

Здоров'я та суспільство

А.Р. Уваренко, В.В. Андреева. Соціально-гігієнічна оцінка деяких кваліметричних та семантичних параметрів перебудовчих процесів в охороні здоров'я України

О.В. Горішна. Порівнювальна структура захворюваності серед дітей-переселенців та дітей із сімей ліквідаторів на ЧАЕС

В. Рудень, О. Когут, О. Заремба, Н. Лабінський. Стратегія та пріоритетність у реформуванні системи охорони здоров'я України

В.С. Федик. Епідеміологія уражень щитоподібної залози підлітків, які мешкають у контрольованих районах, забруднених внаслідок Чорнобильської аварії

Методологічні підходи в системі охорони здоров'я

М.І. Кучерепа. Соціальні фактори хронічних неспецифічних захворювань легень у сільській місцевості

О.М. Голяченко, Л.М. Романюк, Л.М. Михайлів. Медико-статистичні критерії здоров'я людинності та причини його зумовленості

О.І. Хара. Медико-економічні стандарти в сифілідології

В.Л. Таралло, Ю.А. Тимофєєв. До оцінки факторів ризику в практиці охорони здоров'я та наукових дослідженнях

Інформаційні технології в управлінні охороною здоров'я

О.М. Очередько. Можливості спостереження за станом захворюваності сільських мешканців за допомогою ієрархічної моделі моніторингу

В.О. Волошин, А.В. Терентьєва, А.В. Терентьєв. Сучасні напрями розвитку автоматизації системи управління державною службою медицини катастроф

Health and Society

A.R. Uvarenko, V.V. Andreeva. Social and hygienic evaluation of some qualimetric and semantic parameters of reformation processes in public health care of Ukraine

O.V. Gorishna. Comparative structure of sick-rate among migrant – children and those of the families of chornobyl disaster liquidators

V. Ruden, O. Kohut, O. Zarembo, N. Labinskyi. Strategy and priority in reformation of the health care system in Ukraine

V.S. Fedyk. Epidemiology of thyroid gland damages juveniles residing in control areas contaminated after Chornobyl disaster

Methodologic Approaches in the Public Health System

M. Kucherepa. Social factors of chronic non-specific pulmonary diseases in rural districts

O.M. Goliachenko, L.M. Romaniuk, L.M. Mychailiv. Medical and statistic criteria of the population health and causes of its determination

O.I. Hara. Medical and economic standards in syphilology

V.I. Tarallo, YU.A. Tymofeyev. On evaluating of risk factors in health care practice and scientific investigations

Information Technologies in the Public Health Management

A.M. Ocheredko. Possibilities for controlling of morbidity state of rural population by means of hierarchical monitoring model

V.A. Voloshyn, A.V. Terentyeva, A.V. Terentyev. Up-to-day directions in development of automated management system within the state disaster medicine service

Здоров'я та суспільство

А.Р. Уваренко, В.В. Андреева. Соціально-гігієнічна оцінка деяких кваліметричних та семантичних параметрів перебудовчих процесів в охороні здоров'я України

О.В. Горішна. Порівнювальна структура захворюваності серед дітей-переселенців та дітей із сімей ліквідаторів на ЧАЕС

В. Рудень, О. Когут, О. Заремба, Н. Лабінський. Стратегія та пріоритетність у реформуванні системи охорони здоров'я України

В.С. Федик. Епідеміологія уражень щитоподібної залози підлітків, які мешкають у контрольованих районах, забруднених внаслідок Чорнобильської аварії

Методологічні підходи в системі охорони здоров'я

М.І. Кучерепа. Соціальні фактори хронічних неспецифічних захворювань легень у сільській місцевості

О.М. Голяченко, Л.М. Романюк, Л.М. Михайлів. Медико-статистичні критерії здоров'я людності та причини його зумовленості

О.І. Хара. Медико-економічні стандарти в сифілідології

В.Л. Таралло, Ю.А. Тимофєєв. До оцінки факторів ризику в практиці охорони здоров'я та наукових дослідженнях

Інформаційні технології в управлінні охороною здоров'я

О.М. Очередько. Можливості спостереження за станом захворюваності сільських мешканців за допомогою ієрархічної моделі моніторингу

В.О. Волошин, А.В. Терентьєва, А.В. Терентьєв. Сучасні напрями розвитку автоматизації системи управління державною службою медицини катастроф

Health and Society

A.R. Uvarenko, V.V. Andreeva. Social and hygienic evaluation of some qualimetric and semantic parameters of reformation processes in public health care of Ukraine

O.V. Gorishna. Comparative structure of sick-rate among migrant – children and those of the families of chornobyl disaster liquidators

V. Ruden, O. Kohut, O. Zaremba, N. Labinskyi. Strategy and priority in reformation of the health care system in Ukraine

V.S. Fedyk. Epidemiology of thyroid gland damages juveniles residing in control areas contaminated after Chornobyl disaster

Methodologic Approaches in the Public Health System

M. Kucherepa. Social factors of chronic non-specific pulmonary diseases in rural districts

O.M. Goliachenko, L.M. Romaniuk, L.M. Mychailiv. Medical and statistic criteria of the population health and causes of its determination

O.I. Hara. Medical and economic standards in syphilology

V.I. Tarallo, YU.A. Tymofeyev. On evaluating of risk factors in health care practice and scientific investigations

Information Technologies in the Public Health Management

A.M. Ocheredko. Possibilities for controlling of morbidity state of rural population by means of hierarchical monitoring model

V.A. Voloshyn, A.V. Terentyeva, A.V. Terentyev. Up-to-day directions in development of automated management system within the state disaster medicine service

6

10

11

16

20

23

27

31

34

37

Екологія і здоров'я

С.В. Лукащук-Федик. Особливості взаємозв'язку сприятливих факторів середовища та репродуктивної системи жінки: реалії та перспективи

Організація медичної допомоги

Г.О. Слабкий. До питання про реформування стаціонарної медичної допомоги населенню великого міста

А.О. Голяченко, В.І. Мартинюк. Організація медичної реабілітації в санаторії "Медобори".

В.В. Безруков, К.В. Вержиковська, В.В. Чайковська. Стан здоров'я і надання медичної допомоги літнім людям

С.В. Хміль, Л.М. Маланчук, І.В. Корда, С.Л. Маланчук. Лапароскопічна лімфотропна імунотерапія у хворих на гнійно-запальні захворювання придатків матки

В.С. Киливник, Т.Г. Бакалюк, О.М. Лавриненко, Ю.М. Чопко, В.М. Мартинюк, С.М. Бойко. Контингент хворих, які проходять медичну реабілітацію

І.І. Люля. Організація стоматологічної допомоги в умовах ринку

С.В. Лукащук-Федик. Скринінг гінекологічних захворювань за допомогою тестів функціональної діагностики

М.М. Буртняк, Д.М. Виштикалюк. Деякі аспекти реформування первинної медико-санітарної допомоги в сільській місцевості

Медичні кадри

О.Н. Литвинова, О.С. Кузнець. Соціологічне опитування управлінських кадрів системи охорони здоров'я України базового рівня

О.В. Вороненко, О.П. Гульчій, О.Г. Назарова, С.М. Зоріна, Л.О. Прус, А.П. Чуйко. Деякі особливості викладання соціальної медицини та організації охорони здоров'я в сучасному періоді реформування охорони здоров'я

Ecology and Health

S.V. Lukashchuk-Fedyk. Peculiarities of the interconnection between the environmental unfavourable factors and the female reproductive function. realities and prospects

Organization of Medical Care Provision

G.A. Slabky. To the question of reforming in-patient medical aid to the population of a big city

A.A. Golyachenko, V.I. Martynuk. Organization of medical rehabilitation in sanatorium "Medobory"

V.V. Bezrukov, N.N. Verzhikovska, V.V. Chaikovska. Health status and medical care for the elderly people

S.V. Khmil, I.M. Malanchuk, I.V. Korda, S.L. Malanchuk. Laparoscopic limphotropic immunotherapy application for the patients with purulent inflammation of the adnexa

V.S. Kylyvnik, T.H. Bakaliuk, O.M. Lavrynenko, YU.M. Chopko, V.M. Martyniuk, S.N. Boiko. Patient groups which pass a medical rehabilitation

I.I. Lulya. Organization of stomatological care in the market conditions

S.V. Lukashchuk-fedyk. Screening of gynaecologic diseases by means of functional diagnostics tests

M.N. Burtniak, D.M. Vyshtykaliuk. Some aspects of the primary medical and sanitary assistance reforming in the country-side

Medical Professions' Manpower

O.N. Lytvynova, A.S. Kuznets. Sociologic characterization of administrative staff of basis level in the Health Care System of Ukraine

Yu.V. Voronenko, O.P. Hulchiy, O.H. Nazarova, S.M. Zorina, L.A. Prus, A.P. Chuyko. Some features in teaching of social medicine and organization of public health system on nowadays stage of its reformation in Ukraine

Економіка охорони здоров'я

Т.Ф. Баранова. Фінансовий та економічний стан охорони здоров'я України в умовах реформування галузі

І.І. Роцин, В.О. Волошин, М.М. Михайловський, А.В. Терентьева, О.З. Набоченко, П.В. Воложський. Особливості організації матеріально-технічного забезпечення формувань і закладів державної служби медицини катастроф України

Р.А. Прищак. Про вартість онкогінекологічної допомоги

До відома авторів**Economy of Health Care**

T.F. Baranova. Financial and economical status of the Ukraine's public health service (phs) in conditions of reforming 80

G.G. Roshchyn, V.A. Voloshyn, N.N. Mychailovsky, A.V. Terentiyeva, A.Z. Nabochenko, P.B. Voliansky. Peculiarities of organization of material and technical security for formations and establishments of ukraine's disaster medicine state service 82

R.A. Pryshchak. About calculation of medical treatment costs for patients with oncogynecopathy 86

88 Notices for Authors

А.Р. УВАРЕНКО, В.В. АНДРЕЄВА (Київ)

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ДЕЯКИХ КВАЛІМЕТРИЧНИХ ТА СЕМАНТИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ПЕРЕБУДОВЧИХ ПРОЦЕСІВ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Український центр наукової месичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України

Початок перебудови вітчизняної охорони здоров'я не є даниною моді чи наслідуванням функціонування таких систем у цивілізованих країнах світу, де панують ринкові відносини. Реформування охорони здоров'я в Україні є об'єктивною необхідністю, бо його інфраструктура, система управління, технології загального потенціалу галузі формувалися в інших соціально-економічних умовах.

Так звана "радянська охорона здоров'я" як система не могла успішно функціонувати у рамках нових соціально-економічних відносин, що народжувались у державі.

Дивно, але до цього часу система охорони здоров'я не має національної, науково обґрунтованої програми перебудови охорони здоров'я хоч би на середньостроковий період.

Таблиця 1. Деякі перепони на шляху перебудови системи охорони здоров'я України

Об'єктивні 1	Суб'єктивні 2
1. Деформація процесів формування нових соціально-економічних відносин у країні, що негативно впливає на функціонування галузі	1. Слабка підготовка фахівців галузі, в тому числі керівників, з питань перебудови охорони здоров'я, зокрема з економічних аспектів
2. Повільне і не завжди коректне впровадження ринкових відносин в охорону здоров'я. Відсутнє медичне страхування як безальтернативний шлях формування нової системи організації медичного забезпечення населення	2. Превалювання централізованої системи управління в охороні здоров'я над децентралізованою. Децентралізація управління ще належним чином не сприймається на місцях, адже бере гору досвід управління, набутий ще за часів радянської влади
3. Слабка економічна база країни і, відповідно, галузі. Планування залишкового принципу фінансування охорони здоров'я та мізерні його параметри	3. Недостатнє наукове забезпечення процесу перебудови охорони здоров'я. Не одержують належної наукової та громадської оцінки дисертаційні роботи, що віддзеркалюють технології реформування охорони здоров'я тощо
4. Зупинення процесу впровадження у галузь нового господарчого механізму як сучасної і цивілізованої системи управління в охороні здоров'я, заснованої на економічних важелях	4. Недостатнє вивчення та використання практичного досвіду реформування охорони здоров'я в країнах СНД
5. Явно недостатнє правове забезпечення перебудови галузі	5. Відсутність необхідної наступності поглядів на реформування охорони здоров'я з боку керівників галузі вищого рангу. Часто зроблене раніше відкидається, а "нове" застосовується з нульового циклу
6. Відсутність відомої для медичної громадськості національної програми реформування охорони здоров'я хоча б на середньостроковий прогностичний період, яка б стала основою формування перебудовчих процесів на місцях	6. Нерішучість керівників структур країни у підтримці реформування охорони здоров'я, наприклад відносно введення страхової медицини тощо
7. Слабка ідеологія перебудови. Продовжується пошук головних форм та напрямків реформи, багато з яких за своєю суттю "крутяться" навколо минулої охорони здоров'я, повертається до якої не можна ні за яких умов	7. Скрізь робилась спроба "увігнати" систему радянської охорони здоров'я в рамки ринкових відносин і, навпаки, принципи ринкових відносин - у рамки радянської охорони здоров'я, що, загалом, безперспективна справа і тільки породжує у лікарів розчарування та недовіру до перебудови галузі
8. Інноваційна політика у сфері реформування охорони здоров'я практично відсутня. Немає і натурних експериментів, полігонів, апробацій, експериментальних баз нових перебудовчих технологій. У галузевому реєстрі нововведень майже відсутні інновації щодо перебудови галузі	8. Основоположні проблеми охорони здоров'я через цільові програми навіть при належному їх фінансуванні, як правило, до кінця не розв'язуються у зв'язку з відсутністю послідовного та ретельного контролю за реалізацією програми.

Продовження таблиці 1

1	2
	9. У галузі переважає система прийняття важливих управлінських рішень з позиції здорового глузду, що сьогодні вважається абсолютно непридатним принципом. Відсутні медико-соціологічна служба і, відповідно, медико-соціологічні дослідження на користь прийняття управлінських рішень
	10. Реформування охорони здоров'я поки що розглядається керівництвом країни та окремих галузей народного господарства як особисте піклування системи охорони здоров'я, а не як загальнодержавне завдання (політика)
	11. Останнім часом серед багатьох керівників медичної науки й охорони здоров'я панує негативізм стосовно соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Малим є попит на обізнаних фахівців для впровадження політики перебудови і, загалом, виконання важливих завдань; немає консультативного центру перебудови, наприклад, при Інституті громадського здоров'я або Міністерстві охорони здоров'я України

Наведені в таблиці 1 причини наших невдач досить зрозумілі й не потребують спеціального розгляду. Не виключено, що деякі з них можуть викликати заперечення, дискусію, уточнення тощо.

Не слід вважати крамольною думку, що якби сьогодні система охорони здоров'я раптом отримала асигнування з бюджету в 3-5 разів більші, ніж вона одержує протягом останніх років, то після швидкого використання таких асигнувань вона принципово не змінилася б. Чому? Не усунуто перепони на шляху реформування галузі. Отже, приматом перебудови охорони здоров'я є усунення цих перепон, а вторинним — фінансування. І це досить принципове питання, що, на наш погляд, не однозначно сприймалося керівниками галузі.

Американський фахівець М. Макінен (1996) щодо стратегії реформування охорони здоров'я в Україні висловив цікаву думку. Йдеться про те, що не можна збоку давати українцям готові поради, що робити. Не тому, що це загрожує суверенітету держави, а тому, що політика реформування правильна тільки для України і не більше. Однак у великому спектрі пропозицій українцям належить вибирати найбільш придатні, враховуючи світовий досвід. Це найпростіший і виправданий механізм формування політики реформувальних. Зі сказаним не можна не погодитись. Тільки тепер МОЗ України серйозно розпочало вивчати світовий досвід реформування галузі.

Звичайно, однозначним є й те, що час, який був відведений для реформування охорони здоров'я України, не варто сьогодні трактувати тільки як цілковиту невдачу та втрату.

Так, не було отримано бажаного результату перебудови галузі, однак у цій справі з'явилось немало позитивних моментів. Наприклад, одержано певний досвід функціонування галузі за умов її багатокладності, апробовано окремі елементи ринкових

відносин (приватна медицина), розширено сферу використання економічних важелів в управлінні, вивчено технології акредитації, ліцензування та пошуку позабюджетних джерел фінансування, підготовки правових документів, розроблено критерії якості медичних технологій (стандарту якості, кінцевих результатів), елементів ціноутворення тощо.

Як бачимо, параметри перебудовчих процесів, які маємо, різноманітні та досить об'ємні, хоча й не всі достатньо закріплені, підготовлені до вдосконалення тощо.

Наприклад, згідно з вимогами до інноваційної політики не слід вищезгадані стандарти медичних технологій намагатися сьогодні будь-що матеріалізувати, навіть за допомогою директивних документів. Стандарти "працюють" тільки в умовах ринкових відносин, адже вони для того створені, а про ринкові відносини в охороні здоров'я без "Закону про обов'язкове медичне страхування" сьогодні говорити не доводиться. Та й імперативні форми інновацій — не кращі форми.

Немало є вад у формуванні правового поля перебудови (табл. 2). На наш погляд, більш якісно повинен проходити процес акредитації медичних закладів. Скажімо, про яку акредитацію може йти мова, якщо у деяких лікувально-профілактичних установах лікарі майже позбавлені можливостей використовувати науково-інформаційні ресурси. У таких закладах не займаються науково-інформаційною діяльністю, зовсім не дбають про інноваційні процеси тощо.

Чи є сьогодні кваліметричні критерії оцінювання якості перебудовчих процесів? Звичайно, є. І основний з них — параметри здоров'я населення (табл. 3). Адже врешті-решт, перебудова галузі й проводиться з метою покращання здоров'я співвітчизників. Однак, наявні показники здоров'я дуже інертні, наприклад, демографічні. Не можуть вони

своєчасно віддзеркалювати якість перебудовчих процесів в охороні здоров'я через те, що більшою мірою залежать не стільки від якості надання медичної допомоги, скільки від соціально-економічного стану суспільства, екології тощо. Про це знають усі, хоча, на наш погляд, думка про те, що здоров'я на 10 % залежить від функціонування

охорони здоров'я, для нашої країни зовсім неправильна. Тому не дивно, що держава так мало піклується про медицину. Насправді, ми самі визначаємо таку нашу долю і без втоми повторюємо на всіх рівнях ці злополучні 10 % або точно не розуміємо не тільки суті цього параметра, але й того, яку шкоду приносить охороні здоров'я таке дилетанство.

Таблиця 2. Правове та директивне забезпечення реформування вітчизняної охорони здоров'я

№ за/п	Найменування документів	Роки								
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1	Закони України		1				1		1	2
2	Постанови Кабінету Міністрів України					1	3	2	7	17
3	Накази МОЗ України	1	10	13	3	7	2	4	11	15

Таблиця 3. Демографічна ситуація та деякі параметри здоров'я населення

№ за/п	Найменування показників	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1	Кількість населення, тис.	52056,6	52244,1	52114,4	51728,4	51334,1	50893,5	50499,9	
2	Середня очікувана тривалість життя, роки								
	Чоловіків	64,7	68,9	63,3	62,5	61,3	61,7	62,3	63,3
	Жінок	74,3	74,1	73,4	73,0	72,6	72,8	73,2	74,0
3	Загальний коефіцієнт народжуваності, ‰	12,1	11,4	10,7	10,0	9,0	9,1	8,7	8,3
4	Загальний коефіцієнт смертності, ‰	12,9	13,4	14,2	14,7	15,4	15,2	14,9	14,3
5	Смертність немовлят, ‰	13,9	14,0	14,9	14,5	14,7	14,3	14,0	12,8
6	Кількість хворих на туберкульоз, $\frac{0}{10000}$	185,1	185,9	187,1	190,9	193,1	205,5	210,1	226,8
7	Захворюваність на сифіліс, $\frac{0}{10000}$	10,1	18,7	14,0	68,8	118,6	150,9	147,1	138,4

Апріорі негативну роль відіграла нестійка система кадрового забезпечення вищих управлінських структур галузі. Наприклад, протягом 6 років змінилось 7 міністрів охорони здоров'я країни, кожний з яких відхилив політику попередника і формував свою власну. Доказом можуть бути програмні документи громадського руху "Пульс України", які запропоновано як нові, але для обізнаних вони "добре забуті старі". Мабуть, тому і немає очікуваної віддачі від згаданого руху.

До речі, невиправдано галузь знехтувала принципи управління, які декларувались новим господарчим механізмом (НГМ). На наш погляд, це стало причиною дуже повільної перебудови системи управління галуззю, в тому числі живучості централізованої системи, відсутності єдиного медичного простору в країні, недостатньої компенсації керівників у галузі економічних важелів управління та ін. Вважаємо, що деякі принципи НГМ потрібно негайно реанімувати.

Тут доречно сказати декілька слів про вдосконалення управління галуззю за рахунок виконання

програми інформації. На жаль, ще немає відчутних результатів такої роботи. Мабуть, потребує вдосконалення сама ідеологія комп'ютеризації галузі. Не годиться, що протягом останніх двох-трьох років на виконання цього завдання було видано більше десяти галузевих наказів, багато з яких суперечать один одному. Очевидно, вибір головної організації з виконання програми комп'ютеризації, тобто Українського інституту громадського здоров'я, правильний, однак у реалізації згаданої програми потрібні бажання, прагнення вирішувати проблеми разом з іншими профільними установами, більше дбати про наповнення комп'ютеризації мережі інформаційним субстратом тощо. Центр інформаційних технологій МОЗ України байдужий до долі інформатизації галузі, хоча ця установа поки що має величезний комп'ютерний парк і, відповідно, цінний програмний продукт. І, нарешті, галузь повинна мати саме прикладну галузеву програму комп'ютеризації, що досить важливо для перебудови. Хоча без матеріально-фінансової підтримки такі програми залишаються маревом.

Одне з небагатьох спрямувань діяльності системи охорони здоров'я, яке було вдало перебудовано у змістовному плані, — це система інновацій. Вона сьогодні за своєю формою, організацією, змістом та іншими характеристиками

відповідає сучасним вимогам. Але не вирішена поки що проблема визначення результативності інноваційних технологій та інноваційної культури лікарів. Щодо обсягів такої роботи, то дані наведено в таблиці 4.

Таблиця 4. Кваліметрична характеристика інноваційної діяльності наукових організацій і навчальних закладів (1992-1999 рр.)

Найменування видів інноваційних засобів комунікації	Роки							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Включено до Галузевого реєстру нововведень	-	201	212	115	108	117	117	254
Видано методичних рекомендацій	155	62	47	55	77	84	60	73
Видано інформаційних листів	236	170	167	136	139	164	106	90

Є дуже важлива проблема, без вирішення якої говорити про перебудову нашої охорони здоров'я просто не варто. Йдеться про всі аспекти профілактичної діяльності в медицині. На жаль, реформування охорони здоров'я найменше торкнулося профілактичної медицини, що апіорі не могло негативно позначитись на підсистемах галузі.

