

УДК 614.2+614.1

<https://doi.org/10.31071/promedosvity2020.04.061>

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ СТАТИСТИЧНОГО ОБЛІКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ВУХА ТА СОСКОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА В ДІТЕЙ

С. О. Самусенко, проф. О. І. Сердюк, доц. І. В. Філатова

Харківська медична академія післядипломної освіти

Досліджено формування медичної статистичної інформації та ефективності статистичного обліку захворювань верхніх дихальних шляхів, вуха та соскоподібного відростка в дітей на основі чинної Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду.

Обґрунтовано актуальність проведення аналізу повноти й ефективності статистичного обліку захворюваності дітей на хвороби верхніх дихальних шляхів, вуха й соскоподібного відростка. Установлено, що звітність щодо такої захворюваності дитячого населення проводиться відповідно до рубрикації хвороб 10 перегляду. Вимоги 11 перегляду не вносять суттєвих змін у проведення статистичного обліку.

Показано й охарактеризовано особливості статистичного обліку хвороб верхніх дихальних шляхів, вуха, соскоподібного відростка на основі сучасного класифікатора хвороб 10 перегляду. Виявлено дефекти статистичного обліку захворювань вуха й соскоподібного відростка в дітей згідно з клінічною оцінкою випадків захворювань.

Проаналізовано причини ймовірного заниження статистичних показників захворюваності на хвороби верхніх дихальних шляхів у цієї категорії хворих. Наявність розбіжностей у разі формування груп статистичного обліку захворюваності лор-органів у дітей під час аналізування статистичних тенденцій сприяє неточності обліку й аналізу даних і заважає формуванню адекватних управлінських рішень.

Доведено доцільність розробки індикаторних показників, узгодження з критеріями формування вікових груп для статистичного обліку й створення єдиного реєстру нозологій із метою проведення такого обліку на різних рівнях.

Ключові слова: статистичний облік, захворювання верхніх дихальних шляхів, вуха та соскоподібного відростка, діти.

Сучасний стан проведення медичної реформи пов'язаний із радикальною перебудовою організації та фінансування надання населенню спеціалізованої вторинної та високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги, до якої належить і отоларингологічна [1, 2, 3].

У системі охорони здоров'я України високоспеціалізований стаціонарний допоміжний відділ має особливе місце, оскільки вона є сектором, що потребує найбільших ресурсів системи охорони здоров'я, поглинаючи до 80 % виділених на фінансування всієї системи асигнувань. У лікарнях сконцентровані основні матеріальні цінності галузі. Різноманітна діяльність лікарень потребує оперативної корекції та планування на основі поточного обліку й аналізу роботи закладів. Саме

тому питання вдосконалення її планування, аналізу, обліку та звітності з метою раціонального використання мають бути під постійним контролем управлінців.

Існують два важливі напрями проведення реформування — автономізація медичних закладів і комп'ютеризація закладу та лікувального процесу. Автономізація медичних закладів зумовлена формуванням і впровадженням нового механізму фінансування «гроші йдуть за пацієнтом». Так, із 2020 р. заплановане введення Національною службою здоров'я України Програми медичних гарантій у спеціалізовану та високоспеціалізовану медицину, відповідно до якої державні кошти отримуватимуть лише автономізовані заклади

після підписання договору з Національною службою здоров'я України [1, 5].

Станом на 12 листопада 2019 р. в Україні автономізовано 70 % закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу. Найбільше таких закладів у Полтавській (97,2 %), Вінницькій (96,9 %) і Харківській (91,8 %) областях.

Оскільки новий механізм фінансування «гроші йдуть за пацієнтом» із 1 січня 2020 р. пошириться на всі види медичної допомоги (первинну, амбулаторну спеціалізовану, стаціонарну спеціалізовану, екстрену, паліативну та реабілітацію), пацієнти зможуть вільно обирати не лише сімейних лікарів, а й медичні заклади та постачальників медичної допомоги [6].

Вільному вибору пацієнтами постачальників медичної допомоги сприяють і змінені наявні територіальні обмеження щодо звернення хворих до медичних установ залежно від місця проживання у зв'язку з формуванням госпітальних округів [7]. Наразі в Україні утворено 88 госпітальних округів у 23 областях, у тому числі створено госпітальний округ у Харківській області [8].

Нині впровадження нових адміністративних і фінансових механізмів надання високоспеціалізованої медичної допомоги мають базуватися на визначенні потреби населення в спеціалізованих ліжках насамперед на показниках і структурі захворюваності й інвалідності.

