Regional Dermabrasion of Nasal Surgical Scars and Rhinophyma Using Electrocautery Scratch Pads. *Dermatol Surg.* 2018. № 44 (2). P. 300-302. DOI: 10.1097/DSS.0000000000001196/.

115. Kaygin M. A., Umit H. Evaluation of liquid or foam sclerotherapy in small varicose veins (ceap c1) with venous clinical severity score. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2018. Vol. 64 (12). P. 1117-1121. DOI: 10.1590/1806-9282.64.12.1117.

116. Экспериментальная модель криодеструкции кожи / Г. А. Ковалев и др. *Проблеми кріобіології і кріомедицини.* 2019. Том/volume 29, №/issue 1. С. 88 - 89. DOI: 10.15587/2519-4798.2018.137745.

117. Застосування комбінованого методу у лікуванні новоутворень шкіри / К. І. Кравець, та ін. *ScienceRise: Medical Science.* 2018. № 5 (25). С. 23 - 30.

118. Ахтямов С. Н. Электро- и радиохирургические методы в дерматологии и косметологии. Москва, 2014. С. 3-7.

119. Husain Z., Alster T. S. The role of lasers and intense pulsed light technology in dermatology. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016. Vol. 9. P. 29 – 40.

120. Global cosmetic surgery and service market report 2015-2019. *Cision* : веб-сайт. URL: <https://www.prnewswire.com/in/news-releases/global-cosmetic-surgery-and-service-market-report-2015-2019-295910681.html> (дата звернення 07.08.2020).

121. Cosmetic surgery national data bank statistics. *The American Society for Aesthetic Plastic Surgery*, 2016. 29 p.

122. Aesthetic lasers market analysis by application and segment forecasts to 2024. *Cision* : веб-сайт. URL: <https://www.prnewswire.com/news-releases/aesthetic-lasers-market-analysis-by-application-and-segment-forecasts-to-2024-300332306.html> (дата звернення 07.08.2020).

123. Cosmetic surgery. *Marketresearch.com*: веб-сайт. URL: <https://www.marketresearch.com/Key-Note-Publications-Ltd-v1458/Cosmetic-Surgery-9457399/> (дата звернення 07.08.2020).

124. New plastic surgery statistics reveal focus on face and fat. (1 March 2017). *American Society of Plastic Surgeons*, URL: <https://www.plasticsurgery.org/news/press-releases/new-plastic-surgery-statistics-reveal-focus-on-face-and-fat> (дата звернення 07.08.2020).

125. United Kingdom Cosmetic Surgery Statistics. Medical Non-Surgical and Surgical Procedures. *British Association of Aesthetic Plastic Surgeons (BAAPS)* URL: <https://www.consultingroom.com/Services/Cosmetic-Surgery-Stats/Medical+Non-Surgical+and+Surgical+Procedures> (дата звернення 10.08.2020).

126. Hartmann D., Ruzicka Th., Gauglitz G. G. Complications associated with cutaneous aesthetic procedures. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015. № 13 (8). P. 778-7 86. doi: 10.1111/ddg.12757.

127. Gauglitz G. G., Podda M. Therapeutic approaches for the treatment of facial aging. *Hautarzt*, 2015. № 66 (10). P. 738-743. doi: 10.1007/s00105-015-3688-8.

128. Kim Y. S., Hong E. S., Kim H. S. Botulinum Toxin in the Field of Dermatology: Novel Indications. *Toxins (Basel)*. 2017. № 9 (12): 403. DOI: 10.3390/toxins9120403.
129. Bagus Komang Satriyasa. Botulinum toxin (Botox) A for reducing the appearance of facial wrinkles: a literature review of clinical use and pharmacological aspect. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019. № 12. P. 223–228.
130. Brown M. Preventing, identifying, and managing cosmetic procedure complications, part 1: soft-tissue augmentation and botulinum toxin injections. *Cutis*. 2016. № 97 (6). P. E28-E29.
131. Sorensen E. P., Urman Ch. Cosmetic complications: rare and serious events following botulinum toxin and soft tissue filler administration. *J Drugs Dermatol*. 2015. № 14(5). P. 486-491.
132. Rare Complication of Botox Injection: A Case Report / A. Rouientan et al. *World J Plast Surg*. 2019. № 8 (1). P. 116–119. doi: 10.29252/wjps.8.1.116.
133. Аспекти фармакодинаміки та клінічної фармакології гіалуронової кислоти / Г. В. Зайченко, та ін. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017. № 1 (135). С. 34-42.
134. Karthik R, Mohan N. Dermal Fillers. *International Journal of Oral Health Dentistry*. 2017. № 3 (1). P. 6-9. DOI: 10.18231/2395-499X .2017.0002.
135. Funt D., Pavicic T. Dermal fillers in aesthetics: an overview of adverse events and treatment approaches. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2013. № 6. P. 295–316. DOI:10.2147/CCID.S50546.
136. Treatment of Soft Tissue Filler Complications: Expert Consensus Recommendations / F. Urdiales-Gálvez et al. *Aesthetic Plast Surg*. 2018. № 42 (2). P. 498-510. DOI: 10.1007/s00266-017-1063-0.
137. Adverse reactions to injectable soft tissue fillers: memorable cases and their clinico-pathological overview / Soo-Keun Lee et al. *J Cosmet Laser Ther*. 2015. № 17 (2). P. 102-108. DOI:10.3109/14764172.2014.968584.
138. Ferneini E. M, Ferneini A. M. An Overview of Vascular Adverse Events Associated With Facial Soft Tissue Fillers: Recognition, Prevention, and Treatment. *J*

Oral Maxillofac Surg. 2016. № 74 (8). P. 1630-1636. DOI: 10.1016/j.joms.2016.03.009.

139. De Boulle K., Heydenrych I. Patient factors influencing dermal filler complications: prevention, assessment, and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2015. Vol. 8. P. 205–214. DOI: 10.2147/CCID.S80446.

140. Bitterman-Deutsch O., Kogan L., Nasser F. Delayed immune mediated adverse effects to hyaluronic Acid fillers: report of five cases and review of the literature. *Dermatol Reports.* 2015. Vol. 7 (1). P. 5851. DOI: 10.4081/dr.2015.5851.

141. Botulinum Toxin Application in Facial Esthetics and Recent Treatment Indications (2013-2018) / V. Kattimani et al. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2019. Vol. 9 (2). P. 99–105. DOI: 10.4103/jispcd.JISPCD_430_18.

142. Soleymani T., Lanoue J., Rahman Z. A Practical Approach to Chemical Peels A Review of Fundamentals and Step-by-step Algorithmic Protocol for Treatment. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2018. Vol. 11 (8). P. 21–28.

143. Kubiak M., Mucha P., Rotsztejn H. Comparative Study of 15% Trichloroacetic Acid Peel Combined With 70% Glycolic Acid and 35% Trichloroacetic Acid Peel for the Treatment of Photodamaged Facial Skin in Aging Women. *J Cosmet Dermatol.* 2020. Vol. 19. P. 137–146. <https://doi.org/10.1111/jocd.13171>.

144. Kontochristopoulos G., Platsidaki E. Chemical peels in active acne and acne scars. *Clin Dermatol.* 2017. Vol. 35 (2). P. 179-182. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2016.10.011.

145. Khunger N. Standard Guidelines of Care for Chemical Peels. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology.* 2008. Vol. 74. P. S5-S12. <http://www.journalonweb.com/>.

146. Assessing the Safety of Superficial Chemical Peels in Darker Skin: A Retrospective Study / Sh. Vemula et al. *J Am Acad Dermatol.* 2018. Vol. 79 (3). P. 508-513.e2. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.02.064.

147. Lee J. C., Daniels M. A., Roth M. Z. Mesotherapy, Microneedling, and Chemical Peels. *Clin Plast Surg.* 2016. Vol. 43 (3). P. 583-95. DOI: 10.1016/j.cps.2016.03.004.

148. Review in Peeling Complications / I. M. C. Costa et al. *Journal of Cosmetic Dermatology*. 2017. Vol. 16 (3). DOI: 10.1111/jocd.12329.
149. Prohaska J.; Badri T. Laser Complications. *StatPearls Publishing*. 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532248/> (дата звернення 10.08.2020).
150. Assessment of Laser Effects on Skin Rejuvenation / H. H. Beigvand et al. *J Lasers Med Sci*. 2020. Vol. 11 (2). P. 212–219. DOI: 10.34172/jlms.2020.35.
151. Nicolette Nadene Houreld. The Use of Lasers and Light Sources in Skin Rejuvenation. *Clin Dermatol*. 2019. Vol. 37 (4). P. 358-364. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2019.04.008.
152. Aslam A., Alster T. S. Evolution of Laser Skin Resurfacing: From Scanning to Fractional Technology. *Dermatol Surg*. 2014. Vol. 40 (11). P. 1163-1172. DOI: 10.1097/01.DSS.0000452648.22012.a0.
153. Clinical Outcomes and Complications Associated With Fractional Lasers: A Review of 730 Patients / Steven R Cohen et al. *Aesthetic Plast Surg*. 2017. Vol. 41(1). P. 171-178. DOI: 10.1007/s00266-016-0767-x.
154. Samadi P., Sheykhasan M., Khoshinani H. M. The Use of Platelet-Rich Plasma in Aesthetic and Regenerative Medicine: A Comprehensive Review *Aesthetic Plast Surg*. 2019. Vol. 43 (3). P. 803-814. DOI: 10.1007/s00266-018-1293-9.
155. Ulusal B. G. Platelet-rich Plasma and Hyaluronic Acid - An Efficient Biostimulation Method for Face Rejuvenation. *J Cosmet Dermatol*. 2017. Vol. 16 (1). P. 112-119. DOI: 10.1111/jocd.12271. DOI: 10.1111/jocd.12271.
156. A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Platelet-Rich Plasma (PRP) for Skin Aging / A. L. Maisel-Campbell et al. *Arch Dermatol Res*. 2020. Vol. 312 (5). P. 301-315. DOI: 10.1007/s00403-019-01999-6.
157. The effects of platelet-rich plasma on recovery time and aesthetic outcome in facial rejuvenation: preliminary retrospective observations / Willemsen J. C. N. et al. *Aesthetic Plast Surg*. 2014. Vol. 38 (5). P. 1057-1063. DOI: 10.1007/s00266-014-0361-z.

158. Effect of Platelet-Rich Plasma Injection for Rejuvenation of Photoaged Facial Skin: A Randomized Clinical Trial / Murad A. et al. *JAMA Dermatol.* 2018. Vol. 154 (12). P. 1447–1452. DOI: 10.1001/jamadermatol.2018.3977.

159. The Effect of Platelet-Rich Plasma Injection in the Treatment of Androgenetic Alopecia / M. Bayat et al. *J Cosmet Dermatol.* 2019. Vol. 18 (6). P. 1624-1628. DOI: 10.1111/jocd.12907.

160. Platelet Rich Plasma: New Insights for Cutaneous Wound Healing Management / D. Chicharro-Alcántara et al. *J Funct Biomater.* 2018. Vol. 9 (1). P. 1-10. DOI: 10.3390/jfb9010010.

161. Platelet-rich Plasma for Skin Rejuvenation and Treatment of Actinic Elastosis in the Lower Eyelid Area / Matthias Aust et al. *Cureus.* 2018. № 10 (7). P. e2999. DOI: 10.7759/cureus.2999.