Не вперше ми говоримо про це. Створена МОЗ України спеціальна комісія у 1998 році розробила проект "Закону України про профілактичну діяльність медичних закладів системи охорони здоров'я", однак цей документ не вийшов за межі кабінету чиновника Міністерства охорони здоров'я, а шкода. До цього часу навіть керівники санепідслужби переконані, що медичними профілактичними технологіями (первинна, вторинна, третинна профілактика) займаються фахівці цієї служби. Не випадково страждають контролюючі, методичні, організаційні функції, які властиві санепідслужбі, якщо остання чомусь претендує на застосування власне профілактичних технологій. Як сказав класик (неточно цитування), "в цьому домі все змішалось", але настав час все

поставити на свої місця, якщо не науково-методичним, то правовим шляхом. Потрібно здолати вульгарне уявлення про профілактичну діяльність.

Підсумовуючи сказане в цій статті, доцільно підкреслити, що соціально-гігієнічна оцінка перебудовного процесу у вітчизняній охороні здоров'я торкнулась кваліметричних і семантичних параметрів лише тих бар'єрів (крім дефіциту фінансування), які були і сьогодні стоять на шляху подальшого розвитку галузі. Ми навмисно не акцентували уваги на дефектах правового поля перебудови охорони здоров'я, на вихованні медичних кадрів, у тому числі їх компетентності у справах реформування галузі, на долі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), особливо в селах, та деяких інших проблемах, які достатньо повно обговорювались та обговорюються зараз у засобах наукової комунікації.

Ми повторюємо, що без необхідних фінансових ресурсів перебудову не здійснити, але все ж таки приматом у цій державній справі повинно бути максимально можливе усунення перепон перебудові, про що головним чином говорилося вище.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ КВАЛИМЕТРИЧЕСКИХ И СЕМАНТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПЕРЕСТРОЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УКРАИНЫ

А.Р. Уваренко, В.В. Андреева

Проведен анализ объективных и субъективных причин сдерживания процессов реформирования здравоохранения Украины. Дано кваліметрические и семантические характеристики качества перестроечных процессов отрасли. Уделено внимание вопросам информатизации и инновационной политики, кадрового обеспечения и использованию ресурсов системы здравоохранения.

SOCIAL AND HYGIENIC EVALUATION OF SOME QUALIMETRIC AND SEMANTIC PARAMETERS OF REFORMATION PROCESSES IN PUBLIC HEALTH CARE OF UKRAINE

A.R. Uvarenko, V.V. Andreeva

The analysis of objective and subjective reasons of reformation processes retarding in Ukrainian public health care was performed. Qualimetric and semantic descriptions of reformation processes quality in public health were presented. Great attention was paid to the problems of informatization and innovation policy, personnel provision and resources usage in public health care system.

УДК 616 – 053.2: 612014.482

О.В. ГОРИШНА (Полтава)

ПОРІВНЮВАЛЬНА СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНОСТІ СЕРЕД ДІТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ТА ДІТЕЙ ІЗ СІМЕЙ ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Українська медична стоматологічна академія

Минуло вже понад 14 років від Чорнобильської катастрофи, а проблема здоров'я потерпілих стоїть надзвичайно гостро. Найбільше турбує здоров'я дітей, які постраждали від радіоактивного забруднення, а також дітей, які народились від ліквідаторів аварії. За нашим глибоким переконанням, ця проблема потребує серйозних досліджень з проведенням всебічного аналізу захворюваності й пошуку ефективних методів профілактики прогнозованої патології, передовсім серед дітей. Вона має вирішуватись як медичним загалом держави, так і її владою.

Нами досліджена захворюваність у 702 дітей віком від 7 до 14 років, які проживають у м. Полтава. Серед них було 93 дитини, які належать до категорії переселенців з радіаційно забруднених зон, та 609 дітей із сімей ліквідаторів аварії на ЧАЕС. При аналізі захворюваності дітей користувались даними статвідділу міської клінічної дитячої лікарні, картами розвитку дитини (форма 112-У), а також результатами медичного огляду.

На основі одержаних даних можна зробити висновок, що в структурі захворювань досліджуваного контингенту дітей перше місце посідають порушення статури, друге – гіперплазія щитовидної залози і третє – захворюваність шлунково-кишкового тракту, насамперед дискінезія жовчовивідних шляхів. Слід відмітити, що в переважній більшості випадків вона поєднується з хронічними гастритами, гастродуоденітами та вегетосудинною дистонією. На нашу думку, заслуговує особливої уваги і потребує подальшого дослідження той факт,

що мають місце деякі відмінності щодо морфофункціональної структури захворювань серед дітей-переселенців і дітей, які народились від ліквідаторів аварії. Зокрема, у дітей із сімей ліквідаторів переважають такі захворювання, як порушення статури, гіперплазія щитовидної залози, тоді як у дітей, які зазнали безпосереднього впливу радіоактивного забруднення, – патологічні зміни функціонального характеру: дискінезія жовчовивідних шляхів, вегето-судинна дистонія. Виявлена особливість, напевно, частково пов'язана із зміною рівнів функціональної рухливості нервових процесів і потребує подальшого наукового дослідження. Переважаюче місце в структурі захворюваності патології шлунково-кишкового тракту не є випадковим, оскільки, як відомо з літературних джерел, тривала радіаційна дія в малих дозах зумовлює поліпатичні ефекти, які проявляються, насамперед, ураженням органів шлунково-кишкового тракту, ендокринної, нервової систем, кровотворних та лімфоїдних органів. Вони спричиняють високий ризик розвитку аутоімунної й онкологічної патологій, опосередковують особливості клінічного перебігу ряду гострих та хронічних захворювань.

З огляду на вищенаведені дані, на нашу думку, виникає нагальна потреба у пошуку шляхів вибіркового, індивідуального підбору методів профілактики, лікування та реабілітації патологічних змін у стані здоров'я дітей-переселенців, з одного боку, та дітей із сімей ліквідаторів аварії на ЧАЕС – з іншого.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ СТРУКТУРА

ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС

О.В. Горишна (Полтава)

Проведен сравнительный анализ структуры заболеваемости среди детей из семей ликвидаторов аварии на ЧАЭС и семей переселенцев, которые проживают в г. Полтава.

Результаты исследования позволили сделать вывод, что у детей, которые подвергались опосредованному воздействию радиоактивного излучения, преобладают патологические процессы органного, соматического

характера, в то время как у детей, которые получили непосредственное воздействие радионуклеидов, – изменения функционального характера. Полученные данные направляют на поиск путей индивидуального подхода к выработке неординарных методов профилактики, лечения и реабилитации патологических изменений в состоянии здоровья детей из семей ликвидаторов аварии на ЧАЭС, с одной стороны, и детей-переселенцев, с другой.

COMPARATIVE STRUCTURE OF SICK-RATE AMONG MIGRANT – CHILDREN AND THOSE OF THE FAMILIES OF CHORNOBYL DISASTER LIQUIDATORS

O.V. Gorishna (Poltava)

There was conducted the comparative analysis of the sick-rate structure among the children from the families of Chernobyl disaster liquidators and from migrant families living in now in Poltava.

The results of investigation allowed to make a conclusion that in children who were undergone indirect influence of radioactive radiation prevail pathologic processes of organ-, somatic character while in children who were undergone the direct influence of radionuclides prevail the changes of functional character. The obtained data lead to the search of ways of individual approach to the developing of non-ordinary methods of prophylaxis, treatment and rehabilitation of pathologic changes in health status of children from the two above mentioned types of families.

УДК 614.2 (477)

В. РУДЕНЬ, О. КОГУТ, О. ЗАРЕМБА, Н. ЛАБІНСЬКИЙ

СТРАТЕГІЯ ТА ПРІОРИТЕТНІСТЬ У РЕФОРМУВАННІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Курс на демократичні та ринкові перетворення, проголошений Україною в 1994 році й підтриманий народом на виборах Президента держави в жовтні 1999 року, не обминув і такої складної соціальної проблеми, як здоров'я населення та його медичне забезпечення.

Сьогодні для України, як і для більшості країн світу, характерною є криза в здоров'ї людей. Це зумовлено тим, що екстенсивний напрямок розвитку медичної допомоги з постійним розширенням спеціалізованих служб не сприяв цілісному та якісному підходу до профілактики й оздоровлення.

Низький рівень первинного медико-санітарного забезпечення, неналежні умови праці, побуту та забруднення навколишнього середовища негативно вплинули на збереження генофонду, призвели до появи від'ємного показника приросту населення і скорочення середньої тривалості життя громадян України.

Підтвердженням сказаного є дані Державного комітету статистики України, відповідно до яких

населення України, станом на 1 жовтня 1999 року, становило 49,8 млн. чоловік, тоді як у 1998 році в країні проживало 50,3 млн. Показник загальної рівня захворюваності серед населення країни, станом на 1998 рік, склав 126 517,17 на 100 тис. населення, тоді як показник загальної смертності дорівнював 14,1 ‰, а показник народжуваності – 8,7 ‰ і був одним з найнижчих у Європі.

На основі аналізу проблем охорони здоров'я та прогнозу розвитку ситуації, відповідно до положень Конституції України (1996 р.), "Основ законодавства України про охорону здоров'я" (1992 р.), Концепції реформування системи охорони здоров'я України (1997 р.), Програми реорганізації медичної допомоги в Україні "Перспектива-2010", що схвалена громадською ініціативою за здорову націю "Пульс України" на I Всеукраїнському з'їзді медичних працівників у жовтні 1999 року, та інших нормативно-правових документів, можна зробити висновок про необхідність впровадження нової стратегії охорони здоров'я, яка повинна включати

аспекти зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань та ефективну медичну допомогу в разі потреби. При цьому важливим є те, що вже сьогодні лейтмотив здоров'я проголошений у країні як найвищий обов'язок та цінність всієї держави і її громадян.

Такою стратегією, на нашу думку, повинно стати, відповідно до рекомендацій ВООЗ, створення багатокладності у функціонуванні форм медичного забезпечення населення України, що характеризуватиметься:

- вдосконаленням державної системи охорони здоров'я (для соціально незахищених, малозабезпечених осіб, осіб старшого віку та перестарілих);
- створенням системи медичного страхування як обов'язкового, так і добровільного (для населення, яке працює);
- розвитком приватної медицини (для багатих людей).

Основою стратегічного підходу в процесі реформування повинно стати вдосконалення системи первинної медико-санітарної допомоги, що дозволить створити міцний фундамент у системі медичного забезпечення, де головною фігурою буде лікар загальної практики (сімейний лікар). Це в кінцевому результаті влаштуватиме будь-яку форму медичного забезпечення населення країни.

Запропонований нами стратегічний підхід до процесу реформування діючої системи охорони здоров'я дозволить:

- перенести акценти в практичній охороні здоров'я зі стаціонарної допомоги на амбулаторно-поліклінічну ланку з мережею денних та домашніх стаціонарів;
- реально впровадити ринкові механізми в медичне забезпечення;
- запровадити багатогранність форм медичної діяльності через систему функціонування державної, страхової та приватної медицини;
- створити умови з боку держави, що зацікавлять людей у здоровому способі життя;
- розподілити на рівні держави права й обов'язки громадян, системи охорони здоров'я і народно-господарського комплексу щодо збереження довкілля та здоров'я людини тощо.

Основним у період реформування діючої системи повинен бути принцип: "зона першого контакту" між населенням і медичною допомогою, тобто через систему первинної медико-санітарної допомоги до лікаря загальної практики з подальшим розвитком системи сімейних лікарів, удосконалюючи при цьому, в розумних та необхідних межах, вторинний та третинний рівні медичної допомоги.

Чому саме реформування діючої системи слід розглядати через "зону першого контакту" між

населенням і медичним забезпеченням або системою первинної медико-санітарної допомоги?

Запровадження Інституту лікарів загальної практики (сімейних лікарів) у будь-якій країні – це революційний процес у наявній системі охорони здоров'я, особливо в її амбулаторно-поліклінічній ланці, оскільки:

- по-перше, з'являється лікар, юридично, фінансово і морально відповідальний за свого пацієнта (цілодобово), навіть якщо його госпіталізовано;
- по-друге, об'єктом уваги лікаря загальної практики стає сім'я з усіма її членами (дітьми, дорослими, вагітними, перестарілими тощо);
- по-третє, суттєвій реорганізації піддаються й інші види медичної допомоги (амбулаторна, спеціалізована, невідкладна, стаціонарна), і створюється система позалікарняних форм забезпечення населення (денні та домашні стаціонари).

На користь запровадження Інституту лікарів загальної практики (сімейних лікарів) свідчить аналіз доступних нам наукових матеріалів за 1993-1998 роки.

Дослідженнями встановлено, що 90 % всіх пацієнтів у різних країнах світу починають і закінчують лікування на рівні лікаря загальної практики (сімейного лікаря).

У різних країнах світу серед усіх лікарів кількість лікарів загальної практики (сімейних лікарів) склала від 54 % у Франції до 15 % в Іспанії. У США із 653 тис. лікарів 39,2 % припадає на сімейних лікарів (у 1990 році – 34 %), а всі інші є лікарями-спеціалістами. На одного лікаря загальної практики припадає від 850 (Австралія) та 975 (Іспанія) мешканців до 2430 (Швеція) осіб. Кількість годин роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) за тиждень коливається від 25 у Франції до 57 годин в Японії.

За кількістю консультацій за одну годину прийому найбільш інтенсивно лікарі загальної практики працюють в Японії – 5,7, а найменше – у Швеції, де мають 2,4 консультації. Відповідно різниться рівень консультацій, наданих лікарем загальної практики (сімейним лікарем) на 1 000 жителів протягом тижня: в Японії – 203,1, в Німеччині – 206,2, а в Швеції – всього 41,2. Середня кількість консультацій на одного лікаря загальної практики (сімейного лікаря) за тиждень, тобто навантаження лікаря, за різними даними становить від 60 консультацій у Норвегії до 220 в Німеччині.

Пріоритетність щодо системи первинної медико-санітарної допомоги та лікаря загальної практики (сімейного лікаря) вже сьогодні оговорено в Україні "Основними напрямками соціальної політики країни на 1997-2000 роки", де сказано про "...структурну перебудову системи охорони здоров'я з переорієнтацією на надання населенню первинної медико-санітарної допомоги за принципом сімейного лікаря (лікаря загальної практики)".

Основним організаційним вирішенням здійснюваної реорганізації всієї системи охорони здоров'я повинна стати її чітка структуризація зі створенням двох служб: Служби здоров'я та Служби хвороби.

При цьому лікар загальної практики (сімейний лікар) повинен стати лікарем-профілактиком і насамперед допомагати вирішувати пацієнтам питання здоров'я, ранньої діагностики, первинної та вторинної профілактики захворювань. Він сприятиме розвиткові домашньої медицини, забезпеченню кожного пацієнта засобами профілактики та лікування в домашніх умовах. При правильній організації домашньої медицини зникне необхідність госпіталізувати більшість хронічних хворих, а до стаціонарів лікарні направлятимуть лише тих осіб, які будуть потребувати інтенсивного лікування.

На користь цієї тези вже сьогодні свідчать статистичні дані діючих мікроамбулаторій у м. Львів, в яких сімейні лікарі направляють на лікування до стаціонарів тільки 48 % хронічних хворих.

Основною метою діяльності лікаря загальної практики (сімейного лікаря) є створення умов, у яких людина (сім'я) в соціальному та побутовому плані залишається здоровою якомога довше, а в разі хвороби отримує ефективну діагностичну та лікувальну допомогу з подальшими обов'язковими реабілітаційними заходами, в результаті проведення яких пацієнт повинен відновити працездатність.

Основу здоров'я сім'ї повинні забезпечити фактори зовнішнього середовища (чиста вода, чисте повітря, екологічно чисті продукти харчування) та внутрішньосімейні фактори (психічна атмосфера в сім'ї, відносини між її членами, заняття фізичною культурою тощо).

Запропонований нами такий підхід до реформування діючої системи охорони здоров'я через створення системи первинної медико-санітарної допомоги із запровадженням в її діяльність посади лікаря загальної практики (сімейного лікаря) базується на поетапності впровадження без суттєвого руйнування наявної системи медичного забезпечення.

I етап передбачає організаційні моменти в становленні системи первинної медико-санітарної допомоги, а саме:

- організацію моніторингу за здоров'ям населення, що дозволить створити безперервну систему спостереження за своєчасним, повним і об'єктивним накопиченням інформації, це, у свою чергу, дасть можливість нарешті оцінити ефективність заходів, спрямованих на формування серед людей основ здорового способу життя, поліпшення здоров'я шляхом зміни навколишнього середовища та забезпечення високої якості медичних послуг у галузі профілактики й оздоровлення;

- підготовку студентів у медичних ВНЗ країни та перепідготовку дільничних лікарів (терапевтів,

педіатрів) на факультетах Академії післядипломного навчання за спеціальністю "Лікар загальної практики (сімейний лікар)";

- визначення на законодавчому та виконавчому рівнях держави статусу посади лікаря загальної практики (сімейного лікаря) (опрацювання юридичного статусу даної посади, введення її до штатного розпису МОЗ України та визначення її тарифікації, встановлення механізму оплати праці, проведення за даною спеціальністю атестації лікарів тощо);

- створення робочих місць (реструктуризація лікарських амбулаторій та дільничних лікарень, поліклінік, мікроамбулаторій) для спеціалістів сімейної практики;

- інформаційно-просвітне забезпечення населення та медичних працівників щодо діяльності в системі практичної охорони здоров'я лікаря загальної практики (сімейного лікаря);

- напрацювання, узагальнення та поширення досвіду в медичному забезпеченні населення лікарями загальної практики (сімейними лікарями) (науково-практичні та теоретичні семінари, конференції, наради, публікації наукових матеріалів у періодичній медичній літературі, залучення до висвітлення результатів роботи засобів масової інформації тощо).

II етап – впровадження – передбачає:

- суцільне, а не поодинокі та експериментальне, запровадження в практичну діяльність системи охорони здоров'я країни принципу медичного забезпечення населення лікарями загальної практики (сімейними лікарями), що дозволить перенести акценти на первинний рівень надання медичної допомоги та профілактичну роботу;

- широке використання в практичній діяльності лікаря загальної практики (сімейного лікаря) позалікарняних форм надання медичної допомоги (денні та домашні стаціонари) із застосуванням портативної діагностичної і лікувальної апаратури тощо;

- наукове обґрунтування доцільності та ефективності запровадження в систему медичного забезпечення населення посади лікаря загальної практики (сімейного лікаря) через участь у розробці науково-дослідних тем, роботі науково-практичних та теоретичних семінарів, конференцій, з'їздів, нарад тощо як в Україні, так і за кордоном, публікацію наукових матеріалів у періодичній медичній літературі;

- висвітлення результатів роботи засобами масової інформації тощо.

III етап – етап аналізу та вдосконалення – базується на:

- ґрунтовному науковому аналізу практичного медичного забезпечення населення за принципом: лікар загальної практики (сімейний лікар) з обчисленням показників медичної, соціальної та еконо-

мічної ефективності щодо основних показників діяльності;

- подальшому вдосконаленні системи первинної медико-санітарної допомоги та розробці практичних шляхів щодо подолання фактичних труднощів у процесі її функціонування;

- узагальненні набутого досвіду функціонування в практичній охороні здоров'я лікаря загальної практики (сімейного лікаря) на науково-практичних (теоретичних) семінарах, конференціях, з'їздах, конгресах тощо як в Україні, так і за кордоном, подальшому опрацюванні науково-дослідних тем та публікації наукових матеріалів у періодичній науковій медичній літературі;

- співпраці з міжнародними асоціаціями лікарів загальної практики (сімейних лікарів) та медичними закладами шляхом обміну досвідом та інформацією в галузі розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Виникає риторичне запитання: "Звідки взяти кошти на фінансування діючої системи охорони здоров'я та проведення реформи?"

Для цього необхідно знайти відповідь на запитання: "Чи все в системах охорони здоров'я різних країн світу залежить від достатнього фінансування?"

Світовий досвід у цій проблемі свідчить про те, що США щорічно витрачають на охорону здоров'я 14 % від валового національного продукту або 2 867 доларів на одного мешканця країни. І при таких великих витратах США займають 19-е місце щодо смертності немовлят і таке ж саме місце щодо очікуваної тривалості життя.

Уряд Канади виділяє на охорону здоров'я на 30 % менше коштів, ніж США, зате за смертністю немовлят показники там кращі.

Німеччина і Франція витрачають на потреби галузі майже вдвічі менше коштів, ніж США, а в рейтингу смертності немовлят посідають, відповідно, 7 і 8 місця.

Набагато кращими ці показники є в Японії, де витрати держави на охорону здоров'я становлять 44 %, порівняно з витратами США, але смертність немовлят та тривалість життя сягають перших рангових місць у світі.

Наведені дані свідчать про те, що не все залежить від рівня фінансування, багато чого залежить від організації та управління медичною допомогою. Успіх у здоров'ї населення мають ті країни, де акцент у медичному забезпеченні зроблено на первинну ланку медичного забезпечення.

Вирішення питання фінансування системи охорони здоров'я в кризових економічних умовах країни ми знаходимо в такому:

1. Запровадити моніторинг здоров'я серед людей, що дозволить нарешті реально оцінити стан здоров'я громадян України та опрацювати базову

програму гарантованого рівня медичної допомоги населенню держави.

2. До статті 49 Конституції України (1996 р.) (третьої абзац) внести зміни в такій редакції: "...У державних і комунальних закладах системи охорони здоров'я медична допомога надається відповідно до базової та територіальних програм гарантованого рівня медичної допомоги населенню держави" та вилучити з даної статті "...існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена".

3. Вирішення п. 2 дозволить Конституційному Суду України переглянути своє рішення від 25 листопада 1998 року про заборону надання платних медичних послуг в установах та закладах охорони здоров'я. Це дасть можливість мати додаткові фінансові надходження для медичних закладів за наданої медичні послуги поза базовою чи територіальною програмою та обов'язково відмінити оподаткування зароблених грошей цими закладами.

4. Із заробітної плати кожен працівник та підприємство будь-якої форми власності в країні від фонду заробітної плати сплачують сталу величину податку на зразок відрахувань до Пенсійного фонду, яка щомісячно цілеспрямовано буде направлятися на потреби системи охорони здоров'я.

5. Більш широко використовувати вже сьогодні в медичному забезпеченні населення, яке працює, добровільне медичне страхування. При цьому на законодавчому чи виконавчому рівні держави вирішити питання, щоб сплата підприємствами страхового внеску за застрахованих відносилася до затрат виробництва.