Сукупність зазначених показників (статистичний облік) є основним джерелом інформації для оперативно-управлінської діяльності та зв'язку між окремими ланками системи охорони здоров'я та перспективного програмування. Тому другий напрям реформування — комп'ютеризація закладу та його підключення до електронної системи охорони здоров'я, необхідні для проведення повного й адекватного статистичного обліку [6, 9]. У межах підготовки до впровадження Програми медичних гарантій комп'ютеризовано 31,54 % спеціалізованих закладів [6].

Статистична розробка даних про захворюваність неможлива без раціонально побудованого групування, тобто класифікації та номенклатури захворювань [9].

Загалом класифікатори ВООЗ мають три типи: еталонні (МКХ), похідні та споріднені [10, 11, 12].

Особливістю сучасного етапу реформування є затвердження нових класифікаторів у практичній діяльності:

1. На рівні первинної медичної допомоги затверджено введення Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (International Classification for Primary Care — ICPC), сформованої Всесвітньою організацією сімейних лікарів WONCA для ефективного ведення пацієнтів на первинній ланці [13] із високим ступенем відповідності ICPC-2 до специфіки роботи лікаря первинної ланки, оскільки вона дає змогу кодувати найчастіші причини звернення й визначати потреби пацієнтів не лише окремого суспільства, а й навіть тієї когорти пацієнтів, яка прикріплена до певного лікаря [14].

2. Упроваджуються два національних класифікатори Міністерства охорони здоров'я України, які використовуватимуться медичними працівниками для кодування діагнозів і медичних інтервенцій в електронній системі охорони здоров'я [15].

3. НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» (КХС-ПОЗ) гармонізований із Міжнародним статистичним класифікатором хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я 10 перегляду Австралійської модифікації (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification, ICD-10-AM), підготовленим Австралійським консорціумом із розробки класифікацій (ACCD). Класифікатор хвороб та споріднених проблем сформовано на основі Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) ВООЗ, структура класифікатора побудована на анатомічному принципі, а розділи класифікатора відповідають назвам розділів у МКХ-10 ВООЗ.

Тому Міжнародна статистична класифікація хвороб (зокрема МКХ-10) досі є основним інструментом статистичних розробок інформації про здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я [16], забезпечуючи єдність збирання й можливість порівняння даних про здоров'я населення, поширеність захворювань та їхню епідеміологію як у межах однієї країни, так і в різних країнах. Основою МКХ-10 є використання алфавітно-цифрової системи кодування, що припускає наявність чотиризначного коду, в якому перший знак позначається буквою, три наступних — цифрами. Така система дає змогу збільшити можливості кодування [17], але має й певні дефекти. Дискусійні питання кодування та статистичного обліку за МКБ-10 захворювань

і споріднених станів саме в дітей обговорювалися неодноразово [18, 19].

Вияткове значення проведення адекватного статистичного обліку захворювань верхніх дихальних шляхів, вуха та соскоподібного відростка (ВДШВСВ) в дітей для ефективного реформування надання високоспеціалізованої отоларингологічної допомоги в госпітальних округах за умов вільного вибору пацієнтом медичного закладу, введення нових і модифікації чинних класифікаторів зумовило актуальність дослідження.

Мета роботи — оцінка адекватності формування медичної статистичної інформації та ефективності статистичного обліку захворювань ВДШВСВ в дітей на основі МКХ-10.

За весь період чинного класифікатора хвороб досліджень із цього приводу не проводили.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

1. МКХ-10:

– зміни до МКХ-10 (МКХ 11 перегляду, яку планується впровадити до 2022 р.);

– статистичні показники захворюваності на хвороби ВДШВСВ, наведені в щорічних довідниках «Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні» за 2007–2016 рр.;

– статистичні показники щорічних довідників «Основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області» за 2003–2016 рр.

2. Звітні форми № 19 та № 71 медичних закладів та їх узагальнення на рівні регіону (госпітального округу).

Системний підхід, системний та порівняльний аналіз і метод графічного моделювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На першому етапі, зважаючи на перспективи дослідження і для встановлення значення отриманих висновків за умов уведення і дію наступного класифікатора хвороб (МКХ-11), було проведено порівняльний аналіз відмінностей обох класифікацій.

Чинна Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10) була затверджена сорок третьою Асамблеєю ВООЗ 1 січня 1993 р. Згідно з рішенням Асамблеї документ має нову назву «Міжнародна статистична класифікація хвороб

і споріднених проблем охорони здоров'я», хоча зручну аббревіатуру МКХ збережено.