162. Badran K. W., Nabili V. Lasers, Microneedling, and Platelet-Rich Plasma for Skin Rejuvenation and Repair. *Facial Plast Surg Clin.* 2018. № 26 (4). P. 455-468. DOI: 10.1016/j.fsc.2018.06.007.

163. Степаненко В. І., Короленко В. В. Структура організації надання дерматологічної та венерологічної допомоги у провідних країнах світу в аспекті перспектив реформування дерматовенерологічної служби в Україні. *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* 2012. № 1 (44). С. 10-18.

164. Короленко В. І., Степаненко В. В. Порівняльні аспекти організації дерматологічної та венерологічної служби в провідних країнах Західної Європи та США. *Український науково-медичний молодіжний журнал.* 2011. № 2. С. 15-19.

165. Barat A., Goldacre M. J., Lambert T. W. Career Choices and Career Progression of Junior Doctors in Dermatology: Surveys of UK Medical Graduates. *Dermatol Res Pract.* 2018. Article ID 2092039, 10 pages. <https://doi.org/10.1155/2018/2092039>.

166. Transforming elective care services dermatology. Elective Care Transformation Programme. 2019. 46 p.

167. Abdelrahman W. A career in dermatology. *BMJ*. 2017. P. 359:j5261
DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.j5261>.

168. Glazer A. M., Rigel D. S. Analysis of Trends in Geographic Distribution of US Dermatology Workforce Density. *JAMA Dermatology*. 2017. Vol. 153. № 5. P. 472-473. DOI: 10.1001/jamadermatol.2016.6032.

169. Public perception of dermatologists in France: results from a population based national survey / M.-A. Richard et al. *JEADV*. 2019. Vol. 33, Issue8. P. 1610-1615. DOI: 10.1111/jdv.15541.

170. Glebova Eugene E., Horachuk Viktoriia V., Verba Eugene A. Organization of dermatovenerologic medical care: domestic realities and world practice (review of literature). *Wiadomosci Lekarskie*. TOM LXXII, 2019, Nr11-2187-91.

171. Короленко В. В., Грузєва Т. С. Трансформація дерматовенерологічної служби України в процесі реформування сфери охорони здоров'я. *Вісник проблем біології і медицини*. Вип. 2 (156). 2020. С. 315-318. DOI:10.29254/2077-4214-2020-2-156-315-318.

172. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів. Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperervnogo-profesijnogo-rozvitku-likariv> (дата звернення 22.08.2020).

173. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України (редакція від 03.07.2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 22.08.2020).

174. Волкославська В. М. Стан та основні організаційні задачі дерматовенерологічної служби на сучасному етапі в Україні. *Дерматологія та венерологія*. № 2 (68). 2015. С. 87-93.

175. Волкославская В. Н., Гутнев А. Л. Состояние дерматовенерологической помощи населению на современном этапе в Украине. *Научные труды первой научно-практической международной конференции Ассоциации дерматовенерологов Армении «Ереванские*

дерматовенерологические чтения». Научно-медицинский журнал (Scientific medical journal). 2015. № 10. С. 84-85.

176. Волкославська В. М. Про динаміку деяких показників шкірно-дерматологічної допомоги в Україні. *Дерматологія та венерологія*. 2016. № 3 (73). С. 61–66.

177. Кутасевич Я. Ф., Волкославська В. М. Стан ресурсів і діяльність дерматовенерологічної служби за 1998–2018 рр. в Україні. Нагальні задачі. *Дерматологія та венерологія*. 2019. № 2 (84). С. 47. DOI: 10.33743/2308-1066-2019-2-46-49.

178. Статистичні дані. ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» : веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html> (дата звернення: 22.08.2020).

179. Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України : наказ МОЗ України від 07.06.2004 № 286. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/card/v0286282-04> (дата звернення 16.08.2020).

180. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). URL: <https://mkb-10.com/> (дата звернення: 22.08.2020).

181. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти : постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 (в редакції від 1 лютого 2014 р.): URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-п> (дата звернення 16.08.2020).

182. Про заходи по поліпшенню косметологічної допомоги населенню : приказ МЗ СССР от 28.12.1982 N 1290. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1290400-82> (дата звернення 16.08.2020).

183. Батченко Л. В., Шевченко О. Б. Стан кадрів в медичній галузі: проблемний стан. *Менеджер*. № 4 (73). 2016. С. 18-24.

184. Короленко В. В., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К., 2018. С. 61-76.

185. Статистичні довідники. ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»: веб-сайт. URL: http://medstat.gov.ua/ukr/statdov_r.html (дата звернення: 22.08.2020).

186. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02> (дата звернення 16.08.2020).

187. Глебова Є. Є., Горачук В. В. Правові питання кадрового забезпечення медичної допомоги жінкам з патологічними та віковими змінами шкіри обличчя. Тези у матеріалах всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд» 29 листопада 2018 року, Україна, Київ.

188. Горачук В. В., Глебова Є. Є. Кадрові питання в організації надання лікувально-діагностичних і косметологічних послуг жінкам з патологічними та віковими змінами шкіри обличчя. *Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні: матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, 24-25 травня 2017 р, Ужгород. Україна. Здоров'я нації*: Київ: «СПД ФО «Коломіцин В. Ю.». С. 80-83.

189. Dermatovenereology/Curriculum. European Union of medical specialists. Training Requirements for the Specialty of Dermatology and Venereology. European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training. 36 p.

190. Gollnick H.P.M., Czarnecka-Operacz M., Arenberger P. Training requirements and recommendation for the specialty of dermatology and venereology European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2019. Vol. 33 (S4). P. 3-25. DOI: 10.1111/jdv.15670.

191. Зміни № 8 ДК 003:2010 «Класифікатор професій»: Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі від 15.02.2019 № 259. Київ, Мінсоцполітики. 2019. 10 с. URL: https://www.msp.gov.ua/files/norm_baza/zminy_8.pdf. (дата звернення 16.08.2020).

192. LaRue H., Shull S. UW Health. Botulinum Toxin – Adult/Pediatric – Ambulatory Clinical Practice Guideline. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. 2017, 28 p. URL: <https://www.uwhealth.org/cckm/cpg/medications/Botulinum-Toxin---Adult.Pediatric--Ambulatory-17.01.20.pdf>. (дата звернення 16.08.2020).

193. Dionyssiou D., Demiri E., Lazaridou E. Wrinkles. *BMJ best practice*. URL: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/859> (дата звернення 16.08.2020).

194. ANSI Z136 Standards. Guidelines for Implementing a Safe Laser Program. URL: <https://www.lia.org/resources/laser-safety-information/laser-safety-standards/ansi-z136-standards/z136-3> (дата звернення 16.08.2020).

195. Bargman H. Laser Safety Guidelines. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2010. Vol. 3 (5). P. 18–19. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922714/>. (дата звернення 16.08.2020).

196. Lasers for Medical Applications. Diagnostics, Therapy and Surgery. Woodhead Publishing Series in Electronic and Optical Materials. 2013, P. 725-759.

197. The role of fillers in aesthetic medicine: medico-legal aspects / E. Marinelli et al. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2016. Vol. 20. P. 4628-4634.

198. Effectiveness and Safety of Hyaluronic Acid Gel With Lidocaine for the Treatment of Nasolabial Folds: A Systematic Review and Meta-analysis / C. Wang et al. *Aesthetic Plast Surg*. 2018 Aug;42(4):1104-1110. DOI: 10.1007/s00266-018-1149-3.

199. Effectiveness of Low Doses of Hyaluronidase to Remove Hyaluronic Acid Filler Nodules: a Randomized Clinical Trial / C. Wang et al. *JAMA dermatology*. 2018. Vol. 154 (7). P. 765-772. DOI: 10.1007/s00266-018-1149-3.

200. Interventions for acne scars / A. Hay et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. Issue 4. Art. No.: CD011946. DOI: 10.1002/14651858.CD011946.pub2.

201. Preventing the Complications Associated with the Use of Dermal Fillers in Facial Aesthetic Procedures: An Expert Group Consensus Report / F. Urdiales-

Gálvez, et al. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2017. Vol. 41, P. 667–677. DOI: 10.1007/s00266-017-0798-y.

202. Sunlight exposure: risks and benefits (NG34) NICE guideline Published: 9 February 2016. URL: www.nice.org.uk/guidance/ng34 (дата звернення 16.08.2020).

203. Clinical Guidelines. The British Association of Dermatologists. URL: <https://www.bad.org.uk/healthcare-professionals/clinical-standards/clinical-guidelines#collapse260> (дата звернення 16.08.2020).

204. Галузеві стандарти та клінічні настанови. *Державний експертний центр МОЗ України* : веб-сайт. URL: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi /(дата звернення 16.08.2020).

205. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання : наказ МОЗ України від 08.05.2009 зі змінами, внесеними наказом від 04.07.2016 № 670. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/en/v0312282-09> (дата звернення 16.08.2020).

206. Байцар Р. І., Кордіяка Ю. М. Актуальні проблеми та перспективи розвитку косметичної галузі. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка". Автоматика, вимірювання та керування*. 2015. № 821. С. 44-49.

207. Кордіяка С. М. Вдосконалення нормативно-технічного забезпечення випробувань та якості косметичних засобів : дис. ... канд. техн. наук : 05.01.02 / Львів, 2016. С. 22-26.

208. ДСанПіН 2.2.9.027-99. Санітарні правила і норми безпеки продукції парфумерно-косметичної промисловості: Постанова Головного державного санітарного лікаря України від 01.07.1999 № 27. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ8522.html (дата звернення 16.08.2020).

209. Регламент (ЕС) № 1223/2009 Cosmetic product safety report. *Official Journal of the European Union*. 2009. P. L 342/59-L 342/209. URL: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:342:0059:0209:en:PDF> (дата звернення 16.08.2020).

210. Проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Технічного регламенту на косметичну продукцію». *МОЗ України* : веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/article/public-discussions-archive/proekt-postanovi-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-zatverdzhennja-tehnichnogo-reglamentu-na-kosmetichnu-produkciu> (дата звернення 16.08.2020).

211. Котов А., Суворова І., Тимченко О. Обіг косметичної продукції в Україні: перспективи змін у законодавстві. *Аптека. On line. Ua.* № 15/16 (1236/1237) 27 Квітня 2020 р.

212. Analysis of the new Medical Devices Regulation (MDR) and In vitro diagnostic Medical Devices Regulation (IVDR) draft texts. European Hospital and Healthcare Federation. 2016. 10 p. URL: http://www.hope.be/wp-content/uploads/2017/01/104_2017_HOPE-ANALYSIS_Analysis-MDR-and-IVDR-draft-texts.pdf. (дата звернення 16.08.2020).

213. MDCG 2019-11 October 2019. Guidance on Qualification and Classification of Software in Regulation (EU) 2017/745 – MDR and Regulation (EU) 2017/746 – IVDR. Medical Device. Medical Device Coordination Group Document. URL: <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/37581> (дата звернення 16.08.2020).

214. Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів : Постанова Кабінету Міністрів України від 02 жовтня 2013 р. № 753 із змінами, внесеними Постановою Кабінету Міністрів України від 06 травня 2020 р. № 347. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/753-2013-%D0%BF> (дата звернення 16.08.2020).

215. Про затвердження Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують : Постанова Кабінету Міністрів України від 2 жовтня 2013 р. № 755. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-%D0%BF> (дата звернення 16.08.2020).