Опрацювання цих та інших джерел фінансування цілком і повністю забезпечить повноцінне функціонування діючої системи охорони здоров'я країни, дозволить провести необхідні реформаторські перетворення та створить щодо фінансування медичного забезпечення багатокладність: держава + населення, яке працює, + працедавці + платні медичні послуги.

Як свідчить світовий досвід, чим нижчий рівень співвідношення між первинною та спеціалізованою медичною допомогою, тим більш затратною і менш ефективною є система охорони здоров'я.

В Італії, Австрії і Бельгії кількість лікарів загальної практики, які практикують індивідуально, складає понад 90 %, у Великобританії, Фінляндії і Швеції – менше 10 %, оскільки основна частина лікарів загальної практики об'єднана або в групову практику, або в центри здоров'я, а в Данії, Голландії і Норвегії їх 40-60 %, тобто співвідношення лікарів, які працюють індивідуально, і тих, які практикують у групі, приблизно однакове.

Світова практика сформувала три моделі діяльності лікаря загальної практики (сімейного лікаря):

- індивідуальна практика (лікар і середній медичний персонал);

– групова практика (декілька лікарів загальної практики об'єднано в групи, що дозволяє зекономити кошти, організувати взаємозаміну поміж собою, вести деяку спеціалізацію медичної практики);

– центри здоров'я (скандинавська модель – це амбулаторія загальної практики, іноді зі стаціонаром для людей похилого віку).

В Україні ще у 20-х роках ХХ століття в системі первинної медико-санітарної допомоги головною дійовою особою був дільничний лікар. Пізніше в первинну ланку ввійшли “вузькі” спеціалісти. І як результат – замість дільничного лікаря в первинній ланці з'явилися дільничний терапевт та інші лікарі-спеціалісти, які на сьогодні виконують роботу, доступну практично будь-якому лікарю з належною підготовкою.

На думку професора Ю. Комарова (1998 р.), в пострадянських країнах необхідно створити власну, четверту модель, при якій лікар загальної практики (сімейний лікар) повинен вписатися в роботу поліклінік та амбулаторій без руйнування мережі останніх.

Ми цілком погоджуємося з таким підходом і вважаємо, що і в Україні лікарі загальної практики (сімейні лікарі) повинні працювати як на базі наявних амбулаторій, дільничних лікарень, поліклінік, переважно у формі групової практики, так і в окремих мікроамбулаторіях, що для країни буде коштувати значно більше.

Реструктуризацію поліклінічного закладу необхідно провести в плані перепрофілізації діючих відділень у такі структурні підрозділи, як відділення лікарів загальної практики (сімейних лікарів), відділення денних та домашніх стаціонарів різного профілю (терапевтичного, педіатричного, неврологічного, хірургчного тощо), консультативно-діагностичне відділення, відділення невідкладної допомоги тощо.

Це дозволить лікарю загальної практики (сімейному лікарю) частіше використовувати для пацієнта лабораторну та інструментально-діагностичну базу, ширше залучати до консультацій хворих лікарів-спеціалістів, спільно з ними призначати, контролювати та корегувати їхнє лікування. Це дасть йому можливість широко застосовувати такі орга-

нізаційні форми надання позалікарняної медичної допомоги, як денні та домашні стаціонари, брати участь у виборі тактики обстеження і лікування свого пацієнта в стаціонарі спільно з ординаторами, при потребі – практикувати оренду ліжок у лікарнях.

Зниження необґрунтованого рівня госпіталізації неминуче призведе до скорочення неефективних лікарняних потужностей, що дозволить запровадити інші форми власності медичного забезпечення у вивільнених приміщеннях, а раціональне використання всіх вивільнених ресурсів тільки підвищить якість медичної допомоги та суттєво зменшить витрати на здоров'я населення, спричинить здорову конкуренцію в цьому.

Зміняться (покращиться якість медичної допомоги хворому) також відносини між лікарем загальної практики (сімейним лікарем) та різноманітними медичними службами.

Роль амбулаторій, поліклінік значно зросте, робота їх поліпшиться без зайвих відвідувань, а інформація про пацієнта та відповідальність за нього сконцентруються в одного лікаря.

Запропоновані нами стратегія та пріоритетність у реформуванні діючої системи медичного забезпечення дозволять у кінцевому результаті сформувати свою власну модель системи охорони здоров'я країни, яка успадкує переваги функціональних систем медичного забезпечення світу. Це сприятиме уникненню недоліків кожної зокрема, використанню власного історичного досвіду та власних надбань у цьому питанні, що допоможе зміцнити здоров'я населення країни на первинному рівні та вжити дієвих заходів в усіх секторах суспільства, діяльність яких так чи інакше впливає на стан здоров'я людини.

Зміцнення здоров'я нації, профілактика хвороб серед населення країни забезпечать реалізацію рекомендацій ВООЗ щодо створення в країні системи первинної медико-санітарної допомоги населенню та основних напрямків Європейської політики охорони здоров'я: справедливість – це коли всі люди мають рівні можливості реалізовувати достатньою мірою свій потенціал здоров'я та ініціативність – це коли всі люди прагнуть забезпечення індивідуального та колективного здоров'я.

СТРАТЕГИЯ И ПРИОРИТЕТНОСТЬ В РЕФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

В. РУДЕНЬ, О. КОГУТ, О. ЗАРЕМБА, Н. ЛАБИНСКИЙ (Львов)

Анализ состояния проблемы в действующей системе здравоохранения и прогноз развития ситуации, по мнению авторов, приводят к выводам о необходимости внедрения новой стратегии здравоохранения, которая должна включать аспекты укрепления здоровья населения, предупреждение заболеваний и эффективную медицинскую помощь в случае необходимости.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, авторами предложена стратегия реформирования, которая будет базироваться на многообразии в функционировании форм медицинского обеспечения населения

України, що дозволить вирішити поставлені задачі. Определены и обоснованы приоритеты в процессе реформирования действующей системы здравоохранения, где основой должно стать усовершенствование системы первичной медико-санитарной помощи во главе с врачом общей практики (семейным врачом).

Это позволит в конечном результате сформировать собственную модель системы здравоохранения в стране, что даст возможность унаследовать преимущества функционирующих систем медицинского обеспечения мира, использовать собственный исторический опыт и собственные достижения в этом вопросе. Все это будет оказывать содействие укреплению здоровья населения страны и принятию действенных мероприятий во всех секторах общества, деятельность которых влияет так или иначе на состояние здоровья человека.

STRATEGY AND PRIORITY IN REFORMATION OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE

V. Ruden, O. Kohut, O. Zaremba, N. Labinskyi (Lviv)

In authors opinion the analysis of the problem state in the existing health care system and prognosis of situation lead to the conclusion about necessity of introduction of the new health care strategy, which should include the aspects of population health improvement, prevention of diseases and effective medical care in case of necessity.

In accordance with recommendation of WHO (World Organization of Health Protection), they have proposed the information strategy that is based on multistructurality in the functioning of the medical provision forms in Ukraine and have determined and grounded the priority in the reformation process, where the base should be the improvement of the primary medical care system headed by the physician of the general practice (family doctor).

The above-mentioned points will allow to form, as the ultimate result, the own model of the health protection system of this country, which allow to inherit the advantages of the functioning health care systems of the world, to use the own historical experience and own achievements in this sphere, what will favour the improvement of people health in this country and accelerate the taking due measures in all society sectors, whose activity influence the state of people health this or that way.

УКД 616:616-036-053.7:614.876

В.С. ФЕДИК

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ УРАЖЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У КОНТРОЛЬОВАНИХ РАЙОНАХ, ЗАБРУДНЕНИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ

Управління охорони здоров'я Вінницької обласної державної адміністрації

Аварія на Чорнобильській АЕС спричинила виникнення різноманітних соціальних і медичних проблем. Серед останніх важливою є проблема впливу малих доз іонізуючого випромінювання на організм людини, особливо з урахуванням вікових його особливостей, механізм біологічної дії випромінювання, а також прогнозу наслідків аварії на майбутнє, засоби та методи захисту населення. Не менш важливою є проблема ризику проживання великих контингентів людей на територіях, забруднених радіонуклідами. Крім того, досі ще немає єдиної думки стосовно дії малих доз

іонізуючого випромінювання на організм [1, 2]. Принципові труднощі пов'язані з тим, що вплив іонізуючого випромінювання на здоров'я не специфічний. Тому об'єктивний висновок про дію малих доз іонізуючого випромінювання на стан здоров'я людини може бути зроблений шляхом комплексного його вивчення в динаміці у після-аварійний період, особливо у віддалені строки.

Метою дослідження стало вивчення деяких показників стану здоров'я підлітків, які постійно мешкають на забруднених радіонуклідами територіях Вінницької та Житомирської областей, че-

рез 10-12 років після аварії. Для цього було обстежено 3019 підлітків 16-18 років, з яких 1442 складали хлопці й 1577 — дівчата. Підлітків оглянули терапевт, ендокринолог, невропатолог, окуліст та інші спеціалісти. Їм було проведено ультразвукове і гормональне дослідження щитоподібної залози та імунологічне дослідження.

Внаслідок дослідження стану гіпофізарно-тиреοїдної системи виявлено, що частота уражень щитоподібної залози становила 35, 67 % (табл. 1). Як свідчать дані таблиці, частота патологічних змін в органі 17- та 18-річних підлітків була дещо більшою, ніж у 16-річних, а в 16- та 18-річних дівчат перевищувала частоту уражень у хлопців цього віку.

Таблиця 1. Характеристика обстежених підлітків, які постійно мешкають на забруднених радіонуклідами територіях

Вік, років	Стать	Кількість обстежених підлітків, чол.	Кількість підлітків із патологічними змінами щитоподібної залози			
			Абс. кількість	%	Усього хлопців дівчат	%
16	Хлопці	751	239	31,83	567	34,46
	Дівчата	894	328	36,67		
17	Хлопці	464	173	37,30	331	37,02
	Дівчата	430	158	36,76		
18	Хлопці	227	82	36,08	178	37,08
	Дівчата	253	96	37,92		
Разом		3019	1076	35,67	1076	35,67

Серед патології щитоподібної залози найчастіше виявляли збільшення її об'єму за рахунок гіперплазії (ГЦЗ) без порушення функції — еутиреоїдний

зоб I ступеня (табл. 2), частота якого зростала з віком підлітків. Суттєвої різниці в частоті розвитку зоба I ступеня у хлопців і дівчат не спостерігалось.

Таблиця 2. Частота розвитку патології щитоподібної залози у підлітків, які постійно мешкають на забруднених радіонуклідами територіях

Вік, років	Стать	Кількість обстежених підлітків, чол.	Патологія щитоподібної залози													
			ГЦЗ I ступеня		ГЦЗ II ступеня		ДЗ		Кісти		Вузликіві утворення		ХТ		Усього підлітків	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16	Хлопці	751	163	22,45	50	6,60	7	0,82	7	0,99	3	0,40	4	0,40	239	31,82
	Дівчата	894	204	22,84	71	7,90	14	1,58	14	1,58	8	0,87	17	1,90	328	36,67
17	Хлопці	464	121	26,25	40	8,68	3	0,59	4	0,79	3	0,59	2	0,40	173	37,30
	Дівчата	430	101	23,51	29	6,84	7	1,68	9	1,99	1	0,31	11	2,45	158	36,78
18	Хлопці	227	58	25,60	17	7,40	2	1,00	2	1,02	2	0,80	1	0,52	82	36,12
	Дівчата	253	65	25,70	19	7,60	4	1,49	5	1,70	2	0,70	1	1,10	96	37,92
Разом		3019	717	25,74	226	7,48	37	1,23	41	1,36	19	0,36	36	1,19	1076	35,64

Примітка. n — кількість підлітків із патологією щитоподібної залози.

Частота розвитку еутиреоїдного зоба (ГЦЗ) II ступеня у 16-річних підлітків практично не відрізнялась від 18-річних (7,25 і 7,5 % відповідно). Не виявлено суттєвої різниці в частоті цього зоба серед хлопців і дівчат.

Частота розвитку дифузного зоба (ДЗ) у підлітків 16-18 років становила, відповідно, 1,20; 1,13 і 1,24 %. Причому в дівчат вона в 1,5-2 рази перевищувала таку в хлопців. Аналогічна закономірність спостерігалась у підлітків з кістами щитоподібних залоз.

У 0,63 % підлітків зустрічались вузликіві утворення щитоподібної залози. У 18-річних частота

розвитку вузликів дещо перевищувала таку в 16- і 17-річних.

Середня частота хронічного (автоімунного) тиреоїдиту (ХТ) у підлітків становила 1,19 %, коливаючись у межах 0,81-1,42 % залежно від віку. Простежувалась чітка залежність частоти тиреоїдиту від статі підлітків (у дівчат він зустрічався у 2-3 рази частіше, ніж у хлопців).

Отже, у підлітків, які мешкають на забруднених територіях, найчастіше у післяаварійний період спостерігався еутиреоїдний зоб (32,46 %), у 3,18 % випадків — хронічний тиреоїдит, кісти та вузліві утворення.

З метою вивчення впливу радіоактивного йоду на частоту формування патологічних змін у щитоподібній залозі нами проведено аналіз частоти цих змін у 12-річних дітей, які народилися до і після аварії на ЧАЕС. Середня частота змін в органі дітей, які народилися до аварії і зазнали "йодного удару" становила 33,12 %, що децю перевищувало частоту таких у народжених після аварії 30,5 %. Крім того, у тих, які зазнали "йодного удару", частіше зустрічався хро-

нічний тиреоїдит (у 0,86 % випадків проти 0,42 % у народжених після аварії). На нашу думку, це свідчить про ушкоджувальний вплив іонізуючого випромінювання на щитоподібну залозу, є чинником генезу патологічних змін у ній.

Оцінку морфо-функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи загальної популяції підлітків, які мешкають на забруднених радіонуклідами територіях, порівняно з практично здоровими, наведено в таблиці 3.

Таблиця 3. Динаміка показників морфо-функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи підлітків, які постійно мешкають на забруднених радіонуклідами територіях

Вік, років	Показники	Досліджувана група			Контрольна група	
		M±m	n	p	M±m	n
16	Об'єм щитоподібної залози, см ³	14,20±0,27	377	<0,001	11,80±0,57	27
	Вільна фракція тироксину нмоль/л	14,30±0,17	277	>0,05	15,10±0,62	27
	Тиреотропін, мМО/мл	1,37±0,05	377	<0,05	1,75±0,15	27
	Антитіла до мікросомальних фракцій тироцитів, од.	6,24± 3,73	377	<0,001	0	27
	Антитіла до тиреоглобуліну, од.	1,01±0,37	377	<0,001	0	27
17	Об'єм щитоподібної залози, см ³	14,55±0,29	284	<0,001	10,80±0,58	23
	Вільна фракція тироксину, нмоль/л	14,05±0,27	284	<0,001	17,50±0,92	23
	Тиреотропін, мМО/мл	1,29±0,05	284	>0,05	1,51±0,16	23
	Антитіла до мікросомальних фракцій тироцитів, од.	4,54±2,42	284	<0,001	0	23
	Антитіла до тиреоглобуліну, од.	0,59 ±0,33	284	<0,001	0	23
18	Об'єм щитоподібної залози, см ³	14,50±0,77	47	>0,05	13,0±0,6	17
	Вільна фракція тироксину, нмоль/л	11,20±0,56	47	>0,05	15,20± 0,85	17
	Тиреотропін, мМО/мл	1,35±0,09	47	<0,001	2,05±0,2	17
	Антитіла до мікросомальних фракцій тироцитів, од.	1,27	47	<0,001	0	17
	Антитіла до тиреоглобуліну, од.	0	47		0	17

Примітка. n — кількість обстежених підлітків.

Як видно з таблиці, вірогідної різниці в показниках морфо-функціонального стану підлітків досліджуваної групи у віковому аспекті нами не виявлено. Порівняно з контрольною групою, спостерігали достовірне збільшення об'єму щитоподібної залози підлітків 16, 17 років, зменшення вмісту вільної фракції тироксину (в T4) в крові 17-річних підлітків, а у 16- та 18-річних — зниження рівня тиреотропіну в плазмі крові. У дітей, які хворіли на хронічний тиреоїдит, було виявлено підвищення титру антитіл до мікросомальних фракцій тироцитів і тиреоглобуліну в крові.

За всіма формами ураження щитоподібної залози спостерігалось збільшення її об'єму. Вміст вільної фракції тироксину в крові був збільшений у підлітків з вузликowymi утвореннями органа, а рівень тиреотропіну в плазмі крові вірогідно підвищений у підлітків, які хворіли на хронічний тиреоїдит.

Величина інтегрованого показника стану гіпофізарно-тиреоїдної системи (тиреотропін/в T4) у підлітків з хронічним тиреоїдитом перевищувала

такий у практично здорових майже у 2 рази, що свідчить про приховану функціональну недостатність цієї системи.

Вивчаючи вплив різних рівнів зовнішнього опромінення на морфо-функціональний стан гіпофізарно-тиреоїдної системи підлітків, ми не встановили вірогідної різниці в показниках цієї системи при щільності забруднення навколишнього середовища $3,7 \cdot 10^4$ Бк/м², $65,5 \cdot 10^4$ - $184 \cdot 10^4$ Бк/м² і природному радіаційному фоні, за винятком об'єму щитоподібної залози, що був вірогідно більшим у підлітків, які мешкають на забруднених територіях.

Аналіз кореляційної залежності показників морфо-функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи і рівня внутрішнього опромінення підлітків суттєвого зв'язку не виявив. Лише у 17-річних підлітків спостерігався вірогідний зворотний зв'язок слабкої сили між рівнем внутрішнього опромінення і вмістом фракції тироксину в крові.

У підлітків із патологією щитоподібної залози позитивний вірогідний зв'язок слабкої сили спостерігався між рівнем внутрішнього опромінення і

гіперплазією щитоподібної залози I-II ступенів. Зв'язок з вільною фракцією тироксину був зворотним, а з тиреотропіном — позитивним у підлітків із еутиреоїдним зобом I ступеня. У разі дифузного зоба позитивний зв'язок середньої сили виявлено між рівнем внутрішнього опромінення та титром антитіл до мікросомальної фракції тироцитів і тиреоглобуліну. Слід зазначити, що за різною патологією щитоподібної залози кореляційний зв'язок мав нелінійний характер.

Не виявлено також суттєвого впливу поглинутої дози іонізуючого випромінювання на функціо-

нальний стан гіпофізарно-тиреоїдної системи у підлітків із змінами в щитоподібній залозі. Лише у підлітків з хронічним тиреоїдитом спостерігався прямий зв'язок слабкої сили між рівнем поглинутої дози та титром антитіл до мікросомальної фракції тироцитів.

Відсутність чіткої залежності між рівнем внутрішнього та зовнішнього опромінення і показникам морфо-функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у потерпілих підлітків зумовила потребу визначення в них вмісту йоду в сечі (табл. 4)

Таблиця 4. Екскреція йоду сечею підлітків з патологією щитоподібної залози

Патологія щитоподібної залози	Вміст йоду, мкг/л		
	M ± m	n	p
Еутиреоїдний зоб I ступеня	62,40 ± 0,36	86	<0,001
Еутиреоїдний зоб II ступеня	60,82 ± 1,10	43	<0,001
Дифузний зоб	52,72 ± 2,10	12	<0,001
Хронічний тиреоїдит	61,42 ± 0,82	24	<0,001
Практично здорові	72,48 ± 0,66	20	

Як свідчать дані таблиці, в підлітків з різними патологічними змінами в щитоподібній залозі спостерігається вірогідне зменшення екскреції йоду із сечею. Причому в осіб з дифузним зобом йодурія була достовірно меншою, ніж у підлітків із еутиреоїдним зобом I та II ступенів. Слід зазначити, що групу порівняння складала підлітки, які мешкають у південних районах Житомирської та Вінницької областей.

Отже, на основі комплексного обстеження морфо-функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи підлітків 16-18 років, які мешкають у заб-

рудених радіонуклідами районах Житомирської та Вінницької областей, у 35,67 % випадків виявлено ураження щитоподібної залози, найчастішими з яких були зоб I та II ступенів (31,22 %), дифузний зоб (1,23 %), хронічний тиреоїдит (1,19 %), кисти і вузликові утворення (1,99 %). Встановлено пряму кореляційну залежність між ступенем гіперплазії щитоподібної залози та рівнем йодурії. Вірогідно низький рівень йоду в сечі характерний для загальної популяції підлітків, які мешкають у північних районах Житомирської області.

Список літератури

1. Кузин А.М. Стимулирующее действие ионизирующего излучения на биологические процессы. — М.: Медицина, 1977. — 217 с.
2. Руда В.П., Кузин А.М. Влияние гормезиса при гамма-облучении развивающихся крысят // Радиология. — 1991. — Т. 31, Вып. 3. — С. 345.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ПОРАЖЕНИЙ ЩИТОВИДНОЇ ЖЕЛЕЗЫ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КОНТРОЛИРУЕМЫХ РАЙОНАХ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ

В.С. Федык (Винница)

Отражены результаты комплексного обследования морфо-функционального состояния гипотазарно-тиреоидной системы у подростков 16-18 лет, проживающих в загрязненных радионуклидами районах Винницкой и Житомирской областей, спустя 10 лет после аварии на Чернобыльской АЭС. Исследуемую группу составляли 3019 подростков, в том числе 1577 девушек. Поражение щитовидной железы выявлены у 35,67 % подростков. В структуре патологии эутиреоидный зоб I и II ступеней составил 31,22 %, диффузный зоб — 1,23 %, хронический тиреоидит — 1,19 %, кисты и узловые образования — 1,99%. Установлена прямая зависимость между степенью гиперплазии щитовидной железы и уровнем йода в моче. Низкий уровень йода в моче характерен для общей популяции подростков, проживающих в северных районах Житомирской области.

EPIDEMIOLOGY OF THYROID GLAND DAMAGES IN JUVENILES RESIDING IN CONTROL AREAS CONTAMINATED AFTER CHORNOBYL DISASTER

V.S. Fedyk (Vinnytsia)

The results of complex examination of the morphofunctional state of the hypophysis-thyroidal system among juveniles of 16-18, residing in radioactive contaminated areas of Vinnytsia and Zhytomyr oblasts/regions, 10 years later after the Chornobyl disaster are reflected. The examined group consisted of 3019 juveniles, including 1577 girls. The thyroid affections were revealed in 35,67 % of juveniles. The pathology included euthyroidal goitre of stage I and II. (31,22 %), diffusion goitre (1,23 %), chronic thyroiditis (1,19 %), cyst and nodules (1,99 %). A direct dependence between grade of thyroid hyperplasia and level of iodine in urine was noted in all juvenile population residing in northern areas of Zhytomyr oblast/region.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 616.24.001.-002.2.248

М.І. КУЧЕРЕПА

СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Хронічні неспецифічні захворювання легень (ХНЗЛ) є однією з найважливіших соціально-медичних проблем. Вони займають четверте місце серед причин смертності населення, належать до основних причин інвалідності та захворюваності [1, 2, 3]. Захворюваність і смертність сільського населення від цих захворювань значно вищі порівняно з міським. Соціальні фактори ризику ХНЗЛ, особливо в сільській місцевості, ще не достатньо вивчено.