Держави-члени ВООЗ 25 травня 2019 р. на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я домовилися прийняти одинадцятий переглянутий варіант Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем зі здоров'ям (МКХ-11), який набуде чинності 1 січня 2022 р.

Установлено, що загалом зміни, внесені до МКХ-11, торкаються підходів до діагностики і класифікації психічних розладів, інсульту, цілий розділ присвячений сексуальному здоров'ю, зменшилася кількість термінів для діагностування посттравматичного стресового розладу, альтернативну медицину віднесено до одного розділу, з'явилися спеціальні коди для антибіотикорезистентності, що допоможе точніше визначити ефективність ліків по всьому світу.

Зазначені зміни та відмінності наступної класифікації від чинної не стосуються статистичного обліку захворювань лор-органів і тому отримані в дослідженні дані є актуальними для прийняття управлінських рішень із метою вдосконалення та оптимізації надання спеціалізованої отоларингологічної допомоги дітям мегаполісу. Певним винятком на цьому тлі є алергія, яка часто має прояви з боку верхніх дихальних шляхів і яка в МКХ-11 віднесена до реакцій імунної системи, що дає змогу поліпшити розуміння реакцій людини.

Основними принципами побудови Міжнародної класифікації хвороб, травм і причин смерті є спільність етіології чи патогенезу захворювань або поєднання локально-етіологічного та локально-патогенетичного принципів. Основним нововведенням МКХ-10 є використання алфавітно-цифрового кодування (що замінює попереднє цифрове), коли за певною літерою латинського алфавіту позначаються дві цифри коду, а за необхідності більшої деталізації рубрики — його третя цифра.

На відміну від інших хвороб і «всупереч» зазначеному основному принципу побудови класифікації за наявності єдності анатомічного, локально-етіологічного та локально-патогенетичного принципів основна маса захворювань лор-органів належить до різних класів. Окрім того, новоутворення й травми лор-органів розміщені у відповідних розділах і кодуються за межами зазначених класів.

Клас VIII — Хвороби вуха та соскоподібного відростка (код Н).

Клас X — Хвороби органів дихання (код J).

У свою чергу, клас VIII містить такі підрозділи:

1. Хвороби зовнішнього вуха (коди Н 60–Н 62), усього 14 нозологій, окрім зовнішнього отиту в разі інших хвороб, класифікованих в інших рубриках.

2. Хвороби середнього вуха та соскоподібного відростка (коди Н 65–Н 75), серед яких виділяють ще 11 рубрик із самостійними шифрами та уточнюючі форми захворювань. У розділі всього 44 нозології.

3. Хвороби внутрішнього вуха (Н 80–Н 93). У розділі 4 рубрики, які містять 19 клінічних різновидів захворювань внутрішнього вуха.

4. Інші хвороби вуха (Н 90–Н 95). У розділі 6 рубрик, які складають 26 клінічних форм і захворювань, класифікованих в інших рубриках.

Графічна модель цього розділу МКХ об'єднує 103 клінічні форми, які складають 4 групи. Тільки група «Хвороби зовнішнього вуха» має просту побудову і містить 14 клінічних форм, тоді як інші групи мають ще ієрархічний розподіл за 21 рубрикою, які, своєю чергою, містять 89 клінічних форм захворювань вуха та соскоподібного відростка (рис. 1).

Унаслідок проведеного системного аналізу зазначеної звітності на державному рівні

встановлено, що статистичні дані наведені для загальної кількості хвороб вуха та соскоподібного відростка по всіх кодах рубрики (Н 60–Н 95). Водночас у певні періоди із загальної кількості нозологічних форм виділяють гострий середній отит (Н 65–Н 66), не уточнюючи форму запалення (ексудативний, перфоративний, неперфоративний, гнійний, секреторний тощо). Також не підлягають статистичному обліку хвороби внутрішнього вуха й інші хвороби вуха, зокрема не розрізняють кондуктивну та нейросенсорну втрату слуху (Н 90.1-3 та Н 90.3-5). Захворювання внутрішнього вуха як чинники враховуються під час статистичного обліку лише в разі аналізу дитячої інвалідності.