216. Звіт про підсумки діяльності Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками у 2019 році. URL: https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/17-civik-2018/zvit_2019/zvit-2019-liki.pdf (дата звернення 16.08.2020).

217. Про лікарські засоби : Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 16.08.2020).
218. Державний реєстр лікарських засобів України. Інформаційний фонд. URL: <http://www.drlz.com.ua/> (дата звернення 16.08.2020).
219. Мокін Б. І., Мокін О. Б. Методика та організація наукових досліджень : навчальний посібник. Вінниця : ВНТУ, 2014. С. 20-30.
220. Причепій Є. М., Черній А. М., Чекаль Л. А. Філософія: підручник. 4 вид., випр. К.: Академвидав, 2015. 592 с.
221. Паспорт спеціальності 14.02.03 - соціальна медицина : Постанова президії ВАК України 09.04.2003 N 18-09/4 URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v09_4330-03 (дата звернення 16.08.2020).
222. Рассоха І. М. Конспект лекцій з навчальної дисципліни «Методологія та організація наукових досліджень». Харк. нац. акад. міськ. госп-ва. Х.: ХНАМГ, 2011. 76 с.
223. Аналіз результатів медичних досліджень у пакеті EZR (R–statistics). Посібник з біостатистики. / Гур'янов В. Г. та ін. : Навчальний посібник. К. : Вістка, 2018. С. 22-31.
224. Dermatology Quality of Life Index (DLQI) - other languages. School of Medicine. *Cardiff university* : веб-сайт. URL: <https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index> (дата звернення 16.08.2020).
225. Середня заробітна плата штатних працівників за видами економічної діяльності. *Головне управління статистики у м. Києві* : веб-сайт. URL: <http://kiev.ukrstat.gov.ua/p.php3?c=3586&lang=1> (дата звернення 16.09.2018).
226. Глебова Є. Є., Горачук В. В. Фактори ризику передчасного старіння шкіри (результати соціологічного дослідження). *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика*. Випуск 32, 2018, с. 353-361.
227. Глебова Є. Є. Якість життя жінок з віковими змінами шкіри. *Здоров'я суспільства*. 2019.Т. 8, № 5-6. С. 227-230.

228. Отчет о шестьдесят шестой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г. Всемирная организация здравоохранения, 2016. С. 66-69.

229. Порядок надання первинної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi> (дата звернення 16.08.2020).

230. Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу : наказ МОЗ України від 05.10.2011 № 646. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1416-11#Text> (дата звернення 19.07.2019).

231. Глебова Є. Є. Напрями оптимізації косметологічної допомоги в Україні/Збірник тез міжнародної науково-практичної конференції «Медицина в сучасних умовах інтеграційного розвитку країн Європи». Люблін, 2019. С. 217-219.

232. Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. № 2 (59). С. 28-34.

233. Горачук В. В., Глебова Є. Є. Модель організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами. Інформаційний лист. К.: Укрмедпатентінформ МОЗ України, Випуск з проблеми «Громадське здоров'я». 2020. № 146 – 2020. 4 с.

234. Горачук В. В., Глебова Є. Є. Примірна типова програма комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів. Інформаційний лист. К.: Укрмедпатентінформ МОЗ України, Випуск з проблеми «Громадське здоров'я». 2020. № 147 – 2020. 4 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА

з оцінки загального стану здоров'я та чинників ризику патологічних змін та/або передчасного старіння шкіри

Шановна добродійко, пропонуємо Вам взяти участь у соціологічному дослідженні, результати якого будуть використані для покращення якості надання консультативно-лікувальної допомоги в закладі, послугами якого Ви користуєтесь.

Наступні запитання стосуються Вашої точки зору на стан Вашого здоров'я, фізичну активність, стосунки в сім'ї і на роботі, ваш психоемоційний стан, шкідливі звички. Будь ласка, виберіть і відмітьте позначкою одну відповідь, яка здасться Вам найбільш вдалою.

Гарантуємо Вам конфіденційність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях. Дозвольте вважати Ваші відповіді на запитання поінформованою згодою на участь у дослідженні.

1. Як Ви оцінюєте якість Вашого життя взагалі

а. Дуже погано ☐ б. Погано ☐ Добре ☐ Дуже добре ☐

2. Наскільки Ви задоволені станом Вашого здоров'я?

а. Дуже не задоволений ☐
 б. Не задоволений ☐
 в. Задоволений ☐
 г. Дуже задоволений ☐

3. Чи страждаєте Ви на хронічні захворювання?

а. Ні, не страждаю

б.Так, страждаю на:

А. Хвороби органів травлення (гастрит та/або дуоденіт, хвороби печінки)

Б. Ендокринні хвороби (дисфункція яєчників, цукровий діабет, хвороби щитоподібної залози, ожиріння)

В.Хвороби сечостатевої системи , хвороби молочної залози (доброякісні, злоякісні), менопаузальні розлади

Г. Інші хвороби

4. Чи перебуваєте Ви під постійним спостереженням у сімейного лікаря або лікаря-спеціаліста з приводу хронічних захворювань?

а.Ні б.Так

5. Чи регулярно Ви відвідуєте лікаря з приводу хронічного захворювання?

а. Зовсім не відвідую б. Відвідую лише коли хвороба загострюється в.Так, регулярно відвідую

6. Як Ви загалом оцінюєте свій психоемоційний стан у взаємодії з найближчим оточенням (в сім'ї, на роботі)

а. Стан постійного стресу

б. Потрапляю у епізодичні стресові ситуації

в. Відчуваю переважно психоемоційну напругу

г. Перебуваю переважно у стані психоемоційної рівноваги

7. Чи Ви страждаєте на шкідливі звички:

7.1. Паління:

а. Ні

б.Так: А. не більш ніж 5 цигарок на день Б. від 5 до 15 цигарок на день.

В. від 1 до 1,5 пачок на день

7.2. Алкоголь:

а. Ні

б. Так: А. до 50мл горілки або 130мл вина, або 330мл пива на день

Б. біля 20-50мл горілки на день, або 150-350мл на тиждень

В. більш ніж 50мл горілки на день або 350мл на тиждень.

7.3. Наркотичні речовини

а. Ні б. Так

8. Чи дотримуетесь Ви наступних принципів раціонального харчування : прийом їжі не менш ніж три рази на день, вживання не менш ніж 300-400 г овочів та фруктів на день

а.Ні, не дотримуюсь

б. Не завжди вдається

в. Так, дотримуюсь

9. Чи займаєтесь Ви будь-якими видами спорту, фізичними вправами?

а. Ні, не займаюсь б. Займаюсь не регулярно

в. Так, займаюсь регулярно

10. Чи Ви задоволені станом Вашої шкіри обличчя (кольором, тонусом)?

а. Зовсім не задоволена б. Частково задоволена

в. Так, задоволена

11. Як часто Ви маєте негативні переживання, поганий настрій, депресію, пов'язані зі станом вашої шкіри обличчя?

а. Дуже часто б. Часто в. Іноколи г. Ніколи

12. Впродовж останнього року чи впливав стан Вашої шкіри (обличчя, декольте, рук) на вибір одягу, який Ви вдягаєте?

а. Дуже часто б. Часто в. Іноколи г. Ніколи

13. Впродовж останнього року, як часто Ви відчували дискомфорт у зв'язку з станом Вашої шкіри обличчя, коли на Вас дивляться інші люди ?

а. Дуже часто б. Часто в. Іноколи г. Ніколи

14. Впродовж останнього року, як часто Вам доводилось відчувати дискомфорт при погляді у дзеркало?

а. Дуже часто б. Часто в. Іноколи г. Ніколи

15. Впродовж останнього року чи впливав стан Вашої шкіри на стосунки з Вашим партнером (-кою) чи будь з ким із Ваших близьких?

а. Помітно не впливав б. Впливав іноколи в. Зовсім не впливав

16. Чи має місце регулярний догляд за шкірою обличчя у Вашому повсякденному житті (застосування засобів для очищення, тонізації шкіри та кремів двічі на день)

а. Ні, не доглядаю, сподіваюсь лише на природні властивості моєї шкіри

б. Доглядаю нерегулярно, не в повному обсязі

в. Так, доглядаю регулярно у повному обсязі

17. Які чинники, на Вашу думку, найбільш негативно впливають на стан Вашої шкіри:

а. Хронічні хвороби внутрішніх органів

б. Шкідливі звички

в. Низька фізична активність

г. Незбалансоване харчування

д. Стресові ситуації

е. Нерегулярний догляд за шкірою

ж. Вік

з. Інше

18. З яких джерел Ви дізнаєтесь про можливості сучасної естетичної косметології ?

- а. ЗМІ б. Науково-популярні видання в. Від лікаря дерматовенеролога
г. Від косметика д. Від сімейного лікаря (лікаря-спеціаліста) ж. Від подруг
є. З інших джерел

19. Що, на Вашу думку, могло б сприяти підвищенню якості Вашого життя через покращення стану Вашої шкіри, зокрема, шкіри Вашого обличчя (відмітьте окремі або декілька позицій)?

- а. Регулярні консультації лікаря-дерматолога та виконання його рекомендацій
б. Регулярні консультації косметолога та використання сучасних методів естетичної косметології
в. Регулярні медичні профілактичні огляди з метою підтримки належного стану загального здоров'я
г. Лікування хронічних захворювань. д. Відмова від шкідливих звичок
е. Підвищення фізичної активності ж. Збалансоване харчування
з. Використання методів протидії стресу і. Регулярний догляд за шкірою
к. Усе вищеперераховане л. Нічого не сприятиме

Необхідне підкреслити:

Вік 18-25 років 25-35 років 35-50 років 50-65 років 66 та більше
Мешкаєте Місто Село
Вид діяльності робітник службовець приватний підприємець не працюю , навчаюсь інше
Освіта Середня , середня спеціальна, вища

Середній дохід за місяць:

До 3000грн 3000- до 5000грн 5000- до 10000грн 10000 та більше

Дякуємо Вам за участь в опитуванні !

Додаток Б

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ВІКОВИМИ ЗМІНАМИ ШКІРИ

Шановна добродійко, пропонуємо Вам взяти участь у дослідженні, результати якого будуть використані для покращення якості надання консультативно-лікувальної допомоги в закладі, послугами якого Ви користуєтесь.

Наступні запитання стосуються Вашої точки зору на вплив вікових змін шкіри на якість Вашого життя. Будь ласка, виберіть і відмітьте позначкою одну відповідь, яка здасться Вам найбільш вдалою.

Гарантуємо Вам конфіденційність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях. Дозвольте вважати Ваші відповіді на запитання поінформованою згодою на участь у дослідженні.