Вивчено кількість звертань 3180 сільських мешканців двох районів Тернопільської області за медичною допомогою протягом трьох років. Потім усі вони були піддані поглибленому профілактичному огляду. Окрім об'єктивного клінічного обстеження, кожному зроблено загальні аналізи сечі і крові, вимірювання кров'яного тиску, проведено ЕКГ, флюорографію і, згідно з показаннями, рентгенографію органів грудної порожнини, дослідження зовнішнього дихання та імунологічні тести. Зібраний матеріал піддано статистичній обробці. До вичерпної захворюваності ввійшли хвороби, виявлені під час звертання і вперше виявлені під час профілактичного огляду.

Розшарування сільського населення за рівнем матеріального добробуту, згідно з таким критерієм, як подушний дохід, не є досконалим, оскільки грошова оплата праці селянина, особливо останнім часом, незначною мірою характеризує його матеріальний стан. Було визначено вплив інших, більш точних критеріїв матеріального добробуту на захворюваність на ХНЗЛ (табл. 1).

Як видно з таблиці 1, кількість працівників у сім'ї суттєво впливає на захворюваність на ХНЗЛ її членів. Найнижчою вона була в сім'ях, що мали трьох і більше працівників, а найвищою – у сім'ях з одним працівником (перевага останніх над першими – на 73,0 %, $p < 0,05$). Для усунення впливу вікового складу в різних соціальних прошарках наведено захворюваність на ХНЗЛ у віці 40-59 років. Перевага сімей з одним працівником над сім'ями з трьома і більше працівниками була дещо меншою, але також суттєвою (на 46,7 %, $p < 0,05$). Стан помешкання як критерій матеріального добробуту також суттєво впливав на рівні захворюваності на ХНЗЛ. У людей, які проживали у вологих і холодних приміщеннях, рівень захворюваності на ХНЗЛ

Таблиця 1. Вичерпна захворюваність на ХНЗЛ у сільській місцевості залежно від деяких показників матеріального добробуту (на 1000 осіб відповідної групи віком 20 років і більше, $P \pm m$)

Показники	Чоловіки		Жінки		Обидві статі	
	всі	40-59 років	всі	40-59 років	всі	40-59 років
1. Кількість працівників у сім'ї: один, два три і більше	164,3±31,3	171,1±43,2	58,8±13,4	60,8±19,4	98,1±14,1	100,2±19,1
	89,7±14,0	75,9±16,9	49,9±9,4	37,2±11,5	67,5±8,2	55,8±10,2
	83,1±19,2	122,2±34,5	39,1±12,1	32,3±15,9	56,7±10,7	68,3±17,2
2. Житло: сухе, тепле вологе, холодне	61,6±8,9	96,6±15,1	50,1±6,3	52,4±9,3	57,3±5,2	70,1±8,5
	149,6±39,4	175,0±60,1	76,8±23,5	61,5±29,8	127,5±23,2	104,8±29,9
3. Захворюваність усіх обстежених віком 20 років і більше	104,2±10,4	98,2±14,2	57,9±6,3	48,6±8,4	75,5±5,6	68,9±7,6

був у 2,2 раза вищим, порівняно з тими, хто проживав у сухих і теплих приміщеннях ($p < 0,01$), тобто ця різниця була більш відчутною, ніж при розшаруванні людей згідно з кількістю працівників у сім'ї.

Найвищий рівень захворюваності спостерігався в групі осіб із початковою освітою (табл. 2). Він був удвічі вищим, порівняно з особами із середньою спеціальною, незакінченою вищою і вищою

освітою ($p < 0,01$). У віці 60 років і більше, коли, на наш погляд, вплив фактора освіченості є найтривалішим, ця різниця склала 2,9 раза ($p < 0,01$).

Своєрідними виявилися розбіжності в рівнях захворюваності на ХНЗЛ у різних професійних групах (табл. 3). У загальному вони не мали такого розмаху, як у попередніх соціальних групах. Очевидно, це зумовлюється тим, що сільський жи-

Таблиця 2. ХНЗЛ і рівень освіти обстежених (вичерпна захворюваність на 1000 осіб відповідної групи віком 20 років і більше, $P \pm m$)

Освіта	Чоловіки		Жінки		Обидві статі	
	всі	60 років і більше	всі	60 років і більше	всі	60 років і більше
Початкова	122,4±16,8	285,8±28,8	69,3±9,3	192,4±15,0	87,9±8,0	224,1±14,2
Незакінчена середня, середня	62,5±12,4	101,3±36,7	37,4±10,0	65,8±10,2	49,5±6,8	87,5±25,5
Середня спеціальна, незакінчена вища, вища	55,6±25,3	98,3±67,7	26,3±13,0	60,2±37,9	43,6±13,3	78,3±35,4
Захворюваність усіх обстежених віком 20 років і більше	104,2±10,4	219,3±28,3	57,9±6,3	104,9±14,2	75,5±5,6	68,4±7,6

Таблиця 3. ХНЗЛ серед професій та при наявності виробничих шкідливостей (вичерпна захворюваність на 1000 осіб відповідної групи віком 20 років і більше, $P \pm m$)

Показники	Чоловіки		Жінки		Обидві статі		
	всі	40-59 років	всі	40-59 років	всі	40-59 років	
Професійні групи:							
	службовці	58,2±20,2	101,1±50,5	41,0±18,3	37,9±35,5	54,3±18,4	52,6±26,2
	механізатори	55,5±19,6	93,0±31,3	-	-	54,1±8,6	90,2±10,5
	рільники	122,7±19,7	96,6±24,5	58,9±8,6	37,1±9,4	76,2±8,3	54,6±9,7
	тваринники	111,2±23,1	136,4±53,2	57,7±13,2	16,1±11,0	71,4±11,8	47,6±20,5
робітники промислових підприємств	44,4±21,4	62,5±30,5	-	-	25,3±17,7	31,3±10,8	
Наявність виробничих шкідливостей:							
	ненормований робочий день	116,3±14,9	117,2±19,5	54,3±8,6	40,9±10,0	78,3±7,9	72,3±10,0
	запилення робочого місця	151,2±24,7	138,2±31,1	68,2±13,0	55,6±15,1	97,3±12,2	84,0±14,7
	загазованість робочого місця	150,0±71,9	111,1±104,8	68,7±46,0	60,9±69,1	123,9±60,2	90,5±86,5
	переохолодження	156,5±30,0	127,9±36,0	73,2±23,7	82,0±35,1	118,5±19,7	102,4±25,0
вимушена робота поза	142,9±50,0	250,0±81,8	43,5±43,5	90,9±86,7	111,7±37,3	165,8±59,6	
Захворюваність усіх обстежених віком 20 років і більше	104,2±10,4	98,2±14,2	57,9±6,3	48,6±8,4	75,5±5,6	68,4±7,6	

тель є поліпрофесіоналом, тобто йому доводиться виконувати, як правило, всі сільськогосподарські роботи, через що диференціація, згідно з професіями, досить розмита. Найвищою захворюваністю була серед рільників, найнижчою – серед працівників промислових підприємств (різниця між ними – 3,0 рази, $p < 0,05$). У віці 40-59 років спостерігалось більше відмінностей, порівняно з усім населенням, оскільки, на наш погляд, саме в цьому віці диференціація за професійною ознакою є найдоцільнішою. У цьому віці найвищою захворюваністю була серед механізаторів, далі йшли рільники і службовці. При вивченні впливу професійних шкідливостей на поширеність ХНЗЛ, слід відмітити такі з них, як загазованість робочого місця, переохолодження та вимушена робота

поза. Захворюваність у групах осіб із цими професійними шкідливостями була на 64,1-47,9 % вищою від пересічного рівня.

У таблиці 4 відображено рівні вичерпної захворюваності на ХНЗЛ залежно від факторів поведінки людей. Слід відмітити такі найхарактерніші особливості. У людей з достатнім сном захворюваність на ХНЗЛ була на 79,9 % меншою, порівняно з тими, хто недосипав ($p < 0,01$; у віці 40-59 років – у 2,2 раза меншою, $p < 0,05$). У групі осіб з психоемоційними перевантаженнями вона була вдвічі вищою, ніж у тих, хто цих перевантажень не мав ($p < 0,05$; у віці 40-59 років – у 3,4 раза, $p < 0,05$). В осіб, які зловживали тютюном, захворюваність на ХНЗЛ була у 2,9 раза вищою, порівняно з тими, хто не курить ($p < 0,05$; у віці 40-59 років – у 4,5 раза, $p < 0,01$).

Таблиця 4. ХНЗЛ і фактори поведінки (кількість хворих на 1000 осіб відповідної групи віком 20 років і більше, $P \pm m$)

Фактори	Чоловіки		Жінки		Обидві статі	
	всі	40-59 років	всі	40-59 років	всі	40-59 років
1	2	3	4	5	6	7
Режим харчування:						
дотримується	78,7±12,5	100,4±18,3	55,0±7,6	56,2±10,7	63,9±6,0	72,4±9,6
не дотримується	121,6±21,3	132,7±31,9	50,0±13,5	55,6±22,0	84,1±12,0	95,0±19,7
Сон:						
достатній	73,1±9,1	47,6±15,2	49,7±6,2	43,5±8,4	58,1±4,4	44,1±9,8
недостатній	156,3±45,2	102,8±46,5	88,2±28,2	90,9±42,4	104,5±16,4	96,4±18,0
Стосунки в сім'ї та колективі:						
сприятливі	72,4±8,9	98,8±14,6	49,1±5,9	51,6±8,9	61,8±4,1	70,5±8,0
конфліктні	125,0±80,2	–	116,3±52,7	71,4±68,8	119,4±39,6	47,1±46,2
Психоемоційні перевантаження:						
є	156,3±69,9	166,7±107,6	116,3±49,5	263,2±101,0	133,3±29,2	225,9±75,1
немає	82,8±10,3	91,4±14,9	57,4±6,8	50,0±9,2	67,5±5,3	66,5±8,2
Вживання тютюну:						
не вживає	70,3±13,3	46,5±22,1	23,5±2,8	41,7±10,8	58,5±7,9	44,6±11,2
помірно	98,6±21,7	107,1±23,9	200,0±99,5	–	120,3±17,4	80,3±17,9
зловживає	168,7±41,1	222,2±56,8	–	–	166,7±30,7	201,3±40,9
Вживання алкоголю:						
не вживає	82,8±20,0	15,2±14,8	59,6±7,5	53,2±10,6	64,7±6,4	48,3±9,4
помірно	81,9±17,6	69,8±22,4	43,1±17,4	55,6±24,2	69,1±12,4	67,1±16,9
зловживає	115,6±29,9	161,3±38,9	–	–	110,1±21,7	137,0±30,4
Захворюваність усіх обстежених віком 20 років і більше	104,2±10,4	98,2±14,2	57,9±6,3	48,6±8,4	75,5±5,6	68,4±7,6

Вживання алкоголю чинило менш помітний вплив на поширеність ХНЗЛ. У тих, хто зловживав алкоголем, захворюваність на ХНЗЛ була на 70,0 % більшою, порівняно з тими, хто не

пив ($p < 0,05$). Однак у віці 40-59 років ця різниця була відчутнішою – у 2,8 раза ($p < 0,01$), причому в чоловіків різниця зростала до 10,7 раза ($p < 0,01$).

Висновок

Соціальні фактори чинять суттєвий вплив на поширеність ХНЗЛ у сільській місцевості. За силою впливу переважають фактори поведінки людей, а саме: зловживання ними тютюном і алкоголем,

життя в умовах психоемоційних перевантажень і недостатнього відпочинку. В середовищі осіб із цими факторами ризику на ХНЗЛ хворіють від 10 до 17 % людей.

Суттєвий вплив на поширеність ХНЗЛ чинять також такі соціальні фактори, як недостатній рівень освіченості, бідний матеріальний стан і певні види занять, особливо якщо вони супроводжуються виробничими шкідливостями. У цих групах рівні поширеності ХНЗЛ достовірно вищі від пересічного рівня для усього населення.

Список літератури

1. Возіанов О.Ф. Смертність населення України: головні причини, шляхи подолання негативних тенденцій // Журнал АМН України. – 1996. – Т.2, № 2. – С.191-198.
2. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль: Джура, 1997. – 328с.
3. Фещенко Ю.І. Туберкульоз і неспецифічні захворювання легень – національна проблема охорони здоров'я України // Укр. пульмон. журнал. – 1995. – №1. – С. 6-9.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

М.И. Кучерепа (Тернополь)

Изучены социальные факторы риска хронических неспецифических заболеваний легких в сельской местности. К их числу отнесены условия труда, образование, материальное благосостояние и факторы поведения. По каждому из факторов проведено социальное размежевание населения и установлено частоту исчерпывающей заболеваемости ХНЗЛ в каждой социальной прослойке с определением степени значимости показателей.

SOCIAL FACTORS OF CHRONIC NON-SPECIFIC PULMONARY DISEASES IN RURAL DISTRICTS

M. Kucherepa (Ternopil)

The social risk factors of chronic non-specific pulmonary diseases in rural districts were investigated. The working conditions, education, material well-being and behaviour factors are referred to then. Social separation of population was carried out concerning and the frequency of a exhausting case rate of chronic non-specific diseases in each social layer together with definition of a degree of the importance of parameters was determined.

УКД 614.2:352

О.М. ГОЛЯЧЕНКО, Л.М. РОМАНЮК, Л.М. МИХАЙЛІВ

МЕДИКО-СТАТИСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЗДОРОВ'Я ЛЮДНОСТІ ТА ПРИЧИНИ ЙОГО ЗУМОВЛЕНOSTІ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Здоров'я людей залежить від багатьох факторів. Визначити основні з них, щоб вони стали предметом постійного спостереження медико-статистичної служби, – завдання водночас складне й актуальне.

Було вивчено ранговий розподіл найважливіших факторів здоров'я людності сільського району (табл. 1).

У групі здорових найбільш сильний вплив на здоров'я чинили такі фактори, як професія, вік,

житлові умови, особливості розвитку в період дитинства, освіта, сімейний стан, характер харчування.

При порівнянні здорових, практично здорових і хронічних хворих між собою виявляються також певні особливості. У групі здорових більш вищі рангові місця займали фактори, що відображали умови і спосіб життя людей: професія, сімейний стан, освіта. У групі хронічних хворих зростає значущість таких факторів, як наявність в анамнезі хронічних захворювань, а також професійних шкідливостей.

Вивчення діапазонів рівнів здорових, практично здорових осіб і хворих серед різних груп населення дало такі результати.

Серед здорових осіб найбільш суттєвими факторами були професія, зокрема наявність професійних шкідливостей, вік, житлові умови, фізична активність, вживання алкоголю.

Серед практично здорових осіб рівень значущості факторів, порівняно зі здоровими, був нижчим, про що свідчать величини вагових індексів. Найсуттєвіший вплив у цій групі чинили такі фактори, як наявність в анамнезі хронічних захворювань, зокрема захворювань бронхореспіраторної системи і захворювань у період дитинства, сімейний стан та склад сім'ї, вік, професійні шкідливості.

Серед хронічних хворих найважливішими факторами були вік, особливості розвитку в період дитинства, де мала значення наявність або відсутність захворювань, сімейний стан та склад сім'ї, вік, професійні шкідливості, житлові умови, вживання алкоголю.

Моделювання факторів, що впливають на здоров'я жителів сільського району, за допомогою методу головних компонент дало такі результати.

Група здорових.

Першу головну компоненту склали такі перемінні: сімейний стан, кількість жилих кімнат, санітарно-гігієнічний стан житла, наявність в анамнезі хронічних захворювань, професійні шкідливості, зайва маса тіла, кількість звертань у медичні заклади, місце проживання. Частка цієї компоненти становила 14,2 % загальної дисперсії.

Другу головну компоненту – кількість дорослих і працівників сім'ї, професія, освіта, подушний дохід, житлові умови (кількість осіб, що припадає на одну житлову кімнату), харчування (режим), сон і його стан, умови відпочинку, шкідливі звички, стан їжі, характер праці, фізична активність, професійні шкідливості, місце проживання. На частку цієї компоненти припадало 7,6 % загальної дисперсії.

Третю головну компоненту – вік, стать, склад сім'ї, матеріальний добробут, кількість осіб, що припадає на одну житлову кімнату, фізична активність, професійні шкідливості, наявність гострих захворювань в анамнезі. Частка цієї компоненти становила 6,7 % загальної дисперсії.

Четверту головну компоненту – вік, сімейний стан, кількість осіб, що припадає на одну житлову кімнату, умови відпочинку, професійні шкідливості, наявність в анамнезі гострих захворювань, особливості розвитку в період дитинства, кількість звертань у медичні заклади. На цю компоненту припадало 5,9 % загальної дисперсії.

П'яту головну компоненту – стать, професія, матеріальний добробут, кількість жилих кімнат, сон та його стан, характерологічні особливості особистості, вживання тютюну, харчування (режим), професійні шкідливості. Частка п'ятої компоненти складала 5,0 % загальної дисперсії.

Інші головні компоненти, на частку яких припадало менше 5,0 % загальної дисперсії, до уваги не брали.

Отже, при формуванні головних компонент поряд із факторами, що наведені в таблиці 1, фігурують перемінні, яких у таблиці немає: санітарно-гігієнічний стан житла, кількість жилих кімнат тощо. Що стосується звертальності в медичні заклади, то ця перемінна, що характеризує рівень активності людей та доступність медичної допомоги, враховувалась лише при моделюванні за допомогою методу головних компонент.

Практично здорові особи.

Першу головну компоненту склали склад сім'ї, кількість осіб, що припадає на одну житлову кімнату, сон та його стан, особливості розвитку в період дитинства, фізична активність, часта зміна місця роботи, наявність в анамнезі гострих захворювань, професійні шкідливості, зайва маса тіла, наявність в анамнезі хронічних захворювань, кількість звертань у медичні заклади. Частка цієї компоненти становила 11,1 % загальної дисперсії.

Другу головну компоненту – вік, освіта, подушний дохід, матеріальний добробут, кількість жилих кімнат, житлова площа на одного члена сім'ї, санітарно-гігієнічна характеристика житла, харчування (режим), сон і його стан, характерологічні особливості особистості, характер праці, часта зміна місця роботи, професійні шкідливості, кількість звертань у медичні заклади. Частка цієї компоненти – 7,1 %.

Третю головну компоненту – професія, кількість осіб, що припадає на одну житлову кімнату, наявність комунальних зручностей, сон і його стан, характерологічні особливості особистості, наявність в анамнезі гострих захворювань, професійні шкідливості, наявність в анамнезі хронічних захворювань, кількість звертань у медичні заклади. Частка цієї компоненти в загальній дисперсії – 5,7 %.

Четверту головну компоненту – стать, склад сім'ї, кількість працівників у сім'ї, наявність комунальних зручностей, сон і його стан, характерологічні особливості особистості, професійні шкідливості. Частка цієї компоненти – 5,5 %.

Таблиця 1. Ранговий розподіл найважливіших факторів здоров'я людності сільського району (згідно з величиною дисперсії, яку визначали за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу)

Фактори	Здорові	Практично здорові	Хронічні хворі
Професія	1	3	4
Вік	2	2	5
Житлові умови (кількість осіб, що припадає на одну житлову кімнату)	3	5	2
Склад сім'ї	4	4	9
Особливості розвитку в період дитинства	5	6	6
Наявність в анамнезі хронічних захворювань	6	9	1
Освіта	7	8	12
Кількість працівників у сім'ї	8	7	17
Вживання тютюну	9	10	16
Професійні шкідливості	10	15	3
Харчування (характер, стан їжі)	11	16	7
Стать	12	12	21
Харчування (режим)	13	14	18
Сімейний стан	14	11	11
Наявність в анамнезі гострих захворювань	15	18	8
Вживання алкоголю	16	17	15
Характер праці	17	19	13
Часті зміни місця роботи	18	20	19
Подушний дохід	19	21	20
Фізична активність	20	1	14
Умови відпочинку	21	13	10

П'яту головну компоненту – характер праці, особливості розвитку в період дитинства, часта зміна місця роботи, наявність в анамнезі гострих захворювань, професійні шкідливості. Частка цієї компоненти – 4,7 %

Головні компоненти, що впливали на рівні практично здорових осіб, мали багато спільного з головними компонентами здорових. Були й відмінності. Так, у першу головну компоненту в групі практично здорових осіб ввійшла така перемінна, як особливості розвитку в період дитинства, в другу і третю – кількість звертань у медичні заклади. Друга головна компонента має більше перемінних, що характеризують рівень матеріального добробуту (подушний дохід, матеріальне забезпечення, що визначалось за наявністю деяких предметів тощо).

Моделювання факторів у групі хронічних хворих дало принципово інші результати, порівняно з іншими групами.

Першу головну компоненту в цій групі склав один чинник – кількість звертань у медичні заклади. Частка головної компоненти дорівнювала 7,8 % загальної дисперсії.

Другу головну компоненту – склад сім'ї, кількість працівників у сім'ї, матеріальний добробут, кількість осіб, що припадає на одну житлову кімнату, умови відпочинку. Частка цієї головної компоненти – 5,5 %.

Третю головну компоненту – подушний дохід, наявність комунальних зручностей, харчування (режим), умови відпочинку, характерологічні особливості особистості, професійні шкідливості. Частка компоненти – 4,7 %.

Четверту головну компоненту – наявність в анамнезі гострих захворювань, кількість звертань у медичні заклади. Частка компоненти – 4,2 %.

П'яту головну компоненту – стать, вживання тютюну й алкоголю, характер праці, професійні шкідливості.

Було вивчено інтеграцію перемінних із головними компонентами (табл. 2).

Порівняння результатів моделювання в таблицях 1 і 2 показало, що до інтегрованих перемінних, найбільш тісно пов'язаних із головними компонентами в групах здорових, практично здорових і хворих, належать:

- кількість звертань у медичні заклади;
- сім'я та її стан (склад сім'ї, кількість працівників у ній тощо);
- професійні шкідливості разом з характером праці;
- наявність в анамнезі захворювань, зокрема особливості розвитку в період дитинства;
- матеріальний добробут.