Це не сприяє об'єктивному відображенню захворюваності дитячого населення за досліджуваним класом хвороб, бо з огляду на патогенез, у дитячому віці з усієї кількості нозологій досить велика кількість захворювань вуха (Н 61.3 — набутий стеноз зовнішнього вуха, Н 65.2 та 65.3 — хронічний серозний та хронічний слизовий отит, Н 65.9 — негнійний середній отит не уточнений (секреторний), Н 66.2 — хронічний епітимпано-антральний середній отит, Н 69 — мастоїдит і споріднені стани та ін. можуть бути джерелом розвитку ускладнень і поповнення контингенту дітей зі встановленою в подальшому інвалідністю [21, 22]. Деякі діагнози певним чином не мають

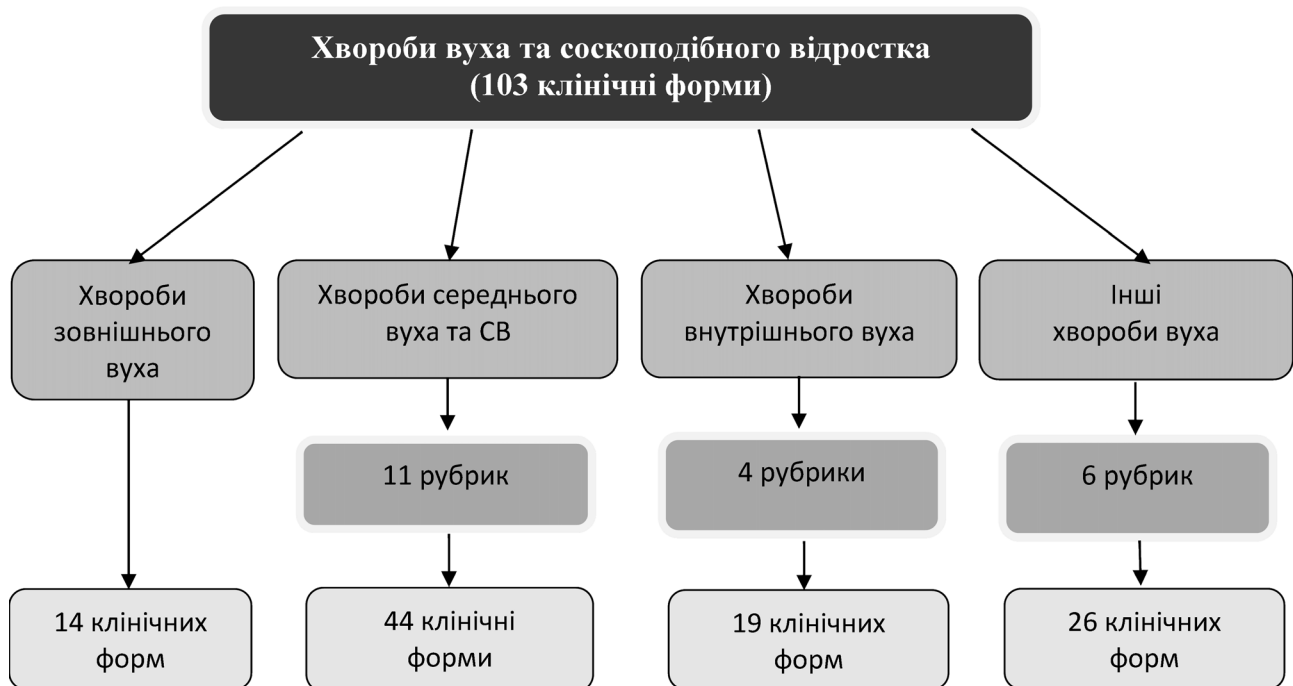


Рис 1. Схематична побудова класу VIII за МКХ-10 — «Хвороби вуха та соскоподібного відростка»

клінічного значення, оскільки є лише констатацією факту наявності змін (наприклад, Н 72 — перфорація барабанної перетинки) і можуть бути за інших захворювань вуха, зазначених в інших рубриках.

Також слід зазначити, що певна кількість отитів залишається поза статистичним обліком. Це відбувається в тих випадках, коли отит і запалення слухової труби є наслідком вірусних або бактеріальних хвороб, класифікованих в інших рубриках і не враховуються як супутня патологія (Н 67.0–Н 68), оскільки кодуються за основними проявами (ГРВІ, кір, бронхіт тощо). Зважаючи на патогенез захворювань середнього вуха та соскоподібного відростка, в переважній більшості випадків, особливо в дітей, наявний риногенний характер запалення, тож часто гострий отит є ускладненням патології носа й не враховується під час статистичного обліку, який проводиться за основним діагнозом. Вірогідно, ці клінічні випадки за статистикою будуть зараховані до класу хвороб системи органів дихання.