№	Запитання / відповіді: абс; (%)			
1	Протягом останнього тижня наскільки сильно Ви відчували зниження пружності Вашої шкіри?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
2	Протягом останнього тижня наскільки сухою, стягнутою та чутливою була Ваша шкіра?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
3	Протягом останнього тижня якою мірою Ви ніяковіли або соромились через зморшки на шкірі обличчя та/або шії?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
4	Протягом останнього тижня наскільки сильно наявність зморшок на шкірі обличчя та/або шії впливала на Ваш вибір одягу?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні

5	Протягом останнього тижня наскільки сильно наявність вікових змін шкіри обличчя та шиї (зморшок, зниження пружності, зміна кольору шкіри обличчя та шиї, зміна контурів шкіри обличчя та шиї) ускладнювали спілкування з іншими людьми, друзями чи Вашим партнером?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
6	Протягом останнього тижня наскільки сильно вікові зміни шкіри обличчя і шиї відволікали Вас від роботи?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
7	Протягом останнього тижня наскільки сильно зміна кольору шкіри обличчя (наприклад, тьмянний, сірий колір, почервоніння шкіри, пігментні плями або інші зміни кольору) викликала у Вас дискомфорт при погляді у дзеркало?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
8	Протягом останнього тижня наскільки сильно зміна кольору шкіри обличчя та шиї вимагала додаткового часу від Вас для догляду або маскування?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
9	Протягом останнього тижня наскільки сильно зміна контурів обличчя спричиняла погіршення вашого настрою?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні
10	Протягом останнього тижня наскільки сильно вікові зміни шкіри обличчя і шиї змушували Вас замислюватися над косметологічним хірургічним втручанням для покращення зовнішнього вигляду?			
	дуже сильно	значно	помірено	зовсім ні

Дякуємо Вам за участь в опитуванні !

АНКЕТА ЕКСПЕРТА

Вельмишановний експерте!

Вам пропонується за Вашою згодою надати експертну оцінку удосконаленій моделі організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів.

Модель обґрунтована і розроблена аспірантом кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика Є. Є. Глебовою (науковий керівник – професор В. В. Горачук, професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика) в межах дисертаційної роботи на здобуття вищої освіти ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 Медицина (спеціалізація Соціальна медицина) (рис. моделі додається).

Прохання надати експертну оцінку за п'ятибальною шкалою шляхом відмітки у відповідній графі анкети, що найбільш повно представить Вашу думку:

№	Складові елементи запропонованої моделі	Оцінка в балах				
		1	2	3	4	5
1	Орієнтованість моделі на комплексний підхід до оцінки здоров'я пацієнта з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів (оцінка локальних змін шкіри та встановлення їх причинно-наслідкових зв'язків з патологіями інших органів і систем, чинниками ризику передчасного старіння)					
2	Профілактична спрямованість моделі (удосконалені інформаційні технології для пацієнтів з питань здорового способу життя, профілактики хронічних соматичних хвороб, хвороб кістково-м'язової системи, зубів, зменшення впливу чинників ризику передчасного старіння)					
3	Модель орієнтована на зменшення ризиків косметологічних втручань (обґрунтовано впровадження доказових технологій із застосування препаратів ботулотоксину, гіалуронової кислоти, використання пілінгів, лазера та інших)					
4	Модель передбачає міждисциплінарний підхід до корекції патологічних і вікових змін шкіри, що призвели до косметичних дефектів					
5	Модель спрямована на підвищення якості навчання та безперервний професійний розвиток лікарів-дерматовенерологів, які надають косметологічну					

	допомогу (створення міждисциплінарних навчальних планів і програм навчальних циклів; активізація вітчизняних наукових досліджень за напрямком «Косметологія»)					
№	Складові елементи запропонованої моделі	Оцінка в балах				
		1	2	3	4	5
6	Модель передбачає удосконалення регулювання косметологічної допомоги в Україні на нормативному рівні (оновлення чинного наказу МОЗ СРСР від 28.12.1982 № 1290 «Про заходи по поліпшенню косметологічної допомоги населенню»; пропозиції МОЗ України з внесення доповнень до кваліфікаційної характеристики лікаря-дерматовенеролога з урахуванням рекомендацій Європейських стандартів післядипломної медичної підготовки за спеціальністю «Дерматологія і венерологія»)					

« ____ » _____

підпис _____

Щиро дякую за Вашу участь і надані оцінки!

Додаток Г

СПИСОК ЕКСПЕРТІВ,

які проводили експертну оцінку удосконаленої моделі організації медичної допомоги пацієнтам з косметичними дефектами

№	П. І. Б.	Місце роботи	Посада	Кваліфікаційна категорія за фахом «Організація і управління охороною здоров'я»	Науковий ступінь
1	Гаврилюк Я.Я.	КНП «БЦПМСД» БМР	зав.АГП№2, лікар-терапевт	вища	відсутній
2	Лосенко В.В.	КМП «БКДЦ» БМР	дерматолог	вища	відсутній
3	Кімано О.А.	КНПКОР КОШВД	дерматолог	відсутня	відсутній
4	Шаран І.В.	КНПКОР КОШВД	дерматолог	відсутня	відсутній
5	Затова А.І.	КНП «БКДЦ» БМР	голова ЛКК, лікар-терапевт	вища	Відсутній
6	Фурса О.І.	КНП «БЦПМСД» БМР	заст.гол.лік. з ЕТН	перша	відсутній
7	Кмоченко О.Д.	КНП «БКДЦ» БМР	с мед.часті	вища	Відсутній
8	Оборотова І.В.	Клініка «Комплемент»	дерматолог	відсутня	відсутній
9	Петренко Е.М.	КНПКОР	зав.амбулаторії. сім.лікар	вища	Відсутній
10	Літус І.О.	ТОВ «Дерматолог»	дерматовенеролог	відсутня	Аспірант
11	Дяченко Л.О.	КНП «БЦПМСД» БМР	заст.гол.лік. з лік.роботи. лікар-терапевт	вища	PhD
12	Гармаш С.В.	ТОВ «Дерматолог»	дерматовенеролог	вища	відсутній
13	Шагова М.І.	ТОВ «Шагов Естетик Медицини»	гол.лікар , менеджер в охороні здор.	відсутня	відсутній
14	Кліменко	ТОВ «Дерматолог»	гол.лікар	вища	відсутній
15	Шагов Е.А.	ТОВ «Рефьючі клінік	гол.лікар	вища	PhD
16	Літус І.О.	ТОВ «Дерматолог»	директор, дерматовенеролог	вища	відсутній
17	Верба Е.А.	ПП «Інст.дерматокосметології док.Богомолець»	медичний директор лікар-спец. По ОЦО Здоров'я	вища	Відсутній

18	Соловйов С.О.	Кафедра організації і економіки фармації НМАПО ім.П.Л.Шупіка	доцент	відсутня	PhD
19	Стовбаш І.В.	ІФНМУ каф. СМ, ГЗ	доцент	перша	PhD
20	Ф едорків Н.Б.	ІФНМУ каф. СМ, ГЗ	доцент	перша	PhD
21	Буряк О.Л.	ІФНМУ каф. СМ, ГЗ	доцент	друга	PhD
22	Ковальчук Р.Є.	ІФНМУ каф. СМ, ГЗ	доцент	перша	PhD
23	Ціхонь З.Щ.	ІФНМУ каф. СМ, ГЗ	доцент	вища	PhD

Додаток Д

ЛИСТИ ДО МОЗ УКРАЇНИ, ВІДПОВІДІ НА ЛИСТИ ДО МОЗ УКРАЇНИ
НМАПО імені П. Л. Шупика

Додаток Д-1

ЛИСТ
до МОЗ України від 29.05.2019


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА
(НМАПО ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА)
вул. Дорогожилька, 9, м. Київ, 04112, тел. (044) 205-49-46, тел./факс: 205-48-27
E-mail: office@nmapo.edu.ua, web: http://www.nmapo.edu.ua, код ЄДРПОУ 01896702

29.05.2019 № 12/9-1395 На № _____ від _____

**Директору Департаменту
впровадження реформ
МОЗ України
Гаврилюку А. О.
01601, м. Київ,
вул. Грушевського, 7**

Вельмишановний Андрію Олександровичу!

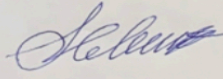
Висловлюємо Вам свою пошану та просимо розглянути проект наказу МОЗ України як пропозицію щодо вдосконалення косметологічної допомоги населенню України з захворюваннями шкіри та її придатків, які призводять до косметичних дефектів та/або передчасного старіння.

Проект наказу розроблено за результатами дисертаційного дослідження аспіранта кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика Глебової Є. Є., яка виконує роботу в рамках науково-дослідної роботи кафедри. За даними дослідження Глебової Є. Є. встановлено, що на фоні значного зростання попиту населення, активного розвитку інноваційних технологій косметологічних втручань відсутнє належне нормативно-правове регулювання організації комплексної косметологічної допомоги, спрямоване на використання доказових лікувально-діагностичних технологій, безпечних лікарських і косметологічних засобів, координацію в роботі лікарів-дерматовенерологів та лікарів суміжних спеціальностей, оскільки чинним в Україні є наказ МОЗ СРСР від 28.12.1982 № 1290 «О мерах по улучшению косметологической помощи населению».

Просимо Вашого сприяння у використанні розробок аспіранта Глебової Є. Є. з метою поліпшення якості та безпеки косметологічної допомоги та підвищення задоволеності нею населення як у державному, так і у приватному секторі охорони здоров'я України.

З повагою

Проректор з наукової роботи
професор

 **Н. О. Савчук**

Додаток до листа НМАПО імені П. Л. Шупика

ПРОЄКТ

Наказу МОЗ УКРАЇНИ

Обґрунтування. Європейська політика Здоров'я 2020 спрямована на зміцнення здоров'я та підвищення благополуччя населення. Вагомий внесок у порушення фізичного та психічного здоров'я, якості професійного та особистого життя вносять хвороби та вікові зміни шкіри та її придатків. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, в той час як поширеність усіх хвороб серед населення країни в 2017 р. зросла відносно 2014 р. на 0,7%, а захворюваність – на 0,15%, поширеність і захворюваність хвороб шкіри та підшкірної клітковини зросли відповідно на 2,3% та на 0,8%. Відсоток вперше зареєстрованих захворювань шкіри та підшкірної клітковини у структурі загальної захворюваності у 2014 - 2017 роках складав 5,84% - 5,88%, а в структурі поширеності усіх хвороб - 2,60% - 2,64% (відповідно 6-е та 8-е місце серед основних 16 класів хвороб). Загалом більше 2 млн громадян потребують щороку дерматовенерологічної допомоги.

Хвороби та вікові зміни шкіри та її придатків, що призводять до косметичних дефектів, як доведено результатами багатьох наукових досліджень, негативно впливають на психоемоційний стан особи, викликають невротичні розлади, суттєво позначаються на трудовій і соціальній активності, примушують до самоізоляції. В суспільстві поширені прояви стигматизації та дискримінації відносно таких хворих.

За останні роки в Україні стрімко зростає попит населення на косметологічну допомогу. Станом на 01.09.2020 косметологічна допомога надається 258 закладами охорони здоров'я приватної та комунальної форми власності, які мають ліцензію на провадження медичної практики за

спеціальністю «Дерматовенерологія». Із зростанням попиту населення на косметологічну допомогу відбулось і збільшення обсягу ринку косметичних засобів з 19 млрд грн. у 2013 р. до 30,2 млрд грн. у 2017 р. У 2019 р. було виготовлено 6,2 тис. т косметичних засобів для догляду за шкірою, відмічалось зростання цього виду продукції в порівнянні з 2018 р. на 0,5 - 33,9%. Незважаючи на рівень інфляції і подорожчання косметичних продуктів, в натуральному вимірі обсяги їх споживання також зросли. Особливою увагою споживачів користуються засоби лікувально-профілактичної та противікової дії. Активно розвиваються та постійно впроваджуються нові технології косметологічної допомоги - сучасні ін'єкційні, мануальні й апаратні методи.