Таким чином, незважаючи на складність взаємозв'язків між факторами здоров'я та нездоров'я людей, на труднощі їхнього трактування як причин і наслідків, на підставі рангового розподілу чинників серед здорових, практично здорових і хронічних хворих, а також моделювання факторів за допомогою сучасних математичних методів, можна зробити такий основний висновок з огляду першочергового виділення тих чинників, за якими необхідно встановити постійне медико-статистичне спостереження.

Існує п'ять груп факторів, що мають визначальне значення для здоров'я і нездоров'я людності:

Таблиця 2. Взаємозв'язок основних перемінних із головними компонентами

Найменування перемінних	Здорові		Практично здорові		Хронічні хворі	
	множ. кореляція	ранг	множ. кореляція	ранг	множ. кореляція	ранг
Кількість звертань у медичні заклади	0,886	1	0,789	1	0,777	1
Наявність в анамнезі хронічних захворювань	0,834	2	0,409	25	0,479	21
Склад сім'ї	0,817	3	0,679	6	0,759	3
Сімейний стан	0,694	4	0,423	23	0,641	8
Шкідливості на робочому місці	0,694	5	0,533	17	0,644	7
Харчування (характер)	0,667	6	0,497	18	0,406	26
Санітарно-гігієнічний стан жигла	0,655	7	0,672	7	0,489	20
Кількість працівників у сім'ї	0,649	8	0,728	5	0,763	2
Характерологічні особливості особистості	0,637	9	0,643	11	0,407	25
Кількість осіб, що припадає на одну житлову кімнату	0,625	10	0,648	10	0,720	4
Наявність комунальних зручностей	0,571	11	0,539	16	0,577	13
Фізична активність	0,652	12	0,453	20	0,471	22
Особливості розвитку в період дитинства	0,558	13	0,658	8	0,584	12
Стать	0,557	14	0,412	24	0,633	9
Умови відпочинку	0,551	15	0,763	3	0,705	5
Професія	0,521	16	0,582	15	0,624	10
Харчування (режим)	0,463	17	0,610	13	0,463	23
Наявність в анамнезі гострих захворювань	0,463	18	0,441	21	0,559	16
Кількість жилих кімнат	0,462	19	0,406	26	0,401	27
Матеріальний добробут	0,454	20	0,602	14	0,653	6
Вживання тютюну	0,446	21	0,404	27	0,632	17
Характер праці	0,445	22	0,735	4	0,601	11
Часта зміна місця роботи	0,441	23	0,766	2	0,528	18
Вік	0,434	24	0,651	9	0,513	19
Зайва вага тіла	0,427	25	0,626	12	0,412	24
Зловживання алкоголем	0,414	26	0,434	22	0,566	15
Подушний дохід	0,412	27	0,467	19	0,569	14

сім'я та її стан; професійний склад людності й пов'язані з цим умови праці та, особливо, наявність чи відсутність професійних шкідливостей; житлові умови; ступінь активності людності, яка проявляє-

ся передусім в її звертанні за медичною допомогою; наявність в анамнезі гострих і хронічних захворювань. З кожним новим захворюванням потенціал здоров'я людини знижується.

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДНОСТИ И ПРИЧИНЫ ЕГО ОБУСЛОВЛЕННОСТИ

О.М. Голяченко, Л.М. Романюк, Л.М. Михайлив (Тернополь)

Предложена схема рейтинговой оценки наиболее значимых факторов здоровья людности сельского региона. Сравнивали здоровых, практически здоровых и хронических больных. Выделено основные группы факторов, которые влияют на здоровье: семья, работа, жилищные условия, наличие заболеваний.

MEDICAL AND STATISTIC CRITERIA OF THE POPULATION HEALTH AND CAUSES OF ITS DETERMINATION

O.M. Goliachenko, L.M. Romaniuk, L.M. Mychailiv (Ternopol)

A scheme of rating assessment for the most important factors of population health is presented. Healthy, practically healthy and chronically ill patients have been compared.

There have been identified the main groups of factors, determining the people health: family, work, living conditions, presence of diseases.

УДК 616.5 – 616.972

О.І. ХАРА (м. Тернопіль)

МЕДИКО-ЕКОНОМІЧНІ СТАНДАРТИ В СИФІЛІДОЛОГІЇ

Істотні зміни в соціально-економічному житті України, що відбулися за роки незалежності, спонукають до глибоких перетворень в усіх галузях життя суспільства, в тому числі в системі охорони здоров'я загалом та дерматовенерології зокрема. Оскільки дерматовенерологія тісно пов'язана із соціальними факторами, то наявна соціально-економічна ситуація в державі чітко позначається як на зростанні профільної захворюваності, так і на фінансовому стані дерматовенерологічної служби.

Незадовільна екологічна ситуація в Україні зумовлена як наслідками аварії на ЧАЕС, так і нераціональним промисловим навантаженням на довкілля, спричиняє ріст алергодерматозів, профдерматозів, хронічних захворювань шкіри.

Доволі великих масштабів набула в Україні епідемія захворювань, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ).

Відсутність визначення науково-обґрунтованих потреб у кадрових, матеріально-технічних та фінансових ресурсах для надання доступної і повноцінної допомоги пацієнтам із шкірними та венеричними захворюваннями спричиняє розсіювання сил та засобів державної системи охорони здоров'я. Відсутність таких розрахунків призводить до того, що фінансування дерматовенерологічної служби здійснюється нераціонально, необґрунтовано і недостатньо. Такий порядок фінансування не забезпечує в повному обсязі конституційних прав громадян на отримання безоплатної спеціалізованої допомоги.

Завданням дослідження є визначення фактичної потреби фінансового забезпечення дерматовенерологічної допомоги, взявши за основу гарантований державою обсяг такої допомоги. Оскільки відповідними директивними документами Міністерства охорони здоров'я України передбачена повна безоплатна спеціалізована дерматовенерологічна допомога, в ході роботи встановлювались цінові стандарти у венерології.

З метою забезпечення фінансування лікувально-діагностичного процесу в дерматовенерології, слід визначити стандарти надання допомоги такій категорії хворих. Дослідженнями попередніх років, проведеними в УНДІДіВ в м. Харкові та Донецькому медичному університеті, встановлено оптимальні методи лікування ЗПСШ, орієнтовні терміни та обсяг лікування гострих і хронічних дерматозів.

Разом із тим, вивчаючи вартість допомоги пацієнтам із дерматовенерологічними захворюваннями та аналізуючи обсяг необхідного фінансування, автори виходили лише з мінімальних потреб галузі. На нашу думку, стандартизований підхід до питання ціноутворення й обсягів мінімально прийнятної допомоги є вкрай необхідним, особливо у кризовий період.

Основним фактором, який гальмує процес медико-економічної стандартизації, є відсутність єдиних об'єктивних критеріїв для визначення ціни венерологічної послуги. Тому метою цих досліджень є розробка і пропозиція для широкого загалу фахівців-дерматовенерологів основних принципів ціноутворення, що базувалися б на об'єктивних засадах і могли б стати відправною точкою вибудування як основної, так і похідної від неї договірної ціни. У доступній нам літературі зустрічаємо лише поодинокі роботи, присвячені проблемам ціноутворення. Надзвичайно цікавими є пропозиції щодо ціноутворення, викладені проф. О.М. Голяченком [1]. Його рекомендації містять 2 методичних підходи визначення ціни допомоги конкретному пацієнту. При цьому він надає перевагу процесу ціноутворення з виходом на конкретного пацієнта. Така думка домінує й у деяких інших авторів [5, 8]. Пропонується досить цікава методика визначення фактичної вартості медичної послуги [8]. Вона ґрунтується на визначенні затрат робочого часу на основі нормативів заробітної плати. Заслужовують на увагу способи пошуку об'єктивного критерію ціноутворення, що розроблялись головним дерматовенерологом м. Києва Клименком М.Н. (1992), але, на жаль, вони так і не були опубліковані. Отже, автори [1, 6, 7] пропонують спрощену систему визначення вартості конкретного випадку надання медичної допомоги, що водночас дозволяє оцінити у грошовому виразі роботу кожного лікаря. Якщо раніше організатори охорони здоров'я визначали так би мовити "валову" вартість медичної допомоги, виходячи з понять економічних збитків [2, 3], сукупності затрат на лікування і профілактику [2], пересічних затрат на охорону здоров'я одного жителя [4], то під час планового переходу до страхової медицини виникає нагальна потреба швидко, точно й обґрунтовано дати відповідь на запитання, скільки конкретно грошових одиниць було затрачено

саме на цього пацієнта. Тому для широкого загалу рекомендується методика ціноутворення у венерології, адаптована нами для потреб нашої клініки [5, 6, 7]. За відправну точку в запропонованій нами модифікації методики ціноутворення ставимо вартість 1 робочої хвилини медичного працівника, задіяного в наданні допомоги пацієнту. Вартість робочої хвилини визначається на основі пересічної заробітної плати з урахуванням обов'язкових доплат за категорію, ступінь тощо. Таким чином, визначаємо вартість 1 хвилини праці лікаря, медичної сестри, лаборанта, санітарки, тобто осіб, які безпосередньо контактують з хворим або виконують для нього визначений лікарем об'єм лабораторних досліджень. Затраги часу визначаються методом прямого хронометражу, а затрати часу лабораторного персоналу – за директивними документами, що містять готовий розрахунок часу на ті чи інші лабораторні дослідження. На підставі визначення затрат робочого часу будується шкала сумарної вартості процедури. Ця шкала дає можливість отримати фактичні затрати на оплату праці персоналу, задіяного у виконанні маніпуляції чи дослідження. Однак затрати на утримання персоналу, який безпосередньо контактує з хворим (у тому числі і лабораторні працівники), не визначають повною мірою вартості послуги. Необхідно у визначення цієї ціни включити також і вартість праці адміністративного, господарчого та іншого персоналу, вартість утримання споруд та обладнання тощо.

Запропонований механізм розрахунку ціни одного випадку надання медичної допомоги хворому застосовується в нашій клініці й для визначення косметологічної допомоги та інших видів спеціалізованої медичної допомоги.

Необхідність мати просту, інформативну і доступну методику ціноутворення зумовлюється також і продекларованим провідниками вітчизняної охорони здоров'я майбутнім переходом до страхової медицини (чи бюджетно-страхової). Особливо актуальним є питання об'єктивного ціноутворення і в разі переходу до фінансування охорони здоров'я з розрахунку на 1 жителя, такий перехід може зумовити концентрацію асигнувань на первинній ланці охорони здоров'я. Якщо пріоритет буде надано саме такому шляху фінансування, то грошове забезпечення спеціалізованої, в тому числі дерматовенерологічної, допомоги може здійснюватися *post factum*, тобто за кожного пролікованого мешканця певної території. Виставити ж рахунок практично неможливо без володіння методом об'єктивного ціноутворення.

Згідно з деякими даними, затрати часу на амбулаторно-поліклінічний випадок медичного обслуговування визначаються пересічно, на основі групи здоров'я, до якої віднесено пацієнта. Можна погоди-

тись із тим, що така методика розрахунку має сенс при визначенні фінансових потреб лікувально-профілактичного закладу, але, при сучасних вадах об'єктивного обліку хворих цей спосіб визначення економічних потреб закладу матиме сумнівну вартість. Коли йдеться про компенсацію спеціалізованому медичному закладу понесених ним затрат на лікування хворих чи то з боку страхової компанії, чи первинної ланки охорони здоров'я (саме в ній, як було вже згадано, пропонується акумулювати бюджетні кошти), то ні про які групи здоров'я мова вестись не може. Є конкретний хворий, йому зроблено конкретні лікувально-діагностичні маніпуляції, це і тільки це повинно стати відправною точкою фінансових розрахунків. Подібна ситуація із перебуванням хворих у стаціонарі. Таким чином, основним розрахунковим документом для спеціалізованого медичного закладу повинен стати персоніфікований рахунок. Методика побудови цього рахунку, яка ґрунтується на запропонованій вище схемі ціноутворення, нескладна і може бути освоєна на рівні старших медичних сестер відділів. Звичайно, чим складніший випадок, тим більша затрата часу і, відповідно, вартість лікування хворого. Отримана сума відобразить ціну кожного аналізу, лікарського втручання, ін'єкції тощо. При завершенні лікування на підставі амбулаторної карти, карти стаціонарного хворого, листів призначень, денних меню можна підрахувати повну суму затрат лікувального закладу в конкретному випадку. Іншими словами, з'являється можливість оформити персоніфікований рахунок з переліком усіх затрат. Сума цих затрат і складе основу остаточної ціни випадку. Такий рахунок, зроблений у спеціалізованому закладі, може бути направлений до страхової компанії, а в разі фінансування на 1 жителя – до розпорядника територіального бюджету охорони здоров'я.

Первинні дані про затрати часу на кожний вид медичної допомоги є величиною максимально стабільною. Тому їх і заносять до ЕОМ у першу чергу. Потім заносять всі необхідні коефіцієнти, які є змінними внаслідок змін податкової шкали, інфляційних процесів тощо. При подальшому розвитку запропонованої схеми розрахунків можливе створення всеохоплюючої програми для ЕОМ, яка дозволить повністю виключити ручні підрахунки.

У більшості цивілізованих країн при будь-якій системі надання медичної допомоги санація суспільства від соціальних хвороб є завданням держави, яка зобов'язана здійснювати повнопланове фінансування лікувально-діагностичного процесу в венерології. У жодному офіційному документі уряду ми не знаходимо відмови від фінансування програми боротьби з венеричними хворобами. Разом із тим, відсутність конкретної науково обґрунтованої цифри необхідних державних затрат

на венерологічну допомогу спричиняє нераціональний розподіл і без того досить обмеженого бюджету державної системи охорони здоров'я. Показати фактичну потребу у фінансовому забезпеченні боротьби з ЗПСШ на прикладі сифілітичної інфекції також є метою нашого дослідження. Для визначення потреб у фінансуванні заходів протидії венеричним хворобам необхідно насамперед встановити необхідний обсяг такої допомоги як в розрізі окремої нозологічної одиниці, так і в цілому по венерологічній службі. Отже, виникає необхідність у визначенні конкретних і стабільних загальнодержавних нормативів медичної допомоги. З метою забезпечення фінансування лікувально-діагностичного процесу слід визначити стандарти надання допомоги з урахуванням чинних норма-

тивів і на підставі цього надати медичній послузі товарної характеристики. Проілюструємо це на прикладі сифілітичної інфекції. Зручність саме такої ілюстрації зумовлена існуванням єдиних, затверджених міністром охорони здоров'я схем діагностики і лікування цієї інфекції.

З метою побудови стандартів допомоги хворим на сифіліс методом визначення їх цінового еквівалента нами проаналізовано 875 випадків сифілісу, 204 випадки превентивного лікування та 4 випадки профілактичного лікування (всього 1083 випадки). З них амбулаторне лікування отримувало 672 особи або 62 %.

Затрати на лікування підраховували за методикою, розробленою на кафедрі соціальної медицини ТДМА та в нашому диспансері (табл. 1).

Таблиця 1. Вартість амбулаторного лікування хворих на сифіліс

№ за/п	Діагноз	Кількість хворих	Ціна випадку	Сума випадків
1	Превентивне лікування	204	37,45	7639,80
2	Профлікування вагітних	4	37,45	149,80
3	Сифіліс I серонегативний	3	62,20	186,60
4	Сифіліс I серопозитивний	70	87,50	5915
5	Сифіліс II свіжий	85	124,90	10616,50
6	Сифіліс II рецидивний	128	160,50	20544
7	Сифіліс ранній прихований	177	160,50	28408,5
8	Сифіліс пізній прихований	1	208,90	208,9
9	Усього	672		73699,10

Пересічна ціна одного випадку: $73699,10:672,00=109$ грн. 67 коп.

Пересічна ціна, відповідно при встановленому діагнозі складає 141,15 грн.

Деяко іншу картину має стаціонарне лікування сифілісу з наступним клініко-серологічним контролем. Економічний стандарт вираховува-

ли дещо складнішим шляхом. Визначали кількість затрат робочої сили медичних та немедичних працівників на 1 ліжко-день у грошовому еквіваленті. На заключному етапі формування ціни додавали вартість найнеобхідніших продуктів харчування та визначений стандарт медикаментів (табл. 2).

Таблиця 2. Вартість стаціонарного лікування хворих на сифіліс

Сифіліс I серонегативний	193,80	772,32
Сифіліс I серопозитивний	231,26	9712,92
Сифіліс II свіжий	307,62	17841,96
Сифіліс II рецидивний	462,52	83716,12
Сифіліс ранній прихований	462,52	50877,2

Прогностично за один рік в Україні реєструється близько 70 тис. хворих на сифіліс. За показаннями, як встановлено в нашому прикладі, 62 % з них можуть лікуватися амбулаторно, затрати держави на що повинні скласти 4 млн. 759 тис. 678 грн. Особи, які, за медичними та соціальними показаннями, повинні лікуватися лише в стаціонарі, становлять пересічно по Україні 26600 чоловік. Це, відповідно, вимагає затрат у сумі 10 млн. 544 тис. 240 грн. Загалом у цінах на 1.07.1998 року мінімальна потреба у фінансуванні складала 15 млн. 303 тис. 918 грн. Саме таку суму з поправкою на

коефіцієнт інфляції і необхідно визначити в бюджеті на подолання епідемії сифілісу.

Примітка: ціни вказуються на рівні липня 1998 року.

Визначивши мінімально прийнятний обсяг фінансування лікувально-діагностичного процесу в сифілідології, з'ясуємо, як же фінансується галузь у цілому. Для цього необхідно підрахувати, що і наскільки забезпечується державним фінансуванням.

За проведеними підрахунками, питома вага фінансування дерматовенерологічної допомоги в Україні складала в 1998 році 0,82 % від загального бюджету охорони здоров'я, що становило приб-

лизно 28,3 млн. грн. А на лікування сифілісу в інфляційних гривнях до серпня 1998 року потрібно було в масштабах держави 15 млн. грн. Отже, на всі інші затрати залишилось 13 млн. грн. Якщо врахувати, що обсяг фінансування склав у 1998 році 68-70 % від запланованих у кошторисах сум, то фактичне фінансування дерматовенерологічної допомоги в Україні склало 19,8 млн. грн. Близько 80 % вказаної суми повинна була поглинути заробітна плата. Отже, на інші затрати служби загалом залишилось лише 4 млн. грн. Стає очевидним, що функціонування дерматовенерологічних закладів в Україні й безоплатне лікування в них профільних хворих надзвичайно утруднені.

Що ж до поточного року, то фінансування повинно було зрости на 4 %. Разом із тим, планувалась питома вага заробітної плати – понад 80 % (без врахування заборгованості минулих років). Якщо ще врахувати ріст цін на пальне та спричинену ним інфляцію, то фактичне надходження грошей станом до кінця року буде ще меншим, ніж у 1999 році. У вказані теоретичні розрахунки включали кошти як державного, так і місцевих бюджетів,

які є різними в областях – донорах і в областях – реципієнтах. Останні, а це, як правило, аграрні області, знаходяться ще в гіршому стані, оскільки їх місцеві бюджети мають пересічно нульовий або ще й від'ємний баланс. Прикладом такої ситуації може бути Тернопільська область, де минулорічна мінімальна потреба по головному закладу виражена в сумі 600 тис. грн. Вона задоволена лише на 40 %, що склало 240 тис. грн. Отже, необхідно розробити новий механізм фінансування дерматовенерологічної допомоги, взявши за відправну точку поняття "гарантований мінімум".

Таким чином, система медико-економічних стандартів у сифілідології, сформована та апробована в нашій клініці, дала змогу забезпечити науково обґрунтований мінімум допомоги хворим на сифіліс, особливо малозабезпеченим хворим та особам соціально негативної поведінки. Розрахунки, зроблені при проведенні цієї роботи, стали базою для побудови калькуляції у госпрозрахунковому підрозділі. Проведена робота підтвердила необхідність формування медико-економічних стандартів і при інших дерматовенерологічних захворюваннях.

Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Проходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль – Київ: Джура, 1997. – 328 с.
2. Ермаков В.В., Лаврова И.Г., Алексеева В.М. Преподавание экономики здравоохранения студентам медицинских вузов // Сов. здравоохран. – 1985. – № 10. – С. 44-48.
3. Медведев М.А., Черненко О.Б., Байковская В.В., Васильев Н.В. Методические подходы к расчету народно-хозяйственного ущерба от заболеваемости населения // Сов. здравоохран. – 1991. – № 9. – С. 5-8.
4. Обухов О.А., Рутгайзер В.М., Толченев Б.А., Введенская И.И. О привлечении дополнительных средств на развитие здравоохранения // Сов. здравоохран. – 1989. – 9. – С. 16-19.
5. Хара О.І. Чи страшна страхова медицина? // Мед. газета України. – 1995. – № 3. – С. 3.
6. Хара О.І., Глушок О.К., Пилипів М.В. Калькуляція вартості лабораторних досліджень у госпрозрахунковому відділенні ОШВД: Посв. рац. пропоз. № 101-1995.
7. Хара О.І., Глушок О.К., Пилипів М.В. Калькуляція вартості косметичних послуг у косметичному кабінеті ОШВД: Посв. рац. пропоз. № 102-1995.
8. Урницький Л.Я. Полный хозяйственный расчет в деятельности лечебно-профилактического учреждения. – Новгород, 1989. – 144 с.

МЕДИКО-ЕКОНОМІЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ В СИФИЛИДОЛОГИИ

О.И. Хара (Тернополь)

Исследовано объем и порядок оказания специализированной помощи больным сифилисом. Сформировано медико-экономические стандарты оказания такой помощи. Обоснованы концептуальные направления реформирования финансирования данной отрасли медицины согласно позиций теории систем и требований менеджмента.

MEDICAL AND ECONOMIC STANDARTS IN SYPHILOLOGY

O.I. Hara (Ternopil)

Extent and order of specialized medical treatment of patient with syphilis have been observed. Medical and economic standards of such treatment were formed. There were substantiated conceptual tendencies of reforming of financing of this branch of medicine according to the principles of theory of systems and management standards.

УДК 614.12

В.Л. ТАРАЛЛО, Ю.А. ТИМОФЄЄВ

ДО ОЦІНКИ ФАКТОРІВ РИЗИКУ В ПРАКТИЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Буковинська державна медична академія

Було зроблено спробу розшифрувати потенціал діагностичних можливостей використання знань про фактори ризику в практиці охорони здоров'я та наукових дослідженнях з метою вибору оптимальних моделей зниження небезпеки здоров'ю людини (групи людей), які пов'язані з ними. Робота базується на висновках, що отримані при застосуванні методів системного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення.