На відміну від загальнодержавної звітності, із 2010 по 2016 р. статистичний облік захворювань вуха та соскоподібного відростка в дітей м. Харкова за обліковими формами 071/о проводився за такими показниками: хвороби вуха та соскоподібного відростка, хвороби середнього вуха та соскоподібного відростка, гострий середній отит і хронічний середній отит. Очевидно, що відмінність перших двох рубрик полягає в зарахуванні захворювань зовнішнього вуха в першу рубрику, що в дітей не є визначальним, не має прогностичного значення, й тому таке виділення є недоцільним.

Графічна схема класу Х за МКХ-10 — «Хвороби органів дихання» (J 00–J 99), яка містить 10 груп, наочно доводить, що безпосередньо до хвороб лор-органів належать дві групи: «Гострі респіраторні захворювання верхніх дихальних шляхів» та «Інші хвороби верхніх дихальних шляхів» (рис. 2).

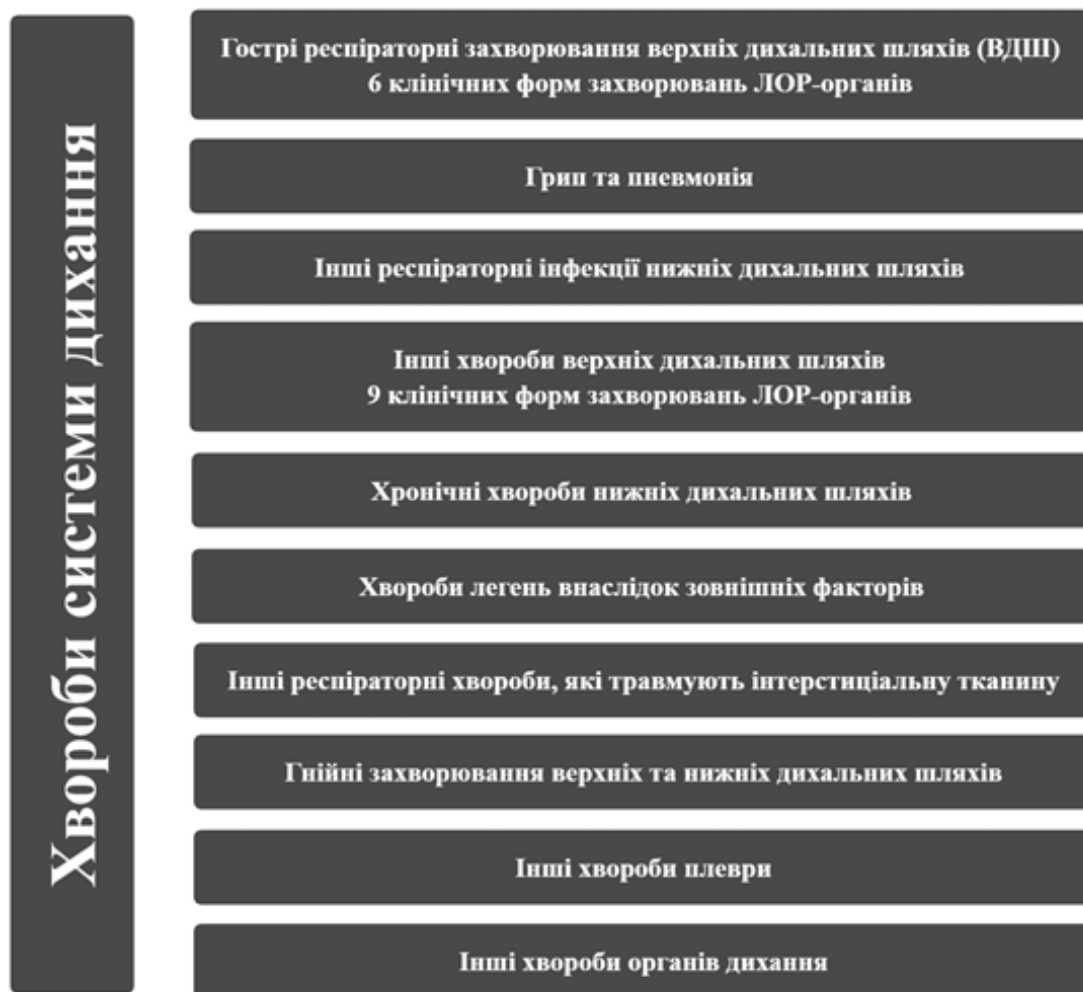


Рис. 2. Схематична побудова класу Х за МКХ-10 — «Хвороби системи дихання»