Разом з тим при зростанні попиту населення, швидких темпах розвитку ринку та інноваційних розробок в сфері косметологічної допомоги, відсутнє її належне нормативно-правове регулювання, оскільки в Україні досі є чинним наказ МОЗ СРСР від 28.12.1982 N 1290 «О мерах по улучшению косметологической помощи населению». Це обумовлює ризики для захисту прав пацієнтів, попередження ускладнень лікування, координації в роботі лікарів-дерматовенерологів та лікарів суміжних спеціальностей. У зв'язку з внесенням професії «Лікар-хірург пластичний» (код КП 2221.2) до Національного класифікатора України наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 15.02.2019 № 259 виникає потреба у чіткому розподілі видів медичних втручань, які можуть здійснюватись лікарями – хірургами пластичними та лікарями–дерматовенерологами при наданні косметологічної допомоги. Усе вищезазначене потребує вдосконалення організації косметологічної допомоги населенню України, в першу чергу, її нормативно-правового регулювання.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

Дата _____ № _____

Про удосконалення косметологічної допомоги населенню

З метою поліпшення косметологічної допомоги населенню

ЗАТВЕРДЖУЮ:

1. Положення про заклад охорони здоров'я, структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу (Додаток 1).
2. Положення про лікаря-дерматовенеролога закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу (Додаток 2).
3. Положення про сестру медичну з косметичних процедур закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу (Додаток 3).
4. Положення про структурні складові та оснащення закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги (Додаток 4).
5. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я

Міністр

підпис

ПОЛОЖЕННЯ

про заклад охорони здоров'я, структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу

1. Основною метою діяльності закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги є відновлення та покращення здоров'я населення з хворобами та віковими змінами шкіри та її придатків, що призводять до косметичних дефектів.

2. Заклад охорони здоров'я, структурний підрозділ закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги функціонує як заклад приватної форми власності або на госпрозрахункових засадах.

3. Основними завданнями закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги є:

3.1. Надання спеціалізованої медичної допомоги населенню з приводу хвороб шкіри та її придатків, що призводять до косметичних дефектів.

3.2. Корекція вікових змін шкіри та її придатків, що виникли внаслідок календарного та/або біологічного старіння, та призводять до косметичних дефектів.

3.3. Комунікація і координація діяльності з закладами охорони здоров'я первинної, вторинної, третинної, реабілітаційної медичної допомоги, науковими та навчальними інституціями, профільними лікарськими асоціаціями, органами управління охороною здоров'я з метою організації надання комплексної медичної допомоги пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, забезпечення її якості й безперервності.

3.4. Проведення просвітницької роботи серед населення з питань попередження хвороб шкіри та її придатків та вікових змін шкіри, що призводять

до косметичних дефектів, догляду за шкірою та її придатками, дотримання гігієни тіла, здорового способу життя.

4. Відповідно до основних завдань заклад охорони здоров'я, структурний підрозділ закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги здійснює функції:

4.1. Надання консультативної, діагностичної та лікувальної допомоги з приводу хвороб шкіри та її придатків та вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, з застосуванням інвазивних, мануальних та апаратних процедур. Перелік таких хвороб та станів охоплює: вугрі, кератози, гіпертрофічні хвороби шкіри (рубці, зокрема, постакне), порушення пігментації: гіперпігментації (хлоазми, веснянки), депігментації (вітіліго); себорею; хвороби волосся; гіпертрихоз; гірсутизм, доброякісні новоутворення шкіри (невуси, атероми, фіброми, папіломи, гемангіоми, бородавки, оmozолілості); судинні дерматози (розацеа, періоральний дерматит); імпрегнації шкіри сторонніми частинками (вугілля, шлаку, газу та ін.), у т. ч. штучний татуаж; зморшки, зниження пружності і вологості шкіри, пігментні плями, зміну контурів обличчя та шиї внаслідок вікових змін.

4.2. Надання реабілітаційної медичної допомоги пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів.

4.3. Дотримання міждисциплінарного підходу до надання косметологічної допомоги пацієнтам з метою забезпечення комплексних медичних послуг шляхом діагностики і лікування хронічної патології різних органів і систем, яка може знаходитись у причинно-наслідкових зв'язках з хворобами шкіри та її придатків і ознаками передчасного старіння, за наявності показань та усвідомленої поінформованої згоди пацієнта.

4.4. Визначення показань та скерування пацієнтів з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, для надання пластичної та реконструктивної хірургічної допомоги до профільних закладів охорони здоров'я.

4.5. Проведення косметичних процедур з профілактики передчасного старіння шкіри та її придатків.

4.6. Надання консультативної допомоги з гігієнічного догляду за шкірою та її придатками.

4.7. Проведення медико-санітарної просвіти серед населення у напрямку формування навичок з персональної оцінки потреб у косметологічній допомозі та лікуванні хвороб внутрішніх органів, які можуть бути першопричиною патологічних процесів на шкірі та її придатках.

4.8. Використання сучасних засобів візуалізації та поширення інформаційних просвітницьких матеріалів із здорового способу життя, профілактики захворювань шкіри та її придатків, передчасного старіння шкіри серед населення (відеотехніки, веб-сайтів, мережі Internet, соціальних мереж, блогів, мікроблогів).

4.9. Використання доказових медичних технологій при косметологічних утручаннях; застосування безпечних косметичних і лікарських засобів та виробів медичного призначення (наповнювачів), дозволених в Україні; удосконалення клінічних маршрутів пацієнтів закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу з урахуванням міждисциплінарного підходу.

4.10. Забезпечення координації діяльності з іншими закладами охорони здоров'я державної, комунальної, приватної форми власності з метою забезпечення комплексного надання послуг пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, шляхом укладання угод про співпрацю та сумісної розробки наскрізних клінічних маршрутів пацієнта як складової угод.

4.11. Використання електронних засобів комунікацій між лікарями-дерматовенерологами та лікарями інших спеціальностей з метою забезпечення своєчасної та доступної комплексної медичної допомоги пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів.

4.12. Підтримка безперервного професійного розвитку медичних працівників з питань організації, профілактики, діагностики, лікування хвороб шкіри та її придатків та вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів.

4.13. Виконання функцій клінічних баз кафедр дерматовенерології закладів вищої освіти України.

4.14. Участь у проведенні наукових досліджень та реалізації наукових програм і проєктів з надання косметологічної допомоги.

4.15. Проведення соціологічних опитувань пацієнтів з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, з питань їх очікувань та задоволеності одержаним комплексом медичних послуг.

4.16. Моніторинг законодавчих і нормативно-правових актів в сфері охорони здоров'я, участь у громадському обговоренні, наданні пропозицій із внесення змін до чинних та проєктів нових нормативно-правових актів, регламентів медичної допомоги за спеціальністю «Дерматовенерологія» та суміжними спеціальностями в частині організації надання косметологічної допомоги та технологій косметологічних утручань.

4.17. Внесення пропозицій закладам вищої медичної освіти в частині оновлення навчальних планів і програм за спеціальністю «Дерматовенерологія» та за дотичними спеціальностями з питань організації надання косметологічної допомоги та технологій косметологічних утручань.

4.18. Участь у роботі профільних лікарських асоціацій з метою впливу на галузеву політику, органи управління охороною здоров'я, координацію діяльності закладів охорони здоров'я, безперервний професійний розвиток лікарів–дерматовенерологів та лікарів суміжних спеціальностей з питань удосконалення організації косметологічної допомоги населенню та технологій косметологічних утручань..

Директор Департаменту

підпис

ПОЛОЖЕННЯ

про лікаря-дерматовенеролога закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу

1. Косметологічну допомогу пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, надають лікарі-дерматовенерологи.

2. Кваліфікаційні вимоги до лікаря-дерматовенеролога, який надає косметологічну допомогу в закладі охорони здоров'я, структурному підрозділі закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги, відповідають кваліфікаційним вимогам до лікаря-дерматовенеролога, визначеним у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників, Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженим Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 N 117 (зі змінами).

3. Лікар-дерматовенеролог, який відповідає нормативним кваліфікаційним вимогам, повинен додатково проходити навчання на циклах тематичного удосконалення з питань профілактики, діагностики і лікування хвороб шкіри та її придатків та вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, технік косметологічних утручань з отриманням відповідного сертифікату, а також постійно підтримувати свою кваліфікацію шляхом безперервного професійного розвитку.

4. Лікар-дерматовенеролог:

4.1. надає косметологічну допомогу пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, з використанням науково обґрунтованих профілактичних, діагностичних і лікувальних технологій;

4.2. за необхідності та за показаннями надає пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, екстрену та невідкладну медичну допомогу;

4.3. керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління, закладів охорони здоров'я, структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають косметологічну допомогу, та організацію дерматовенерологічної допомоги;

4.4. здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських, косметичних засобів та виробів медичного призначення (наповнювачів), приймає заходи з попередження їх проявів;

4.5. бере участь в організації та поширенні санітарно-гігієнічних знань серед населення з профілактики захворювань шкіри та її придатків, що призводять до косметичних дефектів, та ознак передчасного старіння;

4.6. бере участь у формуванні позитивного ставлення пацієнтів до комплексного лікування хвороб шкіри та її придатків та корекції вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, та лікування хвороб внутрішніх органів, які можуть бути першопричиною патологічних процесів та передчасного старіння шкіри;

4.7. проводить консультації пацієнтів з ознаками уражень шкіри та її придатків за направленням лікарів інших спеціальностей, інших закладів охорони здоров'я;

4.8. визначає показання та скеровує пацієнтів з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, до лікарів інших спеціальностей та/або закладів охорони здоров'я вторинної, третинної, реабілітаційної медичної допомоги, з метою забезпечення комплексного надання медичних послуг, зокрема, лікування супутньої хронічної соматичної патології, яка може знаходитись у причинно-наслідкових зв'язках з ураженнями та ознаками передчасного старіння шкіри та її придатків;

4.9. дотримується принципів медичної деонтології;

4.10. керує роботою середнього медичного персоналу;

4.11. планує роботу на персональному рівні та проводить аналіз її результатів; надає пропозиції з удосконалення організації роботи закладу

охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу;

4.12. веде медичну документацію, у т. ч. в електронному вигляді з застосуванням спеціального програмного забезпечення;

4.13. постійно удосконалює свій професійний рівень шляхом безперервного професійного розвитку;

4.14. може брати участь у роботі профільних лікарських асоціацій, проведенні наукових досліджень, реалізації наукових програм і проєктів з надання косметологічної допомоги;

4.15. повинен знати: законодавство України про охорону здоров'я, нормативні акти, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію дерматовенерологічної допомоги населенню, в тому числі швидкої і невідкладної; основи права в медицині; нормативні акти щодо організації боротьби з розповсюдженням інфекційних шкірних хвороб; права, обов'язки і відповідальність лікаря-дерматовенеролога; інформаційні та Інтернет-технології; міжнародні та вітчизняні клінічні рекомендації з надання медичної допомоги пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, розробленими на основі науково обґрунтованих знань; нормальну та патологічну анатомію тіла людини, гістологію та фізіологію шкіри і статевих органів; сучасну класифікацію хвороб дерматовенерологічного профілю; етіологію, патогенез, клініку, профілактику шкірних і венеричних хвороб; новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; сучасні методи обстеження, діагностики, лікування та диспансеризації хворих; організацію співпраці з лікарями загальної практики-сімейної медицини, терапевтами, ендокринологами, гастроентерологами, акушерами-гінекологами, урологами; основи суміжних спеціальностей: загальної практики-сімейної медицини, терапії, неврології, ендокринології, гастроентерології, гінекології, урології, імунології, фтизіатрії, інфекційних хвороб, вірусології; онкології, медичної генетики; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Директор Департаменту

підпис

Додаток 3

ПОЛОЖЕННЯ

про сестру медичну з косметичних процедур закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу

1. Сестра медична з косметичних процедур надає косметологічну допомогу населенню під керівництвом лікаря-дерматовенеролога закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу.