Людина (група людей) взаємодіє з фрагментами середовища, результати якої проявляються конкретними сигналами. Вони несуть інформацію про можливі відхилення в стані середовища та його об'єктах, які оцінюють з позиції їх сприятливості для збереження здоров'я населення, в тому числі з боку оцінки забезпечення галузі й власного здоров'я населення ресурсами та умовами для їх "виживання". Саме ця інформація формує когнітивний ресурс національної і територіальних систем охорони здоров'я. Процес формування знань здійснюється декількома етапами, які містять сприйняття сигналу, його усвідомлення та вміння виділити (представити у зрозумілому для всіх користувачів вигляді); останнє можливе лише за умови наявності загальноприйнятої класифікації для відповідних сигналів (ознак станів спостережуваних об'єктів).

Щоб отримати знання про здоров'я, беручи до уваги фактори ризику, треба враховувати таке. Факт – це результат, одержаний на основі емпіричних знань. Сукупність виділених фактів називають фактурою. Вона як емпірична закономірність надає досліднику необхідну інформацію про середовище та його "рельєф" (характеристики).

Враховуючи те, що факти завжди породжуються об'єктами середовища, їх можна вважати генетичною похідною * морфології (складу, структури) та функцій (функціонування та взаємодії) об'єктів середовища. Це надає можливість користувачам (лікарям усіх щаблів управління в охороні здоров'я) прочитувати факти "назад" – до об'єктів, від яких вони походять, тобто реально вийти на практику. Ці ж дані, прочитані "наперед", сприяють виходу на теорію, враховуючи, що теорія – це знання, породжені практикою. На основі цього завжди при вивченні стану людини або населення будь-

який отриманий факт можна гарантовано використовувати в аналізі як основу зв'язку теорії та практики, в тому числі при оцінюванні стану діяльності галузі.

Джерелом факту, який завжди буває результатом вже здійсненої взаємодії, є фактор. Останній невід'ємний від об'єктів середовища, з якими контактує виділений (досліджуваний) об'єкт. Тут слід зазначити, що взаємодія всіх об'єктів середовища постійна і всі об'єкти середовища завжди знаходяться в **рухомій рівновазі**, яка в практиці, за даними медичної статистики, висвітлюється певним набором фактів (у межах варіації їх відношень), що тепер називають даними.

При цьому зміна функціонування будь-якого з об'єктів, що взаємодіють, може призвести відразу або з часом до зміни характеристик спостережуваних фактів, їх фактури як "портрету" взаємодії (за статистичними даними). Саме в межах фактури проявляється взаємозв'язок понять у соціальній медицині та організації охорони здоров'я: "фактор – інформація – факт – рішення – дія".

Такий підхід в аналізі дозволяє користувачу прочитувати будь-який фактор багатоаспектно: як факт (характеристика "де юре"), як інформацію (код "рельєфу" середовища та об'єкта, що досліджується), як джерело у прийнятті рішення (до того ж з виділенням умов обмеження) і, нарешті, як фундатор дій, зміст яких націлений на усунення або зниження впливу причини зміни характеристик досліджуваних явищ (причому одночасно).

Наведена сутність фактора і підхід до його аналізу, за одержуваними результатами, усуває невизначеність контрольованого середовища, його об'єктів, їх станів. Причому в конкретній суб'єктивній оцінці цю невизначеність можна також визначати як ризик (небезпеку) для існування досліджуваних об'єктів (людини, населення, галузі, окремого закладу). З цього випливає, що фактор, виділений як фактор ризику, тільки один з якісних аспектів розгляду факту і саме поняття "ризик" знаходиться у сфері людської, тобто соціальної, оцінки обмежень існування спостережуваного об'єкта (але не в самому факті або факторі!).

З цієї точки зору, проявлена в практиці й зафіксована в медичній статистиці фактура є методологічним підґрунтям прийняття рішень, у методичному плані – основою прогнозування, а в інформаційно-методичному – основою певних практичних дій у регулюванні та організації функціонування об'єкта (населення, медичного закладу, окремої людини), контролі їх станів.

Визначеність фактів та подій, які стоять за ними, проявляється тільки після їх виміру, оцінювання та відповідного означення – отримання ними "імені" за прийнятою класифікацією (причому на мові користувача). Останнє формулює витоки розмаїття інтерпретацій одних і тих же факторів та аспектів їх прояву: з позиції різних дисциплін, різних дослідників, їх досвіду, можливостей визначення характеристик явища тощо.

Враховуючи, що кожний факт шляхом аналізу групи подій (витоків факту) може бути співвіднесений із функціонуванням конкретного об'єкта (об'єктів), неважко усвідомити, що за будь-яким фактом криються конкретні умови, спосіб та уклад існування цього об'єкта. Тобто завжди можна прослідкувати організацію умов та способу проявів факту. Наприклад, фактор ризику в "житті" факту можна інтерпретувати як його змінну характеристику, що визначає як сам факт, так і умови його виявлення; відповідний аналіз сприяє визначенню "екології" факту. Одночасно необхідно врахувати, що фактор ризику є способом проявлення факту, він на тлі умов його виникнення розкриває способи існування контрольованих суб'єктів середовища (людини, групи людей, певної медичної служби), медичні аспекти їх станів.

З цих позицій при розгляді в практиці охорони здоров'я стану людини або населення (як спостережуваної сукупності фактів за відповідними статистичними даними) фактор ризику є своєрідним параметром операторів формування її здоров'я, різних його проявів. Ураховуючи це, здоров'я і хвороба (як одна з якісних його характеристик) – прояви взаємодії об'єкта в середовищі – не можна розглядати як протилежні поняття. Вони є результативною, наслідковою характеристикою природних динамічних процесів життя та виживання об'єкта в середовищі.

У такому розгляді факт, зареєстрований у зоологічних одиницях (наприклад, у діагнозах хвороб), змістовно представляє нам етіологію (умови розвитку факту), патогенез (спосіб його розвитку) і, одночасно, фактори ризику в умовах, способі та організації життя досліджуваних об'єктів (людини, населення, певної медичної служби тощо), які контролюються в галузі охорони здоров'я. При цьому системна діагностика дає досліднику (лікарю, менеджеру) можливість виходу на зовнішню (середовищну) та внутрішню (за спосо-

бом життя об'єктів) профілактику спостережуваних якісних порушень в їх динамічно змінюваному існуванні для розробки відповідних програм або окремих заходів.

Системний аналіз фактів дозволяє також обрати інший підхід до формування контрольних (нормативних або еталонних) характеристик для оцінки спостережуваних процесів. Відомо [1], що дослідники часто визначають діапазон "норми" саме у відхиленнях факту. При цьому "хвороби" об'єктів у встановленні "норм" не враховуються. Але їх виключення з "норми" сприяє неправильній діагностиці, викривленому визначенню прогнозу і відповідній орієнтації при прийнятті рішень у регулюванні станів об'єктів. Упродовж хвороб здоров'я є чимось "мертвим", без розвитку. Причина: здоров'я та хвороба традиційно вважаються протилежними полюсами. Навито при хворобі розвиток уповільнюється, не спостерігається прогрес, що не відповідає дійсності.

Слід зауважити, що одним із соціально і практично значущих аспектів знань про фактори ризику є їх зв'язок зі страховим ризиком. Наукова основа використання їх у поступово впроваджуваному в Україні медичному страхуванні така:

- фактор ризику пов'язаний зі здоров'ям;
- фактор, реалізований (зареєстрований статистично) у факті, – продукт наукової діяльності, що базується на практиці;
- факт, пов'язаний із використанням людського життєвого ресурсу і виражений у грошовому вигляді, дає традиційне розуміння оцінки якості здоров'я; він, означений як "фактор ризику", може сприяти "відхиленню від здоров'я", формуванню "небезпеки" останньому з боку існування (і виживання) в певному середовищі людини або групи людей (населення).

Наведені характеристики обґрунтовують необхідність включення фактора ризику в формування методологічних та інформаційно-методичних основ створюваної системи медичного страхування населення країни. При цьому слід враховувати, що фактор ризику в реконструкції "фактор ризику > факт" дозволяє досліднику отримати історію факту ("минуле"). При вимірі його в реальному часі гарантується відтворення (реконструкція) "теперішнього", а в інтерпретації "факт як процес прояву фактора ризику > новий факт" можна отримати прогноз "майбутнього".

Треба також зазначити практичну доцільність інтерпретації фактора ризику як "сигналу" (на рівні взаємодії суб'єкта з навколишнім середовищем). Це дозволяє узгоджувати в практиці поняття "фактор ризику" та "стрес", що створює умови для аналізу та оцінки факторів ризику здоров'ю індивіда з боку біофізики. З іншого боку, також можлива інтерпретація фактора ризику як "сигналу"

про взаємодію окремих підсистем в організмі людини (молекул, органів тощо), що може бути використано для вивчення та оцінки процесів здоров'я на рівні біохімії. Саме в межах останньої дослідник (лікар) отримує інформаційну інтерпретацію хвороб. Окрім того, системний підхід надає можливість конструктивному виходу на поняття "адаптації", ступінь адаптації людини та населення в середовищі тощо.

Усі ці знання дозволяють встановити зв'язок станів окремої людини і населення, станів середовища існування людей і створеної ними системи опіки здоров'я тощо.

На відміну від фактів, у факторах ризику закладено рішення: "метрика" факторів ризику показує ризик відхилення від здоров'я об'єкта. Також слід урахувувати соціал-гігієністам, що показники здоров'я – це медична оцінка помилок людини (гру-

пи людей) в їх функціонуванні (та взаємодії) в певному середовищі: вони, узгоджені з видами конкретної діяльності, фактично вказують на помилки в системі прийняття людиною (групою людей) рішень, які призводять або можуть призвести до хвороб і небажаної перебудови у функціонуванні підсистем організму (станів здоров'я населення). Тут належить звернути увагу дослідників на те, що фактор ризику як основа реконструкції явищ, що спостерігаються ними, може отримувати векторну оцінку (\pm) лише з точки зору цілого, тобто при розгляді об'єкта і середовища його існування в неподільній цілісності. Це важливо враховувати в діагностиці станів, прогнозуванні перебігу процесів і прийнятті рішень щодо збереження та зміцнення здоров'я населення в цілому на підпорядкованих лікарям (або досліджуваних науковцями) територіях.

Висновки

1. Фактор допускає багатоаспектну оцінку при аналізі його з позицій "фактор – інформація – факт – рішення – дія".
2. Фактор ризику – не природна, а виключно соціальна шкала оцінки якості фактора з позицій безпеки існування людини або населення в конкретних умовах навколишнього середовища.
3. Системний аналіз факторів здоров'я свідчить про те, що поняття "здоров'я" і "хвороба" не протилежні, вони є різними "вимірами" одного й того ж природного процесу життя, обидва входять до явищ "патологія" та "норма"; відрізнити ці поняття можливо виключно при введенні у практику охорони здоров'я спеціальних класифікацій.

Список літератури

1. Корольков А.А., Петленко В.П. Норма. БМЭ. – М.: Советская энциклопедия, 1981. – Т.1 7. – С. 196-201.

К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРАКТИКЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

В.Л. Таралло, Ю.А. Тимофеев

В статье раскрыты отдельные системные аспекты оценки факторов риска, которые расширяют возможности практической оценки знаний, скрытых в них, для обеспечения диагностики состояния здоровья объектов, которые наблюдаются в охране здоровья.

ON EVALUATING OF RISK FACTORS IN HEALTH CARE PRACTICE AND SCIENTIFIC INVESTIGATIONS

V.L. Tarallo, Yu. A. Timofeyev

The research deals with some systemic aspects of evaluating risk factors that expand the possibilities of practical evaluation of knowledge concealed in them for providing diagnostics health status of the objects being observed.

С.М. ОЧЕРЕДЬКО

МОЖЛИВОСТІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СТАНОМ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СІЛЬСЬКИХ МЕШКАНЦІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ІЄРАРХІЧНОЇ МОДЕЛІ МОНІГОРИНГУ

Вінницький державний медичний університет

Сучасні моделі активного моніторингу за станом захворюваності сільських мешканців охоплюють як ієрархічну систему маркерів захворювань, так і технології аналізу отриманої інформації з розробкою перспективних програм профілактики порушення здоров'я. Захворюваність – це складна категорія, що має економічні, соціальні, медико-демографічні, природні та біологічні елементи.

ВООЗ активно проводить копітку координуючу роботу щодо встановлення маркерних чинників окремих груп захворювань, які доцільно вносити в регіональні програми моніторингу за національними службами охорони здоров'я. Доведено ефективність уніфікованих міжнародних реєстрів основних онкологічних і ендокринних захворювань. Аналогічний підхід поширюється й на моніторинг за іншими хворобами в міру проникнення в етіопатогенетичні механізми порушень і встановлення основних чинників ризику.

Моніторинг за станом захворюваності сільських мешканців повинен враховувати певні особливості їх умов життя, а саме:

- велику варіабельність сільських населених пунктів (СНП) щодо соціально-економічної та медико-демографічної інфраструктур;
- відносно низькі стандарти якості життя, великий просторок соціально малозахищених мешканців;
- значний вплив навколишнього природного середовища і сезонності на стан захворюваності та характер зайнятості;
- низький рівень освіти і профілактичної активності селян, недостатня увага до свого здоров'я;
- недостатня забезпеченість комунальними послугами, часті випадки порушення санітарно-гігієнічних нормативів;
- розбалансованість ринку праці, несприятливий характер роботи (поширеність виробничих шкідливостей, виробнича міграція, випадковість і сезонність роботи);
- недостатнє надання медико-санітарної допомоги (не відповідає потребам), її важкодоступність.

Нами протягом багатьох років проводилися дослідження умов життя селян, соціально-економічних, медико-демографічних макро- та мікроінфраструктур СНП, навколишнього природного середовища, стану захворюваності сільських мешканців, здійснювався пошук стратегій адекватного їх медико-санітарного забезпечення, науково обґрунтовувалися пріоритетні програми соціального розвитку українського села. Об'єктом дослідження були мешканці 27 репрезентативних сільських населених пунктів Вінницької, Тернопільської, Івано-Франківської, Чернігівської, Житомирської, Закарпатської, Черкаської, Рівненської областей України як таких, що мають різні соціально-економічні, медико-демографічні та екологічні особливості.

Результати математичного моделювання механізмів генерації соціально-економічних, медико-демографічних макроінфраструктур свідчать про те, що кількість населення СНП є базовим чинником, на підставі якого формуються зазначені інфраструктури. Особливо сприятливі відмінності умов життя селян і стану захворюваності спостерігалися за кількістю населення СНП, що перевищувала 1000 чоловік. Зважаючи на значний вплив наведених макроінфраструктур на формування захворюваності сільських мешканців, глобальні моделі моніторингу за станом їх захворюваності на регіональному рівні (перший ієрархічний рівень) повинні охоплювати як маркерний чинник питому вагу СНП з кількістю населення менше ніж 1000 чоловік.

Застосування багатофакторного дисперсійного та регресійного моделювання дозволило встановити найвагоміші чинники, які репрезентували свій вірогідний індивідуальний вклад у формування переважної більшості показників захворюваності. Вивченню підлягали: ураження хронічною патологією, рівень первинної та загальної захворюваності, кратність загострень хронічних захворювань, сумарна тривалість захворювань, захворюваність із тимчасовою втратою працездатності (у випадках і днях), рівень загальної інвалі-

дності, самовільних абортів, мертвонароджуваності, загальної та первинної захворюваності сільських дітей. Такими чинниками були: поширеність виробничих шкідливостей (коефіцієнт множинної кореляції (R) з досліджуваними показниками становив 0,545, коефіцієнт Фішера (F) - 48,8 $P < 0,001$), вік ($R = 0,533$, $F = 45,8$, $P < 0,001$), якість екологічного середовища ($R = 0,344$, $F = 15,5$, $P < 0,001$), шлюбний стан ($R = 0,27$, $F = 9,26$, $P < 0,001$), соціальний стан ($R = 0,298$, $F = 11,3$, $P < 0,001$), показник забезпечення лікарями ($R = 0,301$, $F = 11,5$, $P < 0,001$), середнім медичним персоналом ($R = 0,275$, $F = 9,48$, $P < 0,001$), відстань до ЦРЛ ($R = 0,257$, $F = 8,2$, $P < 0,001$).

Результати наступного аналізу за методикою контрастів і "post hoc" порівнянь дозволили встановити такі основні групи сільських мешканців з підвищеним ризиком виникнення захворюваності: особи, які контактують із кількома (більше двох) виробничими шкідливостями; некваліфіковані робітники та безробітні; мешканці з несприятливим шлюбним станом (вдівці, вдови, розлучені). Саме ці керовані інформативні чинники доцільно застосовувати як базові маркери другого рівня ієрархії моделі моніторингу за загальними показниками захворюваності.

Третій рівень ієрархічної моделі моніторингу охоплює маркерні чинники, що здебільшого формують певні захворювання. Ми відібрали власні коефіцієнти кореляції (r) з найбільшими значеннями між поширеними захворюваннями та керованими основними чинниками, що їх формують, з вірогідністю $P < 0,05$.

Результати аналізу показали, що інфіковані робітники та безробітні є групами подвоєного ризику виникнення інфекційних і паразитарних захворювань ($r = 0,03$), психічних розладів ($r = 0,05$), хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($r = 0,04$), нещасних випадків, травм і отруєнь ($r = 0,03$). Можливе пояснення встановленого зв'язку полягає в соціально-економічній незахищеності цих груп населення, відсутності належних санітарно-гігієнічних умов життя та праці.

Нервово напруження праці може бути маркером моніторингу за психічними розладами ($r = 0,03$), хворобами органів травлення ($r = 0,03$), зокрема виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки ($r = 0,04$), захворюваннями підшлункової залози ($r = 0,03$), нещасними випадками, травмами й отруєннями ($r = 0,04$). Виявлені закономірності пояснюються негативним впливом нервового напруження на розвиток зазначених порушень [1].

Встановлено вірогідний кореляційний зв'язок фізичного навантаження з хворобами системи крові ($r = 0,04$), зокрема анемією ($r = 0,04$), хворобами системи кровообігу ($r = 0,03$), зокрема гіпертонічною хворобою ($r = 0,03$), цереброваскулярними

хворобами ($r = 0,03$), ендартеріітом, варикозним розширенням вен ($r = 0,04$), захворюваннями кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($r = 0,03$), шкіри та підшкірної клітковини ($r = 0,03$), нещасними випадками, травмами й отруєннями ($r = 0,03$). Аналогічні закономірності описані й іншими авторами [1, 2].

Несприятливий шлюбний стан (розлучені, вдівці, вдови) є вірогідним чинником ризику розвитку пухлин ($r = 0,04$), психічних розладів ($r = 0,05$), хвороб системи кровообігу ($r = 0,06$), зокрема гіпертонічної хвороби ($r = 0,05$), ішемічної хвороби серця ($r = 0,04$), інфаркту міокарда ($r = 0,07$), цереброваскулярних порушень ($r = 0,06$), хвороб сечостатевої системи ($r = 0,03$), зокрема сальпінгіту, оофориту ($r = 0,04$), ендокринних хвороб ($r = 0,06$), ускладнень вагітності, пологів і післяполового періоду ($r = 0,06$). Очевидно, виникненню зазначених розладів сприяють як психічні, так і соціальні елементи дезадаптації наведених груп населення, зокрема невпорядкований спосіб життя.

Отже, питома вага селян із несприятливим шлюбним станом є чутливим маркером моніторингу за зазначеними порушеннями.

Зловживання алкогольними напоями та куріння вірогідно підвищують ризик виникнення інфекційних і паразитарних захворювань ($r = 0,06$), пухлин ($r = 0,05$), ендокринних хвороб і порушень обміну речовин ($r = 0,03$), зокрема цукрового діабету ($r = 0,04$), хвороб системи крові ($r = 0,04$), зокрема анемії ($r = 0,04$), психічних розладів ($r = 0,03$), хвороб системи кровообігу ($r = 0,05$), зокрема гіпертонічної хвороби ($r = 0,05$), ішемічної хвороби серця ($r = 0,04$), інфаркту міокарда ($r = 0,05$), цереброваскулярних порушень ($r = 0,04$), ендартеріїту ($r = 0,04$), захворювань органів дихання ($r = 0,06$), зокрема хронічного бронхіту ($r = 0,06$) та бронхіальної астми ($r = 0,05$), хвороб органів травлення ($r = 0,04$), зокрема підшлункової залози ($r = 0,05$), гастриту та дуоденіту ($r = 0,03$), холециститу і холангіту ($r = 0,05$), виразки шлунка ($r = 0,05$), ускладнень вагітності, пологів і післяполового періоду ($r = 0,03$), хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($r = 0,05$), уроджених вад у дітей селян ($r = 0,03$), нещасних випадків, травм і отруєнь ($r = 0,04$).

Порушення харчування (режим приймання їжі – рідше трьох разів на день, нерегулярний та одноманітний характер) є суттєвим чинником ризику виникнення пухлин ($r = 0,03$), ендокринних хвороб та порушень обміну речовин ($r = 0,04$), хвороб системи та органів чуття ($r = 0,03$), хвороб системи кровообігу ($r = 0,07$), зокрема гіпертонічної хвороби ($r = 0,06$), ішемічної хвороби серця ($r = 0,07$), хвороб органів травлення ($r = 0,04$), зокрема підшлункової залози ($r = 0,05$), гастриту та дуоденіту ($r = 0,05$), холециститу й холангіту ($r = 0,04$), виразки шлунка і дванадцятипалої кишки ($r = 0,06$), за-

хворювань сечостатевої системи ($r=0,05$), зокрема нирковокам'яної хвороби ($r=0,04$). Значний вплив порушення характеру харчування, зловживання алкогольними напоями та куріння на досить великий перелік захворювань обґрунтовує доцільність віднесення цих чинників до другого ієрархічного рівня моніторингу за загальними показниками захворюваності.

Недостатня житлова площа (менше ніж 9 м^2 на 1 чол.) та кількість кімнат (відсутність окремої кімнати для кожного члена сім'ї) мали вірогідний зв'язок із поширеністю інфекційних і паразитарних захворювань ($r=0,04$), виникненням пухлин ($r=0,04$), ендокринних хвороб і порушень обміну речовин ($r=0,03$), хвороб системи кровообігу ($r=0,04$), зокрема гіпертонічної хвороби ($r=0,04$), ускладнень вагітності, пологів і післяполового періоду ($r=0,03$), уроджених вад у дітей селян ($r=0,04$). У деяких країнах Європи моделі моніторингу за станом захворюваності охоплюють більш тонкі характеристики архітектури та будівельного матеріалу помешкань, елементи яких підлягають ретельній стандартизації для запобігання шкідливого впливу на здоров'я мешканців [3]. Одержані нами результати свідчать про потребу віднесення вивчених чинників до моделі моніторингу за станом захворюваності сільського населення України.