Відповідно, вони мають такі нозології:

1) гострі респіраторні захворювання верхніх дихальних шляхів (J 00–J 06):

- синусит (J 01.0–J 01.9);
- фарингіт (J 02.0, J 02.8, J 02.9);
- гострий тонзиліт (J 03.0, J 03.8, J 03.9);
- гострий ларингіт і трахеїт (J 04.0, J 04.1, J 04.2);
- гострий обструктивний ларингіт (круп) та епіглотит (J 05.0, J 05.1);
- гострий ларингофарингіт (J 06.0);

2) інші хвороби верхніх дихальних шляхів (J 30–J 39):

- вазомоторний та алергічний риніт (J 30);
- хронічний риніт, назофарингіт і фарингіт (J 31);
- хронічний синусит (J 32);
- поліп носа (J 33);
- інші ураження порожнини носа та синусів (J 34);
- хронічні хвороби мигдаликів та аденоїдів (J 35);
- перитонзиллярний абсцес (J 36);
- хронічний ларингіт і ларинготрахеїт (J 37);
- хвороби голосових зв'язок і гортані, не класифіковані в інших рубриках (J 38).

Зважаючи на результати проведеного аналізу затвердженої звітності по Україні та Харківській області за тривалий час (2003–2016 рр.), наочно доведено, що весь зазначений спектр різних нозологій захворювань носа, горла та гортані входить до загального класу «Захворювання органів дихання» разом із хворобами нижніх дихальних шляхів. Водночас є різниця у звітності загальнодержавного та обласного рівнів. Так, у довідниках по Україні із загальної кількості захворювань органів дихання для статистичного обліку виділяють бронхіальну астму та пневмонію, а в обласних довідниках ураховують досить широкий спектр захворювань лор-органів: захворювання носа та синусів (без уточнення форми запалення), хвороби мигдаликів та аденоїдів, гострий фарингіт і тонзиліт, алергічний риніт, навіть вазомоторний риніт. З огляду на особливості захворювань у дитячому віці, вважаємо недоцільним виділення для статистичного обліку гострого фарингіту (він, як правило, є складовою гострого тонзилофарингіту) та вазомоторного риніту як не притаманну дитячому віку патологію.

Окрім того, слід зауважити, що кодування захворюваності за МКХ-10 необхідно проводити відповідно до загальних правил і методичних рекомендацій і якщо ураження органів дихання охоплює більш ніж одну анатомічну ділянку, то кодування проводять за анатомічно нижче розміщеною локалізацією [23]. Тому можна обґрунтовано припустити, що статистичні дані про захворюваність на хвороби носа, горла та гортані вірогідно менші за справжні показники, оскільки певну кількість випадків гострих і хронічних запалень верхніх дихальних шляхів реєструють і враховують як хвороби нижніх дихальних шляхів.

За цих умов прогностичного значення набуває визначення показників і динаміки захворюваності на алергічний риніт як джерела розвитку в подальшому бронхіальної астми й інвалідизації, хронічного тонзиліту як передумови розвитку ревматичних, ниркових, суглобових та інших хвороб. Динаміка захворюваності на аденоїдні вегетації, ураховуючи патогенез, віддзеркалює та формує сприятливе тло для виникнення захворювань нижніх дихальних шляхів і вух.

Для поліпшення й удосконалення статистичного обліку захворювань ВДШВСВ доцільно насамперед узгодити та визначити єдині вікові межі груп дітей і реєстр нозологій такого статистичного обліку на всіх рівнях. Існує вірогідність розробки похідної класифікації на основі МКХ-10 чи наступної МКХ-11 для об'єктивності обліку на різних рівнях надання отоларингологічної допомоги із включенням статистично і клінічно значущих нозологій захворювань ВДШВСВ, які мають однакову етіологію і патогенез.

Загальний аналіз статистичних даних, наданих Харківським обласним інформаційно-аналітичним центром медичної статистики та даних загальнодержавних звітів про діяльність системи охорони здоров'я та стан здоров'я населення, виявив певні розбіжності вікових критеріїв, що притаманне саме дитячому контингенту. Так, здійснюючи облік у різні роки в різних довідниках упродовж досліджуваного періоду були виділені різні вікові групи: 0–17 років загалом, потім 0–14 років та 15–17 років окремо. Водночас із 2010 по 2016 р. статистичні показники захворюваності вуха в дітей м. Харкова вивчалися у вікових групах 0–6 років, 7–14 років. Це значно ускладнює стандартизацію, узагальнення

та проведення аналізу захворюваності з адекватною оцінкою та прийняттям управлінських рішень.