2. Кваліфікаційні вимоги до сестри медичної з косметичних процедур закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги, відповідають кваліфікаційним вимогам до сестри медичної з косметичних процедур, визначеним у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників, Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженим Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 N 117 (зі змінами).

3. Сестра медична з косметичних процедур:

3.1. впроваджує раціональну технологію гігієнічного та лікувально-профілактичного догляду за шкірою та її придатками відповідно до індивідуальних особливостей хворого;

3.2. виконує призначені лікарем косметичні (чистку шкіри обличчя, косметичні маски тощо) та фізіотерапевтичні процедури;

3.3. проводить косметичний, пластичний та лікувальний масаж, косметичну гімнастику;

3.4. консультує хворих з питань раціонального застосування косметичних препаратів та косметичних процедур;

3.5. дотримується принципів медичної деонтології;

3.6. веде медичну документацію;

3.7. постійно удосконалює свій професійний рівень;

3.8. керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я;

3.9. повинна знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної з косметичних процедур; основи нормальної анатомії та фізіології; патологічну анатомію і фізіологію шкіри, етіопатогенез її захворювань; сучасні методи діагностики і лікування, гігієни та профілактики захворювань шкіри, волосяного покриву і нігтів, а також лікування косметичних дефектів; методику проведення косметичних процедур, в тому числі примочок, компресів, вологовисихаючих пов'язок, накладання мазей, збовтувальних сумішей, паст, масел, епіляції волосся, а також фізіотерапевтичних процедур, масажу; фармакологію сумісності лікувальних інгредієнтів; фітотерапію в косметології; декоративну косметику; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм та апаратурою; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Директор Департаменту

підпис

Додаток 4

ПОЛОЖЕННЯ

про структурні складові та оснащення закладу охорони здоров'я,
структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної
допомоги

1. Заклад охорони здоров'я, структурний підрозділ закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги для реалізації поставлених завдань і виконання функцій має включати:

- кабінети лікарів-дерматовенерологів для прийому пацієнтів з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів;

- кабінети лікарів-дерматовенерологів для надання процедур з профілактики та корекції вікових змін шкіри внаслідок календарного та/або біологічного старіння та косметичного догляду за шкірою;

- кабінети лікарів-спеціалістів суміжних спеціальностей (за потреби);

- кабінети сестер медичних з косметичних процедур для надання косметичних процедур;

- кабінет відновного лікування для надання фізіотерапевтичних процедур, косметичного масажу і косметичної гімнастики;

- лабораторію для проведення клініко-діагностичних та гістологічних досліджень та/або кімнату для забору матеріалу;

- кабінет керівника закладу / структурного підрозділу;

- адміністративно-господарчі приміщення;

- реєстратуру;

- хол для відвідувачів.

2. Оснащення закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги має відповідати вимогам наказу МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення

медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру» відповідно до наявних кабінетів.

Директор Департаменту

підпис



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(МОЗ України)

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: <http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

12.06.2019 № 08.1-30/15440

На № 12/9-1395 від 29.05.2019

**Проректору з наукової роботи
Національної медичної академії
післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика
проф. Савичук Н.О.**

Шановна Наталіс Олегівно!

Департамент реалізації політик на лист від 29.05.2019 № 12/9-1395 засвідчує, що проект наказу МОЗ України «Про удосконалення косметологічної допомоги населенню з захворюваннями шкіри та її додатків, що призводять до косметичних дефектів, та/або з ознаками передчасного старіння», підготовлений аспірантом кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л. Шупика Глебовою Є.Є. за результатами проведеного дослідження прийнятий до розгляду.

З повагою

**Директор Департаменту
реалізації політик**

А.О. Гаврилюк

Кожушко
(044) 200 07 86

Додаток Д-2

ЛИСТ

до МОЗ України від 27.08.20



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА
(НМАПО ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА)

вул. Дорогожичська, 9, м. Київ, 04112, тел. (044) 205-49-46, тел./факс: 205-48-27
 E-mail: office@nmapo.edu.ua, web: http://www.nmapo.edu.ua, код ЄДРПОУ 01896702

27.08.2020 № 12/9-1562 На № _____ від _____

**Директору Департаменту
впровадження реформ
МОЗ України
Гаврилюку А. О.
01601, м. Київ,
вул. Грушевського, 7**

Вельмишановний Андрію Олександровичу!

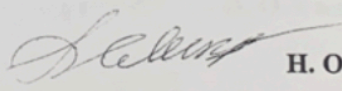
Висловлюємо Вам свою пошану та просимо розглянути проект наказу МОЗ України «Про удосконалення косметологічної допомоги населенню» як пропозицію до видання замість чинного в Україні наказу МОЗ СРСР від 28.12.1982 № 1290 «О мерах по улучшению косметологической помощи населению».

Проект нового наказу розроблено за результатами наукового дослідження аспіранта кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика Глебової Є. Є., проведеного в рамках науково-дослідної роботи кафедри «Обґрунтування моделей управління підсистемами охорони здоров'я та зміцнення популяційного здоров'я України відповідно до Європейських стратегій» (керівник — академік НАМН України професор Ю. В. Вороненко, ректор НМАПО імені П. Л. Шупика). За даними дослідження Глебової Є. Є. встановлено, що на фон значного зростання попиту населення України на косметологічні послуги активного розвитку інноваційних технологій косметологічних втручань відсутнє належне нормативно-правове регулювання організації косметологічної допомоги спрямоване на використання науково обґрунтованих доказових практик безпечних лікарських і косметологічних засобів, координацію в роботі лікарів дерматовенерологів та лікарів суміжних спеціальностей. Зазначені положення відсутні в діючому в Україні наказі МОЗ СРСР від 28.12.1982 № 1290 «О мерах по улучшению косметологической помощи населению», який є застарілим і не враховує сучасних вимог до організації косметологічної допомоги населенню.

Видання нового наказу на основі запропонованого проекту сприятим поліпшенню якості та безпеки косметологічної допомоги у державному приватному секторі охорони здоров'я та підвищенню задоволеності нею населення України.

Додаток: на 15 арк. 1 прим.

З повагою
Проректор з наукової роботи
професор
 Горачук 205 49 93


Н. О. Савичук

Додаток до листа НМАПО імені П. Л. Шупика

ПРОЄКТ

Наказу МОЗ УКРАЇНИ

Обґрунтування. Європейська політика Здоров'я 2020 спрямована на зміцнення здоров'я та підвищення благополуччя населення. Вагомий внесок у порушення фізичного та психічного здоров'я, якості професійного та особистого життя вносять хвороби та вікові зміни шкіри та її придатків. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, в той час як поширеність усіх хвороб серед населення країни в 2017 р. зросла відносно 2014 р. на 0,7%, а захворюваність – на 0,15%, поширеність і захворюваність хвороб шкіри та підшкірної клітковини зросли відповідно на 2,3% та на 0,8%. Відсоток вперше зареєстрованих захворювань шкіри та підшкірної клітковини у структурі загальної захворюваності у 2014 - 2017 роках складав 5,84% - 5,88%, а в структурі поширеності усіх хвороб - 2,60% - 2,64% (відповідно 6-е та 8-е місце серед основних 16 класів хвороб). Загалом більше 2 млн громадян потребують щороку дерматовенерологічної допомоги.

Хвороби та вікові зміни шкіри та її придатків, що призводять до косметичних дефектів, як доведено результатами багатьох наукових досліджень, негативно впливають на психоемоційний стан особи, викликають невротичні розлади, суттєво позначаються на трудовій і соціальній активності, примушують до самоізоляції. В суспільстві поширені прояви стигматизації та дискримінації відносно таких хворих.

За останні роки в Україні стрімко зростає попит населення на косметологічну допомогу. Станом на 01.09.2020 косметологічна допомога надається 258 закладами охорони здоров'я приватної та комунальної форми власності, які мають ліцензію на провадження медичної практики за спеціальністю «Дерматовенерологія». Із зростанням попиту населення на косметологічну допомогу відбулось і збільшення обсягу ринку косметичних

засобів з 19 млрд грн. у 2013 р. до 30,2 млрд грн. у 2017 р. У 2019 р. було виготовлено 6,2 тис. т косметичних засобів для догляду за шкірою, відмічалось зростання цього виду продукції в порівнянні з 2018 р. на 0,5 - 33,9%. Незважаючи на рівень інфляції і подорожчання косметичних продуктів, в натуральному вимірі обсяги їх споживання також зросли. Особливою увагою споживачів користуються засоби лікувально-профілактичної та противікової дії. Активно розвиваються та постійно впроваджуються нові технології косметологічної допомоги - сучасні ін'єкційні, мануальні й апаратні методи.

Разом з тим при зростанні попиту населення, швидких темпах розвитку ринку та інноваційних розробок в сфері косметологічної допомоги, відсутнє її належне нормативно-правове регулювання, оскільки в Україні досі є чинним наказ МОЗ СРСР від 28.12.1982 N 1290 «О мерах по улучшению косметологической помощи населению». Це обумовлює ризики для захисту прав пацієнтів, попередження ускладнень лікування, координації в роботі лікарів-дерматовенерологів та лікарів суміжних спеціальностей. У зв'язку з внесенням професії «Лікар-хірург пластичний» (код КП 2221.2) до Національного класифікатора України наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 15.02.2019 № 259 виникає потреба у чіткому розподілі видів медичних втручань, які можуть здійснюватись лікарями – хірургами пластичними та лікарями–дерматовенерологами при наданні косметологічної допомоги. Усе вищезазначене потребує вдосконалення організації косметологічної допомоги населенню України, в першу чергу, її нормативно-правового регулювання.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

Дата _____ № _____

Про удосконалення косметологічної допомоги населенню

З метою поліпшення косметологічної допомоги населенню

ЗАТВЕРДЖУЮ:

6. Положення про заклад охорони здоров'я, структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу (Додаток 1).
7. Положення про лікаря-дерматовенеролога закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу (Додаток 2).
8. Положення про сестру медичну з косметичних процедур закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу (Додаток 3).
9. Положення про структурні складові та оснащення закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги (Додаток 4).
10. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я

Міністр

підпис

ПОЛОЖЕННЯ

про заклад охорони здоров'я, структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу

4. Основною метою діяльності закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги є відновлення та покращення здоров'я населення з хворобами та віковими змінами шкіри та її придатків, що призводять до косметичних дефектів.

5. Заклад охорони здоров'я, структурний підрозділ закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги функціонує як заклад приватної форми власності або на госпрозрахункових засадах.

6. Основними завданнями закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги є:

3.1. Надання спеціалізованої медичної допомоги населенню з приводу хвороб шкіри та її придатків, що призводять до косметичних дефектів.