Відсутність центрального опалення (тобто парового опалення незалежно від джерела постачання теплоти) вірогідно підвищує ризик розвитку інфекційних і паразитарних захворювань ($r=0,03$), хвороб нервової системи та органів чуття ($r=0,03$), хвороб системи кровообігу ($r=0,03$), зокрема гіпертонічної хвороби ($r=0,05$), цереброваскулярних порушень ($r=0,05$), ендартеріїту ($r=0,04$), хвороб органів дихання ($r=0,04$), зокрема хронічного бронхіту ($r=0,04$), пневмонії ($r=0,04$), бронхіальної астми ($r=0,03$), захворювань сечостатевої системи ($r=0,04$), зокрема гломерулонефриту ($r=0,04$), захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($r=0,08$), зокрема ревматоїдного артрити ($r=0,03$). Отже, патогенетичний ефект несприятливого температурного режиму в формуванні наведених захворювань очевидний [1, 5].

Відсутність водогону та каналізації (житловий будинок вважають обладнаним каналізацією в разі наявності водогону і пристрою для стоку господарських вод у вуличну каналізаційну мережу або поглинальні колодязі) суттєво сприяє виникненню інфекційних і паразитарних захворювань ($r=0,03$), хвороб сечостатевої системи ($r=0,04$), зокрема нирковокам'яної хвороби ($r=0,04$), що, очевидно, пов'язано із вживанням криничної води, мінеральний і мікробіологічний склад якої часто не відповідає державному стандарту.

Отже, виходячи з варіантів соціально-економічних і медико-демографічних інфраструктур СНП та особливостей умов життя сільських мешканців, для активного спостереження за станом захворюваності селян доцільно застосувати трирівневу ієрархічну модель моніторингу. Перший (регіональний) рівень моделі повинен охоплювати питому вагу СНП з кількістю населення менш ніж 1000 чоловік як найнесприятливіший щодо умов формування здоров'я їх мешканців. Маркери другого рівня моніторингу також свідчать про стан загальних показників захворюваності, проте в межах конкретного СНП (чи групи споріднених за соціально-економічними та медико-демографічними інфраструктурами СНП). До маркерів другого рівня, за результатами нашого дослідження, доцільно віднести питому вагу: некваліфікованих робітників і безробітних; зайнятого населення, яке контактує з двома і більше виробничими шкідливостями; селян із несприятливим шлюбним станом (вдівців, вдів, розлучених); сільських мешканців, які зловживають алкогольними напоями та курять, з режимом харчування менше трьох разів на добу; забезпеченості лікарями, середнім медичним персоналом і ліжками першого етапу надання медичної допомоги сільському населенню та його наближеності. Третій рівень ієрархічної моделі охоплює маркери, що мають високі вірогідні значення власних кореляційних зв'язків з поширеними захворюваннями. Склад останніх підлягає періодичному перегляду, оскільки залежить від механізмів розвитку захворювань і особливостей умов життя селян.

ВОЗМОЖНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ С ПОМОЩЬЮ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ МОНИТОРИНГА

А.М. Очередыко (Винница)

Изложены результаты изучения маркеров иерархических моделей мониторинга основных групп заболеваний на основе выборочного эпидемиологического исследования 27 репрезентативных сельских населенных пунктов 8 областей Украины в течение 1992-1996 гг. Предложена трехуровневая модель мониторинга за состоянием заболеваемости сельского населения Украины, описаны маркеры каждого уровня наблюдения.

POSSIBILITIES FOR CONTROLLING OF MORBIDITY STATE OF RURAL POPULATION BY MEANS OF HIERARCHICAL MONITORING MODEL

A.M. Ocheredko (Vinnytsia)

The studies of markers of hierarchical monitoring role is for the main disease groups were made basing on the epidemiologic investigation of 27 representative rural settlements from 8 oblasts/regions of Ukraine during 1992-1996. A three level model of monitoring for the rural morbidity in Ukraine is proposed and markers of each level of surveillance are described.

УДК 614.8+614.2.:658.5

В.О. ВОЛОШИН, А.В. ТЕРЕНТЬЄВА, А.В. ТЕРЕНТЬЄВ (Київ)

СУЧАСНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ АВТОМАТИЗОВАНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ДЕРЖАВНОЮ СЛУЖБОЮ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Створення в Україні Державної служби медицини катастроф (ДСМК) зумовило потребу в забезпеченні її повсякденної готовності до виконання покладених на неї функцій, насамперед оперативного управління силами і засобами в умовах надзвичайних ситуацій. Проте теперішня система подання та отримання інформації не завжди відповідає потребі. За таких умов інформацію, що надходить до суб'єкта управління із запізненням, не можна вважати об'єктивною. Недостовірна за часом інформація, у свою чергу, призводить до помилок під час прийняття управлінських рішень, що в надзвичайних ситуаціях може коштувати життя або сприяти погіршенню здоров'я потерпілих.

Виходячи з наведеного, стає зрозумілою потреба в розробці й впровадженні у ДСМК автоматизованої системи управління (АСУ МК) як найбільш прогресивної системи, що дозволить забезпечити оперативне управління ліквідацією медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій незалежно від місця і часу їх виникнення.

Відомо, що для створення інформаційної продукції, яка є першою ланкою в процесі управління, необхідно мати ресурси [2, 3].

Умовно розрізняють три рівні інформації, яка забезпечує процес управління у системі ДСМК: оперативну, тактичну і стратегічну. Оперативна інформація потрібна співробітникам оперативних підрозділів на нижчому рівні управління ДСМК у повсякденній роботі. Вона є первинною, рутин-

ною інформацією, що часто оновлюється, основою в інформаційній ієрархії АСУ, тому її обробка автоматизується перш за все.

Тактична інформація, яку одержують шляхом узагальнення оперативної інформації, призначена для керівників середнього рівня управління (начальників структурних підрозділів закладів ДСМК). Автоматизація суттєво прискорить підготовку тактичної інформації, яка видається у вигляді звіту, різних управлінських рішень на підставі відповідного інформаційного запиту.

Стратегічну інформацію (інформацію для керівництва) одержують внаслідок обробки оперативної й тактичної інформації. Вона містить лаконічні, але змістовні зведення, звіти, прогнози. На її підставі здійснюються довгострокове планування та розробка політики ДСМК у цілому.

Обробка оперативної медико-санітарної інформації фактично є роботою, пов'язаною зі збиранням і первинною обробкою інформаційних повідомлень, сигналів первинних документів, довідок і звітів. Виходячи з цього, ДСМК слід розглядати як відкриту інформаційну систему (ІС), яка складається із структурних елементів і зв'язків між ними, по яких циркулює певним чином подана та оброблена інформація.

ІС функціонує на базі інформаційної технології (ІТ), в поняття якої входять усі пристрої, носії, методи зберігання, переробки інформації та принципи обміну нею.

Як уже зазначалось, основною метою створення АСУ в ДСМК є оптимізація та забезпечення оперативності прийняття управлінських рішень, а також удосконалення технології ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій, реалізації яких досягають за рахунок деяких чинників. До таких чинників належать: застосування прогресивних форм і методів надання екстреної медичної допомоги та інших видів медичного обслуговування населення в зоні катастроф; оптимізація прийняття управлінських рішень у надзвичайних ситуаціях на різних рівнях управління; своєчасний і постійний контроль за виконанням управлінських рішень з ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій; обґрунтоване з'ясування потреб населення у наданні першої медичної допомоги в зонах надзвичайних ситуацій; підвищення ефективності планування заходів, насамперед сил і засобів територіальних центрів ДСМК, для ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

Автоматизовані системи можуть розроблятися та впроваджуватися на різних ієрархічних рівнях управління відповідно до структури ДСМК: АСУ диспетчерською службою, АСУ матеріально технічним постачанням, АСУ бухгалтерією, АСУ медико-санітарною інформацією, АСУ територіальним центром ДСМК (АСУ технологічного процесу "Катастрофа"), АСУ медициною катастроф МОЗ України [1, 4-8].

Автоматизована система управління ДСМК виконує такі основні функції: збирання інформації про медико-санітарну ситуацію в зоні надзвичайної ситуації, її обробка, математичний аналіз одержаної інформації, підготовка пропозицій для прийняття управлінських рішень та їх передавання об'єктам управління (формуванням і закладам ДСМК), контроль за виконанням рішень.

Основними завданнями АСУ ДСМК є:

1. Накопичення комплексної інформації про надзвичайні ситуації та їх медико-санітарні наслідки.
2. Оперативна обробка первинної інформації та її аналіз.
3. Розробка проектів оптимальних управлінських рішень щодо ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій на всіх рівнях управління з урахуванням інтервалів часу.
4. Упорядкування руху інформаційних потоків, підвищення достовірності та стійкості отримання інформації.
5. Вироблення оптимальних рішень з управління ДСМК за умов надзвичайних ситуацій.
6. Забезпечення облікових і контрольних функцій ДСМК.
7. Забезпечення стійкого зворотного зв'язку між суб'єктами й об'єктами управління.
8. Координація дій усіх формувань і закладів які проводять ліквідацію медико-санітарних наслідків надзвичайної ситуації.

9. Аналіз результатів та оцінка ефективності заходів щодо ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

АСУ ДСМК як АСУ організаційно-економічними системами класифікують за рівнем управління, територіальними ознаками, а також ступенем автоматизації.

За характером об'єкта управління АСУ ДСМК розрізняють АСУ технологічним процесом та АСУ організаційно-економічними системами. АСУ технологічними процесами – автономні підсистеми АСУ об'єкта управління, яким є територіальний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

У системі управління ДСМК забезпечується внутрішній зв'язок її підрозділів, тому в основі побудови АСУ ДСМК лежить ієрархічна організаційна структура, що передбачає зв'язок АСУ кожного нижнього рівня управління з АСУ вищого рівня. Це зумовлює обмін звітною та директивною інформацією.

За рівнем управління ДСМК розрізняють АСУ територіальним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, АСУ Українським центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, АСУ медициною катастроф МОЗ України.

За ступенем автоматизації АСУ ДСМК поділяються на інформаційно-довідникові, інформаційно-дорадчі та інформаційно-управляючі.

Інформаційно-довідникова АСУ призначена для реєстрації та надання інформації про поточний стан діяльності системи. Інформація видається на дисплейні пункти у вигляді документа працівникам апарату управління за їх запитом. Працівник апарату управління оцінює надану інформацію і використовує її для відпрацювання управлінських рішень.

В інформаційно-дорадчій системі не тільки автоматизується процес реєстрації та видання інформації, а й подається її оцінка, а також можливі варіанти пропозицій для прийняття управлінських рішень.

АСУ інформаційно-управляючого типу забезпечують здалегідь заданими програмами розробку великої частини управлінських рішень на підставі кількісного аналізу медико-санітарної діяльності ДСМК із застосуванням економіко-математичних методів для виконання завдань із аналізу, планування та управління.

До технічних засобів АСУ належать обчислювальна техніка, засоби збирання, фіксації, передавання, обробки і зберігання інформації. Важливе значення в забезпеченні ефективності роботи АСУ ДСМК має інформаційна підтримка, яка забезпечується сукупністю сервісних програм для ПЕОМ, що дозволяють проводити статистичний облік для мобільних підрозділів (МП) ДСМК, прогнозувати і планувати діяльність МП у реальних умовах, отримувати необхідні оперативні консультації з медичних та інших спеціальних питань, у

тому числі від спеціалістів територіального центру ДСМК або інших служб, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Наявність ПЕОМ в оснащенні МП ДСМК дає змогу використовувати в їх роботі сучасну діагностичну техніку.

Доцільною, на нашу думку, є організація мобільної інформаційної системи (МІС) як ланки власної локальної мережі ДСМК. Наявність МІС забезпечить абсолютну прийнятність усіх програм і додатків до них, які використовуються службами Центру медицини катастроф, і спростить процедуру контакту й обміну інформацією між МП і керуючими органами ДСМК. Це, у свою чергу, буде сприяти підвищенню стійкості системи в цілому через наявність розвинутих каналів зв'язку. Крім того, МІС дасть можливість навігації МП незалежно від зовнішніх чинників, що спростить вирішення проблем постачання й евакуації потерпілих. Наявність принтера в складі МІС дозволить отримувати інформацію на паперовому носіїві. Завдяки невеликим розмірам і зручності зв'язування (комутації) МІС можна розміщувати на транспортному засобі й у розгорнутому МП. Крім того, з'являється можливість використання частин МІС окремо без додаткової підготовки.

Отже, МІС є надійною системою, яка забезпечує всі необхідні розрахунки, консультації та стійкий зв'язок (телефонний, електронна пошта (E-mail), факсимільний).

Подальший розвиток АСУ ДСМК передбачає перехід від автоматизації окремих її підсистем до створення комплексних територіальних систем, типових проектних формалізованих рішень для основних підрозділів і закладів, діалогових інформаційно-довідникових систем на базі використання банків даних і відеотермінальних пристроїв, розширення складу та якісного поліпшення управлінських рішень, застосування в АСУ нових технічних і програмних засобів, організації обміну інформацією між АСУ різних рівнів із використанням сучасних засобів зв'язку.

У перспективі АСУ ДСМК поступово охоплять усі рівні її управління, що буде сприяти підвищенню ефективності усієї структури.

Підсистеми, що забезпечують АСУ ДСМК, є інформаційними, математичними, програмними і технічними. Крім того, розрізняють організаційну і правову підсистеми, які спрямовані на регламентування діяльності та взаємозв'язків підрозділів і служб Центру медицини катастроф, а також окремих посадових осіб. Підсистеми створюють умови для нормальної роботи основної функціональної структури АСУ МК і реалізують сам процес автоматизації різних рівнів управління.

Підсистеми АСУ МК повинні відповідати таким вимогам: 1) забезпечення стійкого зв'язку між усіма рівнями управління системою; 2) сприяння організації єдиної інформаційної бази системи;

3) забезпечення можливості комплексного охоплення автоматизацією всіх видів робіт на кожному рівні управління; 4) організація раціональної системи введення, накопичення, перетворення, передавання і зберігання машинних масивів інформації; 5) забезпечення у разі потреби конфіденційності під час роботи з машинними масивами інформації; 6) збереження будь-якої інформації, введеної у комп'ютер, для разового і багатоцільового її використання під час обробки; 7) забезпечення повноти, вірогідності, точності даних, які відображають стан територіального центру ДСМК.

Під час розробки підсистеми АСУ МК слід впроваджувати інтегровану обробку даних, яка охоплює організацію єдиного централізованого нормативно-довідникового фонду, що забезпечує виконання всіх завдань управління, розподіл управлінської інформації на творчі та рутинні операції з максимальною автоматизацією останніх, побудову схеми документообігу з орієнтацією на машинну обробку первинної інформації, одержання документів тільки автоматизованим шляхом.

Отже, підсистеми, що забезпечують АСУ МК, є комплексом методів, засобів та обчислювальної техніки, які дають змогу досягти автоматизованого управління територіальним центром ДСМК на різних ієрархічних рівнях.

В АСУ МК, що перебуває на стадії створення, передбачаються вирішення і розробка таких підсистем: інформаційної, що є сукупністю єдиної структури документації та документообігу, а також раціонально організованих масивів даних; математичної як сукупності математичних методів, моделей, алгоритмів виконання завдань розподілу людських і матеріальних ресурсів; програмної як сукупності програм для реалізації мети і завдань АСУ, які забезпечують функціонування її технічних засобів; технічної як сукупності сучасних технічних засобів, які забезпечують весь процес функціонування АСУ МК.

Отже, розробка і впровадження АСУ в систему планування, підготовки та функціонування у повоєнній режимі та за умов надзвичайних ситуацій ДСМК є нагальною потребою сьогодення. Актуальність цієї проблеми підтверджена також тим, що завдання з її вирішенням ввійшли до "Заходів щодо розвитку ДСМК на 1998-2001 роки", затверджених Постановою Кабінету Міністрів України від 09.12.97 р. за № 1379, та Закону України "Про національну програму інформатизації" від 04.02.98 р. за № 79/98-ВР. Впровадження АСУ МК у практику охорони здоров'я сприятиме забезпеченню ефективності та стійкості функціонування цієї підсистеми у державній системі захисту населення України на випадок надзвичайних ситуацій, кількість і тяжкість наслідків яких мають тенденцію до збільшення.

Список літератури

1. Алехин В., Балюк В., Марченко А., Слесарев Ю. Концептуальные вопросы внедрения новых информационных технологий в системе Министерства здравоохранения Украины и создания на их основе единой территориально-распределительной компьютерной сети // Укр. журн. мед. техніки і технології. – 1994. – № 1-2. – С. 47-54.
2. Антонюк Б.Д., Кочетков Г.Б. Автоматизированные системы обеспечения принятия решений в американском управлении. – М.: Ин-т США и Канады АН СССР, 1985. – 90 с.
3. Воронов Ю.П. Компьютеризация: шаг в будущее. – Новосибирск: Наука, 1990. – 336 с.
4. Григорьев Ю.И., Литвак В.А., Пономаренко С.В. Методический подход к проведению оценки эффективности применения АПСУ в территориальной службе медицины катастроф // Вестн. новых мед. технологий. – 1997. – Т. 4, № 4. – С. 128-133.
5. Григорьев Ю.И., Литвак В.А., Пономаренко С.В. Организация автоматизированного информационного обеспечения территориальной службы медицины катастроф // Вестн. новых мед. технологий. – 1995. – Т. 2, № 3-4. – С. 59-66.
6. Ключев В.М., Ардашев В.Н., Мамчич Н.Г. и др. Применение методов математического моделирования в клинической практике // Военно-мед. журн. – 1997. – № 5. – С. 41-44.
7. Садовников Ю., Слесарев Ю., Слесарева С. Выбор базовых общесистемных программно-технических средств автоматизированной системы организационного управления в здравоохранении // Укр. журн. мед. техніки і технології. – 1994. – № 3-4. – С. 66-67.
8. Четвериков В.Н., Ревунков Г.И., Самохвалов Э.Н. Базы и банки данных. – М.: Высш. шк., 1987. – 248 с.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

В.О. Волошин, А.В. Терентьева, А.В. Терентьев (Киев)

Освещены вопросы построения системы автоматизированного управления принятием управленческих решений в условиях чрезвычайных ситуаций в практике Украинского научно-практического центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Минздрава Украины на основе современных принципов построения интегрированных информационных систем с учетом специфических организационных и медицинских аспектов медицины катастроф.

UP-TO-DAY DIRECTIONS IN DEVELOPMENT OF AUTOMATED MANAGEMENT SYSTEM WITHIN THE STATE DISASTER MEDICINE SERVICE

V.A. Voloshyn, A.V. Terentyeva, A.V. Terentyev (Kyiv)

Some practical items in developing of a comprehensive automated management system inside the Ukrainian Ministerial PHS centre of emergency medical aid provision and disaster medicine to be aimed for making management decisions in time of emergency situations are outlined. They were presented from the views and principles in developing of modern integrated information systems while taking into consideration various specific for disaster medicine service organizational and field's medical practice aspects.

С.В. ЛУКАШУК-ФЕДИК

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ШКІДЛИВИХ ФАКТОРІВ СЕРЕДОВИЩА ТА РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ЖІНКИ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Протягом останніх двох десятиріч збереження здоров'я жінки, особливо її репродуктивної системи, знаходиться в центрі уваги вчених усього світу. Загальноприйнято включати у параметри здоров'я та здорового способу життя: раціональне харчування, заняття спортом, відсутність шкідливих звичок (зловживання алкоголем, куріння), інфекцій, соматичних та генетичних захворювань, а також наявність сприятливих факторів навколишнього середовища, оскільки існує прямий зв'язок між особливостями життєдіяльності організму і навколишнім середовищем. Особливості існування людини в умовах науково-технічної революції, тобто в наш час і в нашій реальності, змістили звичні акценти у положенні так званої "великої трійки": людина, суспільство, природне середовище. А сам стан здоров'я населення в Україні впродовж останніх років набув кризового характеру. Високими залишаються показники розповсюдження хвороб (1997 р. – 1214,3 на 1000), інвалідності (1997 р. – 62,1 на 1000) та смертності (1997 р. – 15,2 на 1000 населення). Статистика свідчить, що особливості репродуктивної та сексуальної поведінки знаходяться у прямій залежності від факторів екологічного оточення, забруднення атмосферного повітря, урбанізації тощо. Постійна наявність в атмосфері шкідливих агентів на рівні, що перевищує максимально допустимий, збільшення їх кількості в надзвичайних ситуаціях погіршує морфо-функціональний стан жіночого організму, призводить до змін реактивності й формування екологічної патології репродуктивної системи жінки.

Особливу стурбованість викликає стан здоров'я не тільки жінок, але й дітей. Хоча показник смертності дітей першого року життя в останні три роки стабілізувався (1995 р. – 14,7%, 1996 р. – 14,4%, 1997 р. – 13,8%), проте він значно вищий, ніж у більшості країн Європи, та вищий рекомендованого рівня ВООЗ для Європейського континенту до 2000 року (10%).

Гострота цих негативних тенденцій у стані здоров'я населення поглиблюється станом демографічної ситуації.

Сьогодні можна кваліфікувати демографічну ситуацію як демографічну кризу. Спостерігається різке зниження показника вичерпаної плідності (кількість дітей, яких народила б у середньому жінка за все своє життя при збереженні рівня повікової народжуваності даного року). Якщо в 1989 році він становив 1,9, то в 1997 році – 1,4, що не відповідає показнику, необхідному для простого відтворення населення.

Причин такого феномена у відтворенні населення багато. Це, перш за все, зниження життєвого рівня, невирішення екологічних проблем, соціально-психологічний дискомфорт, породжений відсутністю віри у краще майбутнє, та інші фактори. Однак важливе значення має і стан репродуктивного здоров'я населення, особливо жінок. Воно характеризується також негативними тенденціями, адже забезпечення умов для збереження репродуктивного здоров'я є однією з важливих умов стратегії стійкого розвитку суспільства.

Відомо, що репродуктивний процес може бути зруйнований факторами навколишнього середовища, до яких належать інфекційні, хімічні, фізичні чинники, стрес, соціально-економічний вплив. Відомо також, що Україна має забруднене довкілля: кількість забруднень, що припадає на 1 км² площі, в 6,5 раза більша, ніж у США, в 3,2 раза, більша, ніж у Європейському економічному союзі. Але нині чи не найголовнішим фактором, що уражає репродуктивне здоров'я населення держави, може бути стрес (від зміни соціальної формації в країні, економічних негараздів, очікуваної загрози у зв'язку із забрудненням середовища, в тому числі пов'язаний із Чорнобильською аварією). Проте гормональний дисбаланс, який виникає при стресі, особливо хронічному, крім мутагенного впливу на рівні хромосом, може уражати велику кількість біологічних систем, зокрема репродуктивну. Під дією негативних факторів навколишнього середовища відбуваються різні специфічних порушень, патологічні зміни системи репродукції, ускладнення вагітності та пологів, з'являються нові форми екологічних хвороб.