ВИСНОВКИ

Дослідження адекватності формування медичної статистичної інформації та ефективності статистичного обліку захворювань ВДШВСП у дітей на основі чинної МКХ-10 виявило таке:

1. Звітність про захворюваність дитячого населення на ВДШВСП проводиться відповідно до рубрикації МКХ-10. Вимоги МКХ-11 не вносять суттєвих змін у проведення статистичного обліку.

2. Відношення захворювань лор-органів, які мають спільність і взаємозалежність етіології, патогенезу захворювань за локально-етіологічними та локально-патогенетичними ознаками до різних класів хвороб за МКХ, призводять до особливостей кодування за принципом: «основне захворювання — ускладнення — супутнє захворювання», що в подальшому, за умови статистичного обліку тільки основного захворювання сприяє виникненню неточності обліку. При цьому, аналіз даних на тлі статичного, клінічно неповного висновку й уявлення про хворобу загалом не дає визначити й усунути важливі ланки патогенезу.

Досить «грозмізка» система кодування захворювань вуха та соскоподібного відростка призводить до кодування «першого рівня» — не далі, ніж зазначені рубрики, не враховуючи конкретну клінічну форму, яку подекуди можна встановити лише в умовах стаціонару. Цей недолік стосовно захворювань вуха та соскоподібного відростка в дітей поглиблюється «узагальненим» статистичним обліком за класом хвороб VIII.

3. Захворювання верхніх дихальних шляхів є складовою в класі X — «Хвороби системи

дихання» із несистематичним виділенням для статистичного обліку окремих нозологій, які належать до лор-органів, та кодуванням захворювання за нижче розташованою ділянкою призводять до неточних статистичних даних, ускладнюють проведення аналізу та обрання необхідних заходів для зниження показників захворюваності. Визначення статистичних показників за цим класом хвороб у дітей тим актуальніше, що за патогенезом захворювання верхніх дихальних шляхів сприяють розвитку численної (в тому числі й хронічної) соматичної патології та захворювань вуха.

4. Наявність розбіжностей вікових критеріїв оцінювання та статистичного обліку захворюваності дітей на державному та регіональному рівнях за період 2003–2016 рр. значно утруднює проведення порівняльного аналізу.

Наведені у висновках дані дослідження висвітлюють можливі чинники неточного статистичного обліку захворювань ВДШВСП, що ускладнює медичний моніторинг за захворюваністю лор-органів у дітей, контролю за наданням медичної допомоги дітям на різних рівнях і формуванням адекватних управлінських заходів для підвищення ефективності лікування захворювань лор-органів у дітей на сучасному етапі реформування галузі.

Перспективу подальшого дослідження становить визначення й розробка індикаторів для контролю адекватного статистичного обліку, повноти вилікованості та контролю за якістю надання первинної, отоларингологічної (спеціалізованої та високоспеціалізованої) допомоги дітям і проведення вчасної корекції на рівні управлінських рішень.

Конфлікт інтересів не заявлений.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI із змінами і доповненнями, внесеними законом України від 19.10.2017 р. № 2168-VII. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T113611?an=1>.
2. Юрочко Т., Бубенчикова С. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. 2019. URL: https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin_11.Toronto_Ohorona_zdorovya.pdf.
3. Устінов О. В. Реформування медичної галузі в Україні отримало законодавче забезпечення. *Український медичний часопис*. 2011. № 4 (84) VII–VIII. URL: <https://www.umj.com.ua/article/14210/reformuvannya-medichnoi-galuzi-v-ukraini-otrimalo-zakonodavche-zabezpechennya>.

4. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 р. *Відомості Верховної Ради*. 2017. № 21. Ст. 245. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>.
5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. *Відомості Верховної Ради*. 2018. № 5. Ст. 31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
6. Дем'яненко Л. Перспективи медичної реформи: Аналіз на основі показників Держбюджету-2020. *Огляд матеріалів ЗМІ «Стратегія-2020». Практика суспільних перетворень*. 2019. № 103 (156). С. 7–13. URL: http://nbuviar.gov.ua/images/praktuka_susp_peretvoren/2019/103.pdf.
7. Про створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1074. URL: <http://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php/hospitalna-rada/365-sklad-gospital-noji-radi/8454-postanova-pro-stvorenniya-gospitalnikh-okrugiv>.
8. Асоціація міст України. У Харківській області створено госпітальний округ. 2019. URL: <https://www.auc.org.ua/novyna/u-harkivskiy-oblasti-stvoreno-gospitalnyy-okrug>.
9. Лазебник Ю. О. Принципи взаємодії статистичних класифікацій в системі e-health в Україні. *Економіка та держава*. 2018. № 9. С. 49–54. URL: <http://www.economy.in.ua/index.php?op=1&z=4150&i=7>.
10. Інформаційне забезпечення розвитку концепції «розумного» здоров'я (Smart Health) / Лазебник Ю. О. та ін. *Бізнес інформ*. 2018. № 2. С. 266–272.
11. Проміжний звіт з інформацією про поточний стан збору та ведення інформації, яка підлягає стандартизації згідно з технічним завданням, та результати огляду міжнародного досвіду з формування таких стандартів «Розробка та узгодження стандартів eHealth», «Лікарські засоби», «Діагнози». Київ, 2016. URL: https://wb.moz.gov.ua/struktura-proektu/komponent-2_-tsentralni-komponenty/e-Health/materials.html?action=view&id=20.
12. Classifications / World Health Organization. URL: <http://www.who.int/classifications/network/en/>.
13. Про деякі питання застосування україномовного варіанта Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E): Наказ від 04.01.2018 р. № 13. 2018. № 13.
14. Гузій О. В., Устінов О. В. Перехід на класифікацію ICPC-2: про особливості процесу з перших вуст. *Український медичний часопис*. 2018. № 1 (1). С. 123. URL: <https://www.umj.com.ua/article/119680/perehid-na-klasifikatsiyu-isrs-2-pro-osoblivosti-protsezu-z-pershih-vust>.
15. МОЗ України: Затверджено національні класифікатори хвороб та інтервенцій. 2019. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-zatverdzheno-nacionalni-klasifikatori-hvorob-ta-intervencij>.
16. Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду: Наказ від 08.10.1998 р. № 297.
17. Про затвердження методичних рекомендацій «Кодування захворюваності та смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду»: Наказ від 29.08.2008 р. № 503.
18. Корень Е. В., Куприянова Т. А. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014. Т. 24. № 2. С. 56–59.
19. Кадырова Т. М. Дискуссионные вопросы при квалификации психических расстройств у детей в соответствии с МКБ-10. *Вестник КРСУ*. 2009. Т. 9. № 12. С. 162–166.
20. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. МКБ-10. Десятый пересмотр. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995. 634 с.
21. Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років: Наказ України від 08.11.2001 р. № 454/471/516.
22. Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності: Наказ України від 14.11.2011 р. № 1295/20033.
23. Голубчиков М. В. Кодування захворюваності та смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду: методичні рекомендації. Київ: МОЗ України, 2008. 89 с.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ

С. О. Самусенко, проф. А. И. Сердюк, доц. И. В. Филатова

Исследовано формирование медицинской статистической информации и эффективности статистического учета заболеваний верхних дыхательных путей, уха и сосцевидного отростка у детей на основе действующей Международной классификации болезней 10 пересмотра.

Обоснована актуальность проведения анализа полноты и эффективности статистического учета заболеваемости детей болезнями верхних дыхательных путей, уха и сосцевидного отростка. Установлено, что

отчетность о заболеваемости детского населения такими болезнями проводится в соответствии с рубриками 10 просмотра. Требования 11 пересмотра не вносят существенных изменений в проведении статистического учета.

Показаны и охарактеризованы особенности статистического учета болезней верхних дыхательных путей, уха, сосцевидного отростка на основе современного классификатора болезней 10 пересмотра. Выявлены недостатки статистического учета заболеваний уха и сосцевидного отростка у детей с точки зрения клинической оценки случаев заболеваний.

Проанализированы причины вероятного занижения статистических показателей заболеваемости болезнями верхних дыхательных путей у этой категории больных. Наличие расхождений при формировании групп статистического учета заболеваемости лор-органов у детей при проведении анализа статистических тенденций приводит к неточности учета и анализа данных и мешает разработке адекватных управленческих решений.

Показана целесообразность разработки индикаторных показателей, приведение в соответствие критериев формирования возрастных групп для статистического учета и создания единого реестра нозологий для проведения такого учета на разных уровнях.

Ключевые слова: статистический учет, заболевания верхних дыхательных путей, уха и сосцевидного отростка, дети.