3.2. Корекція вікових змін шкіри та її придатків, що виникли внаслідок календарного та/або біологічного старіння, та призводять до косметичних дефектів.

3.3. Комунікація і координація діяльності з закладами охорони здоров'я первинної, вторинної, третинної, реабілітаційної медичної допомоги, науковими та навчальними інституціями, профільними лікарськими асоціаціями, органами управління охороною здоров'я з метою організації надання комплексної медичної допомоги пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, забезпечення її якості й безперервності.

3.4. Проведення просвітницької роботи серед населення з питань попередження хвороб шкіри та її придатків та вікових змін шкіри, що призводять

до косметичних дефектів, догляду за шкірою та її придатками, дотримання гігієни тіла, здорового способу життя.

4. Відповідно до основних завдань заклад охорони здоров'я, структурний підрозділ закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги здійснює функції:

4.1. Надання консультативної, діагностичної та лікувальної допомоги з приводу хвороб шкіри та її придатків та вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, з застосуванням інвазивних, мануальних та апаратних процедур. Перелік таких хвороб та станів охоплює: вугрі, кератози, гіпертрофічні хвороби шкіри (рубці, зокрема, постакне), порушення пігментації: гіперпігментації (хлоазми, веснянки), депігментації (вітіліго); себорею; хвороби волосся; гіпертрихоз; гірсутизм, доброякісні новоутворення шкіри (невуси, атероми, фіброми, папіломи, гемангіоми, бородавки, оmozолілості); судинні дерматози (розацеа, періоральний дерматит); імпрегнації шкіри сторонніми частинками (вугілля, шлаку, газу та ін.), у т. ч. штучний татуаж; зморшки, зниження пружності і вологості шкіри, пігментні плями, зміну контурів обличчя та шиї внаслідок вікових змін.

4.2. Надання реабілітаційної медичної допомоги пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів.

4.3. Дотримання міждисциплінарного підходу до надання косметологічної допомоги пацієнтам з метою забезпечення комплексних медичних послуг шляхом діагностики і лікування хронічної патології різних органів і систем, яка може знаходитись у причинно-наслідкових зв'язках з хворобами шкіри та її придатків і ознаками передчасного старіння, за наявності показань та усвідомленої поінформованої згоди пацієнта.

4.4. Визначення показань та скерування пацієнтів з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, для надання пластичної та реконструктивної хірургічної допомоги до профільних закладів охорони здоров'я.

4.5. Проведення косметичних процедур з профілактики передчасного старіння шкіри та її придатків.

4.6. Надання консультативної допомоги з гігієнічного догляду за шкірою та її придатками.

4.7. Проведення медико-санітарної просвіти серед населення у напрямку формування навичок з персональної оцінки потреб у косметологічній допомозі та лікуванні хвороб внутрішніх органів, які можуть бути першопричиною патологічних процесів на шкірі та її придатках.

4.8. Використання сучасних засобів візуалізації та поширення інформаційних просвітницьких матеріалів із здорового способу життя, профілактики захворювань шкіри та її придатків, передчасного старіння шкіри серед населення (відеотехніки, веб-сайтів, мережі Internet, соціальних мереж, блогів, мікроблогів).

4.9. Використання доказових медичних технологій при косметологічних утручаннях; застосування безпечних косметичних і лікарських засобів та виробів медичного призначення (наповнювачів), дозволених в Україні; удосконалення клінічних маршрутів пацієнтів закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу з урахуванням міждисциплінарного підходу.

4.10. Забезпечення координації діяльності з іншими закладами охорони здоров'я державної, комунальної, приватної форми власності з метою забезпечення комплексного надання послуг пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, шляхом укладання угод про співпрацю та сумісної розробки наскрізних клінічних маршрутів пацієнта як складової угод.

4.11. Використання електронних засобів комунікацій між лікарями-дерматовенерологами та лікарями інших спеціальностей з метою забезпечення своєчасної та доступної комплексної медичної допомоги пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів.

4.12. Підтримка безперервного професійного розвитку медичних працівників з питань організації, профілактики, діагностики, лікування хвороб шкіри та її придатків та вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів.

4.13. Виконання функцій клінічних баз кафедр дерматовенерології закладів вищої освіти України.

4.14. Участь у проведенні наукових досліджень та реалізації наукових програм і проєктів з надання косметологічної допомоги.

4.15. Проведення соціологічних опитувань пацієнтів з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, з питань їх очікувань та задоволеності одержаним комплексом медичних послуг.

4.16. Моніторинг законодавчих і нормативно-правових актів в сфері охорони здоров'я, участь у громадському обговоренні, наданні пропозицій із внесення змін до чинних та проєктів нових нормативно-правових актів, регламентів медичної допомоги за спеціальністю «Дерматовенерологія» та суміжними спеціальностями в частині організації надання косметологічної допомоги та технологій косметологічних утручань.

4.17. Внесення пропозицій закладам вищої медичної освіти в частині оновлення навчальних планів і програм за спеціальністю «Дерматовенерологія» та за дотичними спеціальностями з питань організації надання косметологічної допомоги та технологій косметологічних утручань.

4.18. Участь у роботі профільних лікарських асоціацій з метою впливу на галузеву політику, органи управління охороною здоров'я, координацію діяльності закладів охорони здоров'я, безперервний професійний розвиток лікарів–дерматовенерологів та лікарів суміжних спеціальностей з питань удосконалення організації косметологічної допомоги населенню та технологій косметологічних утручань..

Директор Департаменту

підпис

ПОЛОЖЕННЯ

про лікаря-дерматовенеролога закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу

5. Косметологічну допомогу пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, надають лікарі-дерматовенерологи.

6. Кваліфікаційні вимоги до лікаря-дерматовенеролога, який надає косметологічну допомогу в закладі охорони здоров'я, структурному підрозділі закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги, відповідають кваліфікаційним вимогам до лікаря-дерматовенеролога, визначеним у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників, Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженим Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 N 117 (зі змінами).

7. Лікар-дерматовенеролог, який відповідає нормативним кваліфікаційним вимогам, повинен додатково проходити навчання на циклах тематичного удосконалення з питань профілактики, діагностики і лікування хвороб шкіри та її придатків та вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, технік косметологічних утручань з отриманням відповідного сертифікату, а також постійно підтримувати свою кваліфікацію шляхом безперервного професійного розвитку.

8. Лікар-дерматовенеролог:

8.1. надає косметологічну допомогу пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, з використанням науково обґрунтованих профілактичних, діагностичних і лікувальних технологій;

8.2. за необхідності та за показаннями надає пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, екстрену та невідкладну медичну допомогу;

8.3. керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління, закладів охорони здоров'я, структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають косметологічну допомогу, та організацію дерматовенерологічної допомоги;

8.4. здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських, косметичних засобів та виробів медичного призначення (наповнювачів), приймає заходи з попередження їх проявів;

8.5. бере участь в організації та поширенні санітарно-гігієнічних знань серед населення з профілактики захворювань шкіри та її придатків, що призводять до косметичних дефектів, та ознак передчасного старіння;

8.6. бере участь у формуванні позитивного ставлення пацієнтів до комплексного лікування хвороб шкіри та її придатків та корекції вікових змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, та лікування хвороб внутрішніх органів, які можуть бути першопричиною патологічних процесів та передчасного старіння шкіри;

8.7. проводить консультації пацієнтів з ознаками уражень шкіри та її придатків за направленням лікарів інших спеціальностей, інших закладів охорони здоров'я;

8.8. визначає показання та скеровує пацієнтів з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, до лікарів інших спеціальностей та/або закладів охорони здоров'я вторинної, третинної, реабілітаційної медичної допомоги, з метою забезпечення комплексного надання медичних послуг, зокрема, лікування супутньої хронічної соматичної патології, яка може знаходитись у причинно-наслідкових зв'язках з ураженнями та ознаками передчасного старіння шкіри та її придатків;

8.9. дотримується принципів медичної деонтології;

8.10. керує роботою середнього медичного персоналу;

8.11. планує роботу на персональному рівні та проводить аналіз її результатів; надає пропозиції з удосконалення організації роботи закладу

охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу;

8.12. веде медичну документацію, у т. ч. в електронному вигляді з застосуванням спеціального програмного забезпечення;

8.13. постійно удосконалює свій професійний рівень шляхом безперервного професійного розвитку;

8.14. може брати участь у роботі профільних лікарських асоціацій, проведенні наукових досліджень, реалізації наукових програм і проєктів з надання косметологічної допомоги;

8.15. повинен знати: законодавство України про охорону здоров'я, нормативні акти, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію дерматовенерологічної допомоги населенню, в тому числі швидкої і невідкладної; основи права в медицині; нормативні акти щодо організації боротьби з розповсюдженням інфекційних шкірних хвороб; права, обов'язки і відповідальність лікаря-дерматовенеролога; інформаційні та Інтернет-технології; міжнародні та вітчизняні клінічні рекомендації з надання медичної допомоги пацієнтам з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів, розробленими на основі науково обґрунтованих знань; нормальну та патологічну анатомію тіла людини, гістологію та фізіологію шкіри і статевих органів; сучасну класифікацію хвороб дерматовенерологічного профілю; етіологію, патогенез, клініку, профілактику шкірних і венеричних хвороб; новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; сучасні методи обстеження, діагностики, лікування та диспансеризації хворих; організацію співпраці з лікарями загальної практики-сімейної медицини, терапевтами, ендокринологами, гастроентерологами, акушерами-гінекологами, урологами; основи суміжних спеціальностей: загальної практики-сімейної медицини, терапії, неврології, ендокринології, гастроентерології, гінекології, урології, імунології, фтизіатрії, інфекційних хвороб, вірусології; онкології, медичної генетики; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Директор Департаменту

підпис

Додаток 3

ПОЛОЖЕННЯ

про сестру медичну з косметичних процедур закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу

4. Сестра медична з косметичних процедур надає косметологічну допомогу населенню під керівництвом лікаря-дерматовенеролога закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, що надає косметологічну допомогу.

5. Кваліфікаційні вимоги до сестри медичної з косметичних процедур закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги, відповідають кваліфікаційним вимогам до сестри медичної з косметичних процедур, визначеним у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників, Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженим Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 N 117 (зі змінами).

6. Сестра медична з косметичних процедур:

6.1. впроваджує раціональну технологію гігієнічного та лікувально-профілактичного догляду за шкірою та її придатками відповідно до індивідуальних особливостей хворого;

6.2. виконує призначені лікарем косметичні (чистку шкіри обличчя, косметичні маски тощо) та фізіотерапевтичні процедури;

6.3. проводить косметичний, пластичний та лікувальний масаж, косметичну гімнастику;

6.4. консультує хворих з питань раціонального застосування косметичних препаратів та косметичних процедур;

6.5. дотримується принципів медичної деонтології;

6.6. веде медичну документацію;

6.7. постійно удосконалює свій професійний рівень;

6.8. керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я;

6.9. повинна знати: законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної з косметичних процедур; основи нормальної анатомії та фізіології; патологічну анатомію і фізіологію шкіри, етіопатогенез її захворювань; сучасні методи діагностики і лікування, гігієни та профілактики захворювань шкіри, волосяного покриву і нігтів, а також лікування косметичних дефектів; методику проведення косметичних процедур, в тому числі примочок, компресів, вологовисихаючих пов'язок, накладання мазей, збовтувальних сумішей, паст, масел, епіляції волосся, а також фізіотерапевтичних процедур, масажу; фармакологію сумісності лікувальних інгредієнтів; фітотерапію в косметології; декоративну косметику; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм та апаратурою; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Директор Департаменту

підпис

Додаток 4

ПОЛОЖЕННЯ

про структурні складові та оснащення закладу охорони здоров'я,
структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної
допомоги

1. Заклад охорони здоров'я, структурний підрозділ закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги для реалізації поставлених завдань і виконання функцій має включати:

- кабінети лікарів-дерматовенерологів для прийому пацієнтів з хворобами шкіри та її придатків та віковими змінами шкіри, що призводять до косметичних дефектів;

- кабінети лікарів-дерматовенерологів для надання процедур з профілактики та корекції вікових змін шкіри внаслідок календарного та/або біологічного старіння та косметичного догляду за шкірою;

- кабінети лікарів-спеціалістів суміжних спеціальностей (за потреби);

- кабінети сестер медичних з косметичних процедур для надання косметичних процедур;

- кабінет відновного лікування для надання фізіотерапевтичних процедур, косметичного масажу і косметичної гімнастики;

- лабораторію для проведення клініко-діагностичних та гістологічних досліджень та/або кімнату для забору матеріалу;

- кабінет керівника закладу / структурного підрозділу;

- адміністративно-господарчі приміщення;

- реєстратуру;

- хол для відвідувачів.

2. Оснащення закладу охорони здоров'я, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я з надання косметологічної допомоги має відповідати вимогам наказу МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення

медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру» відповідно до наявних кабінетів.

Директор Департаменту

підпис



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(МОЗ України)**

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: <http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

26.11.20 № 03.1-15 /10006/2-20/1

Проректору з наукової роботи
Національної медичної академії
післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика
проф. Савичук Н.О.

Шановна Наталіє Олегівно!

Директорат якості життя на Ваш лист від 27.08.2020 щодо проекту наказу МОЗ України «Про удосконалення косметологічної допомоги населенню з захворюваннями шкіри та її придатків, що призводять до косметичних дефектів, та/або з ознаками передчасного старіння», підготовленого аспірантом кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика Глебовою Є.Є. за результатами проведеного дослідження, повідомляє, що проект зазначеного наказу прийнято до розгляду.

З повагою!

**Генеральний директор
Директорату якості життя**

А. Гаврилюк

Додаток Ж

АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

Додаток Ж-1

ЗАТВЕРДЖУЮ



«25» лютого 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Розробка типових та індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів.

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість розроблених типових та індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів:

1-типова
49-індивідуальних

6. Зауваження, пропозиції:

Відповідальний за впровадження:

«25» лютого 2020 р.



ЗАТВЕРДЖУЮ
 Медичний директор ЛОУ
 ПП „Інститут дерматокосметології
 доктора Богданенко“
 05.03.2020 р.
 Верес С.А.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:
 Розробка клінічних маршрутів пацієнта з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів.
2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).
 Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.
3. Впроваджено в :
4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.
5. Загальна кількість розроблених клінічних маршрутів пацієнта з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів: 5
6. Зауваження, пропозиції: —

Відповідальний за впровадження: лікар хірург Ташко М.А.

« 05 » 03 2020 р.

підпис

ЗАТВЕРДЖУЮ

Медичний директор ІДЮ
 «ІТГ Інститут дерматології»
 доктора Бойко С. С.

2020 р.

05/03/2020
 [Signature]

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Використання інформаційно-освітніх матеріалів з профілактики патологічних змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, та передчасного старіння, для підвищення поінформованості пацієнтів закладу.

2. Установа, що пропонує впровадження:

НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість пацієнтів, що скористалися інформаційно-освітніми матеріалами:

194

6. Зауваження, пропозиції: —

Відповідальний за впровадження: лікар Хірург Талоко М. А.

підпис

« 05 » 03 2020 р.

[Signature]

Медичний факультет
 ПП «Інститут пластичної хірургії»
 «05» 03 2020 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Доктор медичних наук
 Професор Горачук В. В.

Відома Е. А.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Розробка типових та індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів.

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість розроблених типових та індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів:

1 – типово

6. Зауваження, пропозиції:

57 – літературальних

Відповідальний за впровадження: лікар хірург Ташко М. А.

« 05 » 03 2020 р.

підпис

ЗАТВЕРДЖУЮ

*Директор * М. Горачук*
Літук Т. *Мітус*
 «25» 01 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Навчання лікарів з питань використання міжнародних джерел доказової медицини з косметологічної допомоги (ін'єкції препаратів ботулотоксину типу А, препаратів гіалуронової кислоти, застосування пілінгів, лазера тощо).

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в : *Результати літук*

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість лікарів, задіяних у навчанні: *11*

6. Зауваження, пропозиції: —

Відповідальний за впровадження:

«_____» _____ 2020 р.

підпис

Літук Т.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Використання інформаційно-освітніх матеріалів з профілактики патологічних змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, та передчасного старіння, для підвищення поінформованості пацієнтів закладу.

2. Установа, що пропонує впровадження:

НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в : *кабінети, лівець*

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість пацієнтів, що скористалися інформаційно-освітніми матеріалами: *176*

6. Зауваження, пропозиції: *—*

Відповідальний за впровадження:

«_____» _____ 2020 р.

підпис
Літук 10.

РЕФОРМУВАННЯ
ЗАТВЕРДЖУЮ
«25» лютого 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Розробка клінічних маршрутів пацієнта з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів.

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість розроблених клінічних маршрутів пацієнта з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів: 5

6. Зауваження, пропозиції:

Відповідальний за впровадження:

« 25 » лютого 2020 р.

підпис




ЗАТВЕРДЖУЮ
 « 25 » лютого 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Використання інформаційно-освітніх матеріалів з профілактики патологічних змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, та передчасного старіння, для підвищення поінформованості пацієнтів закладу.

2. Установа, що пропонує впровадження:

НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість пацієнтів, що скористалися інформаційно-освітніми матеріалами: 211

6. Зауваження, пропозиції: —

Відповідальний за впровадження:

« 25 » лютого 2020 р.

підпис



ЗАТВЕРДЖУЮ



« 25 » лютого 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Навчання лікарів з питань використання міжнародних джерел доказової медицини з косметологічної допомоги (ін'єкції препаратів ботулотоксину типу А, препаратів гіалуронової кислоти, застосування пілінгів, лазера тощо).

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість лікарів, задіяних у навчанні: 9

6. Зауваження, пропозиції: —

Відповідальний за впровадження:



« 25 » лютого 2020 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

« 25 » лютого 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Навчання лікарів з питань використання міжнародних джерел доказової медицини з косметологічної допомоги (ін'єкції препаратів ботулотоксину типу А, препаратів гіалуронової кислоти, застосування пілінгів, лазера тощо).

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість лікарів, задіяних у навчанні:

9

6. Зауваження, пропозиції:

Відповідальний за впровадження:

« 25 » лютого 2020 р.

підпис



ЗАТВЕРДЖУЮ



« 25 » лютого 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Розробка типових та індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів.

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість розроблених типових та індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів:

*пенонех 1
індивідуальних - 34*

6. Зауваження, пропозиції:

Відповідальний за впровадження:

« 25 » лютого 2020 р.

підпис



Додаток Ж-12



«25» лютого 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Навчання лікарів з питань використання міжнародних джерел доказової медицини з косметологічної допомоги (ін'єкції препаратів ботулотоксину типу А, препаратів гіалуронової кислоти, застосування пілінгів, лазера тощо).

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість лікарів, задіяних у навчанні: 13

6. Зауваження, пропозиції:

Відповідальний за впровадження:

підпис

« 25 » лютого 2020 р.




ЗАТВЕРДЖУЮ
 « 25 » лютого 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Використання інформаційно-освітніх матеріалів з профілактики патологічних змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, та передчасного старіння, для підвищення поінформованості пацієнтів закладу.

2. Установа, що пропонує впровадження:

НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість пацієнтів, що скористалися інформаційно-освітніми матеріалами: 213

6. Зауваження, пропозиції:

Відповідальний за впровадження:

підпис

« 25 » лютого 2020 р.





АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Використання інформаційно-освітніх матеріалів з профілактики патологічних змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, та передчасного старіння, для підвищення поінформованості пацієнтів закладу.

2. Установа, що пропонує впровадження:

НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в :

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість пацієнтів, що скористалися інформаційно-освітніми матеріалами:

129

6. Зауваження, пропозиції:

Відповідальний за впровадження:

підпис

« 25 » лютого 2020 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Заступник головного лікаря з медичної частини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами,

В.М.БЕЗПРОЗВАНІ
« 12 » грудня 2020 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Розробка типових та індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів.

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в : роботу дерматовенерологічного відділення Консультативно-діагностичного центру Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість розроблених типових та індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів: 1 (при меланомі шкіри)

6. Зауваження, пропозиції:

Відповідальний за впровадження:

ст.н.спів. Ошивалова О.О.

« 28 » лютого 2020 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Заступник головного лікаря з медичної частини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами,

В.М. БЕЗПРОЗВАНН
« 03 » _____ 2020 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Розробка клінічних маршрутів пацієнта з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів.

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в : роботу дерматовенерологічного відділення Консультативно-діагностичного центру Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість розроблених клінічних маршрутів пацієнта з патологічними та віковими змінами шкіри, що призвели до косметичних дефектів: 1 (при меланомі шкіри)

6. Зауваження, пропозиції:

Відповідальний за впровадження:
« 28 » _____ 2020 р.

ст.н.спів. Ошивалова О.О.



“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Заступник головного лікаря з медичної частини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами,

В.М.БЕЗПРОЗВАННА

« 03 » березня 2020 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Навчання лікарів з питань використання міжнародних джерел доказової медицини з косметологічної допомоги (ін'єкції препаратів ботулотоксину типу А, препаратів гіалуронової кислоти, застосування пілінгів, лазера тощо).

2. Установа, що пропонує впровадження: НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в : роботу дерматовенерологічного відділення Консультативно-діагностичного центру Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість лікарів, задіяних у навчанні: 8 (вісім)

6. Зауваження, пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження:

ст.н.спів. Ошивалова О.О.

« 28 » листопада 2020 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Заступник головного лікаря з медичної частини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами,



В.М.БЕЗПРОЗВАННА

_____ 2020 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження:

Використання інформаційно-освітніх матеріалів з профілактики патологічних змін шкіри, що призводять до косметичних дефектів, та передчасного старіння, для підвищення поінформованості пацієнтів закладу.

2. Установа, що пропонує впровадження:

НМАПО імені П. Л. Шупика, аспірант кафедри управління охороною здоров'я Глебова Є. Є. (науковий керівник – професор Горачук В. В.).

Джерело інформації – стаття: Глебова Є. Є. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Україна. Здоров'я нації. № 2 (59), 2020. С. 28-34.

3. Впроваджено в : роботу дерматовенерологічного відділення Консультативно-діагностичного центру Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

4. Термін впровадження: січень-лютий 2020 р.

5. Загальна кількість пацієнтів, що скористалися інформаційно-освітніми матеріалами: 35 пацієнтів

6. Зауваження, пропозиції: немає

Відповідальний за впровадження: _____

ст.н.спів. Ошивалова О.О.

« 28 » листопада 2020 р.