Різні екзогенні та ендогенні фактори, які впливають на організм вагітної жінки, викликають різноманітні зворотні реакції в організмі, включаючи процеси адаптації системи життєдіяльності.

Питанню впливу несприятливих факторів навколишнього середовища присвячено ряд робіт [10, 13, 17], в яких на основі застосування гігієнічних, клініко-статистичних, ехографічних та інших методів дослідження вивчалися особливості реалізації репродуктивної функції жінки.

На основі проведених досліджень виявлено ускладнення, які пов'язані з вагітністю, і ускладнення, що виникали під час пологів. Із ускладнень, які виникали під час вагітності, найбільш частими були: гестози першої та другої половин вагітності, загроза переривання вагітності у другому триместрі, анемія вагітних, хронічна фетоплацентарна недостатність, велика частота гіпоксії плода, затримка внутрішньоутробного розвитку плода. Із ускладнень у перебізі пологів переважно зустрічаються: несвочасне відходження навколоплідних вод (передчасне, раннє), аномалії пологових сил (слабкість пологової діяльності, стрімка пологова діяльність), кровотечі, що з'являються у послідовий і ранній післяпологовий періоди.

Було встановлено, що патологічний перебіг вагітності та пологів знаходиться у прямій залежності від тривалості проживання в екологічно небезпечному районі, патологічні показники найвищі при споживанні продуктів харчування в такій місцевості до 3-х років. При більш тривалому перебуванні в екологічно шкідливих умовах відзначають лише незначне підвищення частоти ускладнень вагітності та пологів. Автори висловлюють думку, що, можливо, цей факт пов'язаний із поступовим розвитком механізмів звикання і зниженням адаптаційно-компенсаторних механізмів у вагітних в результаті постійного напруження регуляторних систем протягом 5 років і більше. Про такі закономірності вже є дані у літературі. Мабуть, хімічні продукти, які забруднюють атмосферу міст, належать до групи шкідливих речовин, здатних проникати через матково-плацентарний бар'єр. Не виключено і загрози для плода та новонародженого, присутності ксенобіотиків у біосубстратах вагітної жінки. Аналіз літератури [7, 12, 15] свідчить, що в плаценті породіль, які тривалий час проживають в екологічно небезпечних умовах, досить часто спостерігаються деструктивні зміни, що закінчуються ішемією та гіпоксією окремих ділянок (це одна з причин патології плода та новонародженого).

Аналіз публікацій про проблему впливу факторів навколишнього середовища, зокрема іонізуючого випромінювання на організм вагітних після аварії на Чорнобильській АЕС, має особливу актуальність. Вагітні жінки та новонароджені належать до тієї категорії населення, що є високочутливою до пошкоджувальної дії радіації внаслідок підвищення

функціональної лабільності адаптаційних процесів [5]. Радіонукліди, інкорпоровані в материнському організмі — постійне джерело опромінення вагітної жінки та плода на всіх етапах гестації [14, 17].

Слід відмітити, що в доступній нам сучасній літературі порівняно мало даних про вплив іонізуючого випромінювання на організм плода [3, 6]. Більшість наших знань про вплив радіації на зародок, що розвивається, отримана в результаті дослідів на тваринах. Деякі важливі дані одержано при обстеженні населення після атомного бомбардування Хіросіми і Нагасакі, яке пережило його в утробному розвитку. Опромінення експериментальних тварин у різні терміни вагітності та в передімплантаційний період призводить до неоднотипних змін: від порушення розвитку до загибелі зародка. Інколи змін не виявляли.

При аналізі пошкоджувальної дії радіонуклідів слід враховувати: їх фізичні та хімічні властивості, характер розподілу в організмі матері, плода, плаценти, можливий вплив на ефект опромінення материнського організму, рівень та потужність тканинних доз, які акумулюються в організмі матері та плода [5, 9, 16].

Як відомо, найбільш активний ізотоп — Сі, який є змішаним альфа- і бета-випромінюваночем з періодом напіврозпаду до 30 років [3, 7]

Радіоактивні речовини можуть надходити до організму через органи дихання, шлунково-кишковий тракт, шкіру, де вони всмоктуються в кров, лімфу та розносяться по різних органах і тканинах.

Виділяють три періоди у розвитку плода, які характеризуються різною чутливістю до пошкоджувальної дії іонізуючого випромінювання і різними наслідками: до імплантації, органогенез і фетогенез. При поглинанні великої дози в передімплантаційний період настає смерть ембріона внаслідок загибелі його клітин [5]. У цей період, як показали радіоємбріологічні дослідження, радіація індукує підвищену частоту мутацій двох типів: генних та хромосомних. Генні мутації призводять до загибелі зародка, а нелегальні стійко передаються з покоління в покоління і можуть бути причиною його виродливості. Збільшення частоти хромосомних порушень визначають вже при дозі опромінення 0,1 Гр. Перинатальна загибель зародка характерна для опромінення тварин у період імплантації, тоді як його неонатальна загибель і вади розвитку пов'язані з дією опромінення в період органогенезу. Опромінення в плодовий період (фетогенез) не призводить до серйозних вад розвитку, а спричиняє порушення росту, при високих дозах — смерть після народження.

Деякі автори [15, 16] вважають найнебезпечнішим періодом для внутрішньоутробного опромінення 8-15 тижнів гестації. За іншими даними [12, 17], більш радіочутливим для організму, який росте, 9-40 день після запліднення.

Ряд авторів [13, 14] стверджують, що загальне опромінення м'якими рентгенівськими променями в малих дозах (9 мГр) в передімплантанційний період призводить до значного збільшення перинатальної смертності, а також до вираженої затримки росту плода. Опромінення в період раннього онтогенезу викликає розвиток ретардації плода, а вплив у пізні терміни вагітності сприяє зменшенню розмірів голівки плода та головного мозку. Проникаючи через плаценту, радіонукліди можуть накопичуватись у різних органах і тканинах плода, внаслідок чого опромінення буває нерівномірним.

Багато в чому подібні результати отримали японські вчені при вивченні цих же аспектів у дітей, які перебували під час атомного бомбардування у Хіросімі та Нагасакі в різні терміни гестації (з 33 по 35 тиждень).

За даними різних авторів [7, 8, 11], при дослідженні хоріона першого-другого триместрів вагітності у жінок, евакуйованих із 30-кілометрової зони, ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС синцитіотрофобласт був із запальним відшаруванням від стромы. У другому триместрі вагітності синцитій часто був замінений фібриноїдними масами, зустрічались інвазуляризовані ворсини. Таким чином, патологічні зміни в плацентарній тканині виявляли у ранні терміни вагітності жінок, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС. У наведених прикладах були відомі дози опромінення: евакуйовані – 0,1-1 мЗв, ліквідатори – понад 2,5 мЗв; відмічено залежність між рівнем накопичення окремих радіонуклідів і масою тіла новонародженого та плаценти. Зміни плацентарної тканини проявлялись недостатнім розвитком цитотрофобласту, запізненим злиттям ектоплацентарної порожнини і відсутністю своєчасного воостання алантоїдних судин в ектоплаценту. Зазначені пошкодження значно порушують живлення плода.

Важливою є проблема впливу радіоактивного йоду на організм вагітної і плода. У клініко-експериментальній праці відмічено, що радіоактивний йод, який надходить в організм вагітної жінки, вільно проникає через плаценту до плода. Рівень його переходу збільшується з ростом і розвитком плода. Порівняно з початковими термінами (20 тижнів), наприкінці вагітності цей рівень підвищується в сотні разів. Радіоактивний йод в організмі плода депонується у двох органах: щитоподібній залозі та шлунку. Період нагівведення радіоактивного йоду із щитоподібної залози плода більший, ніж із щитоподібної залози дорослої людини. При поглинутих дозах, вищих 20 рад, можлива поява негативних ефектів як у період внутрішньо-утробного розвитку, так і в постнатальному житті дитини. Найбільш вираженою формою патології розвитку є гіпотиреоз і неопластичні переродження щитоподібної залози [1, 10].

Вплив радіоактивного йоду на щитоподібну залозу вагітних, окрім зазначених ефектів, може спричиняти порушення перебігу вагітності, аж до її переривання, порушення в розвитку плода, інколи несумісні з його життєдіяльністю, а також подальшого розвитку нащадків.

Узагальнюючи накопичений у літературі клінічний матеріал про стан здоров'я вагітних жінок та їх нащадків, які зазнали комплексного впливу екологічно несприятливих факторів, особливо пов'язаних із Чорнобильською катастрофою, слід відмітити збільшення частоти акушерських ускладнень: пізні гестози, загрозу переривання вагітності, порушення фетоплацентарного комплексу, передчасні пологи, кровотечі під час пологів, гіпотрофію та гіпоксію плода [1, 3, 9].

Таким чином, аналіз даних літератури свідчить, що в нинішніх екологічних умовах профілактика є одним із гарантів здоров'я, в тому числі й репродуктивного, зумовлюючи доцільність прогнозувати виникнення захворювання на підставі аналізу частотних та інформаційних факторів ризику. За цим принципом в Інституті ПАК АМН України розроблено алгоритм і створено математичні моделі прогнозування виникнення невиношування вагітності гормонального генезу, ендометріозу, залізодефіцитної анемії вагітних, післяпологових гнійно-запальних захворювань [4, 8]. Нинішнім великим досягненням групи вчених цього закладу є створення і впровадження системи прогнозування порушень функції системи репродукції у жінок, які проживають в екологічно шкідливому середовищі, ускладненому впливом ЧАЕС. Запропонований метод на базі ретроспективного аналізу соціально-економічних і медико-біологічних факторів ризику, при використанні багатфакторного аналізу й алгоритму дозволяє з точністю до 68,9 % прогнозувати вірогідність виникнення безпліддя, а отже, своєчасно проводити цілеспрямовані профілактичні та лікувальні заходи [2, 11].

На закінчення слід відмітити, що на відновлення репродуктивної системи жінки необхідно щонайменше 1,5-2 роки й основне завдання на сьогодні – створити в екологічному середовищі умови для поєднання позитивного впливу екологічного й економічного факторів. Оскільки в умовах цієї економічної перебудови ми, на жаль, змогли "досягнути" такого рівня здоров'я жінки, нижче якого опускатися не маємо права. З цим безпосередньо пов'язані проблеми зниження смертності та захворюваності серед немовлят, материнської смертності, збереження репродуктивної функції, реабілітації здоров'я жінок у перед- і постменопаузі. Для їх вирішення необхідні нові комплексні науково-практичні дослідження не лише акушерів-гінекологів та неонатологів, але й спеціалістів суміжних спеціальностей.

Список літератури

1. Андрушків Б.М. Екологічне благополуччя та благоустрій населених пунктів – запорука здоров'я людини: Методичний посібник. – Тернопіль: Лілея, 1996. – С. 25-30.
2. Аналіз основних показників здоров'я населення України та ресурсів охорони здоров'я за 1990-1996 роки, МОЗ. – К.: Трелакс, 1997. – С. 12-17.
3. Атанцязова О.А. Репродуктивная функция женщин в режиме Аральского экологического кризиса: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 1996. – 35 с.
4. Гойда Н.Г. Державна політика України щодо збереження репродуктивного здоров'я // ПАГ. – 1998. – № 2. – С. 72-73.
5. Гуньков С.В., Галкина И.К. Состояние иммунологической реактивности у беременных, подвергшихся воздействию малых доз радиации // Чернобыль и здоровье людей: Тез. докл. науч.-практ. конф. – К.: Б.И., 1993. – Ч. 1. – С. 93.
6. Гутман Л.В., Медведь В.И., Кузьменко З.П. Состояние клеточного, гуморального иммунитета и неспецифической резистентности организма беременных, подвергшихся воздействию повышенного радиационного фона // Тез. докл. науч.-практ. конф. – К.: Б.И., 1993. – Ч. 1. – С. 95.
7. Дашкевич В.Є. Здоров'я вагітних жінок // Чорнобильська катастрофа. – К.: Наукова думка, 1996. – С. 446-449.
8. Іванюта Л.І. Проблема безплідності в Україні та напрями її вирішення // Журн. АМН України. – 1996. – Т. 2, № 3. – С.436-444.
9. Кулаков В.И. Пренатальная медицина и репродуктивное здоровье женщин // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 5. – С.19-22.
10. Лакиза-Сачук Н.Н. Деформирующее влияние современного планирования семьи в Украине на основы демографического воспроизводства её населения. – К., 1993. – Вып. 8 НИСД. – С. 21-28.
11. Медико-соціальні аспекти планування сім'ї // Венцківський Б.М., Маркін Л.Б., Венцківська І.Б. та ін. – Львів: Фенікс ЛТД, 1994. – С. 103-115.
12. Муратова Р.М., Жиленко М.И. Особенности воздействия ионизирующей радиации на специфические функции женского организма // Материнство и детство. – 1993. – №12. – С.27-30.
13. Середюк А.М. Екологічна безпека України // Довкілля та здоров'я. – 1996. – № 1. – С.4-7.
14. Тимошенко Л.В., Хіменко М.В., Ніколайчук М.П. Особливості перебігу вагітності і родів у жінок, які проживають у зоні несприятливих екологічних факторів // ПАГ. – 1992. – № 3. – С. 33-35.
15. Целкович Л.Г., Рогачёва В.С. Репродуктивная функция у женщин, проживающих в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды // Акушерство и гинекология. -1998. – № 2. – С.24-27.
16. Kimmel C.A. Approches to evaluating reproductive hazards and risks // Envir. Health Persp. – 1993. – V.101. – Suppl. 2. – P. 137-143.
17. Negro-Vilar A. Stress and other enviromental factors affecting fertility in men and women: overview // 2bid. № 2. – P. 59-64.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

С.В. Лукашук-Федык (Тернополь)

В данной статье представлен анализ научных медицинских публикаций о взаимосвязи состояния репродуктивной системы женщин и неблагоприятных факторов окружающей среды Украины.

На основании представленных литературных источников, анализа статистических фактов сделано вывод о том, что неблагоприятные факторы внешней среды составляют риск для репродуктивной системы женщины (рост прерываний беременности, осложнений беременности, изменений в системе "мать-плацента-плод"). Все это требует дальнейшего, более глубокого изучения механизмов развития нарушений репродуктивной системы, изыскания адаптационных возможностей с целью создания практических рекомендаций для профилактики и снижения детской и материнской смертности.

PECULIARITIES OF THE INTERCONNECTION BETWEEN THE ENVIRONMENTAL UNFAVOURABLE FACTORS AND THE FEMALE REPRODUCTIVE FUNCTION: REALITIES AND PROSPECTS

S.V. Lukashchuk-Fedyk (Ternopil)

There have been conducted analytical survey of the scientific medical publications on the issues of interconnection between the female reproductive system and ecological situation in Ukraine.

It enables to conclude that constant influence of environmental unfavourable factors gives rise to the reproductive system pathology (increase inpregnancy and confinement complications, changes in the mother-placenta-fetus chain).

All this demands further studying and discovering of reproductive pathology mechanism, determination of their adaptation possibilities in order to solve the problem of female pathology timely prophylaxis what is to become the basis for working out of practical recommendations for bringing down maternal and prenatal pathology.

Г. О. СЛАБКІЙ (Макіївка)

ДО ПИТАННЯ ПРО РЕФОРМУВАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ВЕЛИКОГО МІСТА

Міська лікарня № 2

У матеріалах ВООЗ про європейську політику щодо досягнення здоров'я для всіх на XXI століття зазначено, що в країнах східної частини Європи лікарням властиві такі недоліки: зайва кількість ліжок та персоналу; довгі періоди госпіталізації; застарілі та неефективні структури і зношене обладнання (яке часто неможливо відремонтувати або замінити); брак основних лікарських засобів та медичних виробів; низька мотивація персоналу через недостатню кількість стимулів, низька зарплата та недостатній рівень підготовки [3].

Це відмічають і вітчизняні автори, вказуючи на невідповідно велику потужність ліжкового фонду та необґрунтовано високі показники забезпеченості населення лікарняними ліжками в Україні, порівняно з більшістю розвинених країн [1, 2, 7].

Таке становище було зумовлено низкою причин, включаючи нераціональне використання дороговартісного ліжкового фонду, недоліки пер-

спективного планування лікарняної мережі, профілізацію лікарняних ліжок тощо [5,9].

Забезпечення подальшого вдосконалення стаціонарної служби, підвищення якості надання медичної допомоги із застосуванням сучасних методів і засобів діагностики та лікування хворих вимагають реформування стаціонарної служби [6, 7, 8].

На проведення реорганізації наявної системи охорони здоров'я і вчасності надання стаціонарної допомоги націлює і Міністерство охорони здоров'я [4].

Вищесказане спонукало нас провести дослідження щодо використання ліжкового фонду у великому місті в ході реструктуризації системи охорони здоров'я міста. Дослідження проводили на базі Макіївки Донецької області з дорослим населенням 340 тис. чоловік, яке обслуговують вісім лікарень.

Статистичні дані про динаміку ліжкового фонду в розрізі лікарень наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Статистичні дані про ліжковий фонд лікарень міста в динаміці за сім років (1993-1999 рр.)

Лікарня	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
№ 1	900	900	860	800	760	760	760
№ 2	550	550	500	510	400	400	400
№ 3	470	470	390	280	230	230	220
№ 4	380	308	330	260	130	130	120
№ 5	610	610	480	480	300	300	300
№ 6	400	400	330	320	220	170	170
№ 7	320	320	300	260	150	150	150
№ 8	250	250	200	100	70	70	70
Усього	3880	3880	3390	3010	2260	2210	2190

З таблиці видно, що за сім років у місті проведено скорочення 1690 ліжок. Серед лікарень найбільшу кількість ліжок скорочено у лікарнях: № 5 — 310; № 4 — 260; № 3 — 260; № 6 — 230. У міській лікарні № 2 скорочено 280 ліжок, але в 1996 році, на фоні скорочення, до складу лікарні введено ліжка міського онкологічного диспансеру.

У цій ситуації треба врахувати, що міські лікарні № 2, 4, 8 мають типові лікарняні комплекси, а в міських лікарнях № 1 та 5 функціонує по одному типові корпусу.

Статистичні дані про динаміку спеціалізованого ліжкового фонду наведені в таблиці 2.

Із таблиці видно, що найбільше скорочення ліжкового фонду пройшло по профілях:

- терапевтичному — 230 ліжок;
- неврологічному — 200 ліжок;
- хірургічному — 275 ліжок;
- травматологічному — 145 ліжок;
- гастроентерологічному — 130 ліжок.

У лікарнях розподіл спеціалізованого ліжкового фонду проведено таким чином:

Таблиця 2. Статистичні дані про динаміку спеціалізованого ліжкового фонду за сім років (1993-1999 рр.)

Профіль	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
I	2	3	4	5	6	7	8
Терапевтичний	580	580	540	500	425	360	350
Кардіологічний	140	140	160	160	130	120	120
Пульмонологічний	60	60	60	60	60	60	60
Нефрологічний	40	40	40	40	40	40	40
Неврологічний	441	440	400	350	270	250	240
Ревматологічний	60	60	40	30	25	30	30
Гастроентерологічний	170	170	150	80	40	40	40
Нейрохірургічний	60	60	60	60	60	60	60
Урологічний	90	90	90	70	65	60	60
Інфекційний	190	190	245	185	130	120	120
Отоларингологічний	140	140	130	105	90	60	50
Офтальмологічний	80	80	80	70	65	60	60
Торакальний	-	-	12	12	10	10	10
Ортопедичний	10	10	10	10	10	10	10
Травматологічний	320	320	325	220	175	175	175
Камбустіологічний	30	30	30	30	30	30	30
Хірургічний	430	430	350	300	185	186	185
Стоматологічний	30	30	30	30	30	30	30

- лікарня № 1 — терапевтичний, кардіологічний, нефрологічний, неврологічний, нейрохірургічний, урологічний, отоларингологічний, офтальмологічний, стоматологічний, травматологічний, хірургічний;

- лікарня № 2 — терапевтичний, пульмонологічний, гастроентерологічний, акушерський, хірургічний, травматологічний, камбустіологічний, онкохірургічний, онкогінекологічний, онкогематологічний, хіміотерапевтичний, торакальний, ортопедичний;

- лікарня № 3 — хірургічний, акушерський, гінекологічний, неврологічний, терапевтичний;

- лікарня № 4 — терапевтичний, неврологічний, хірургічний, травматологічний;

- лікарня № 5 — терапевтичний, акушерський, гінекологічний, хірургічний, травматологічний, рев-

матологічний, неврологічний, інфекційний;

- лікарня № 6 — терапевтичний, хірургічний, травматологічний, гінекологічний, акушерський, інфекційний;

- лікарня № 7 — терапевтичний, неврологічний, інфекційний;

- лікарня № 8 — терапевтичний, неврологічний.

При цьому ургентну службу у місті несуть:

- лікарня № 1 — з хірургії, травматології, кардіології, неврології, нейрохірургії, урології, отоларингології, офтальмології, стоматології;

- лікарня № 2 — з камбустіології, торакотравмі, пульмонології, травматології;

- лікарня № 3 — з хірургії.

Забезпечення населення спеціалізованим ліжковим фондом на 10 тис. чоловік наведено в таблиці 3.

Таблиця 3. Забезпечення спеціалізованими ліжками на 10 тис. дорослого населення в динаміці за сім років (1993-1999 рр.)

Профіль	1991	1994	1995	1996	1997	1998	1999
I	2	3	4	5	6	7	8
Терапевтичний	16,2	16,2	15,3	14,4	9,4	8,2	8,1
Кардіологічний	3,7	3,7	4,5	4,5	1,3	2,7	2,8
Пульмонологічний	1,6	1,6	1,6	1,4	1,4	1,4	1,4
Нефрологічний	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,6	1,1
Неврологічний	11,5	11,5	11,3	12,6	7,8	5,7	5,5
Ревматологічний	1,6	1,6	1,1	0,8	0,7	0,8	0,8
Гастроентерологічний	4,7	4,7	4,2	2,3	1,1	0,9	0,9
Нейрохірургічний	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Урологічний	2,5	2,5	2,5	2,0	1,9	1,7	1,7
Інфекційний	5,3	5,3	6,9	5,3	3,7	3,5	3,5
Отоларингологічний	3,9	3,9	3,7	3,0	2,6	1,7	1,5
Офтальмологічний	2,2	2,2	2,2	2,0	1,9	1,7	1,7
Торакальний	-	-	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Ортопедичний	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Травматологічний	8,8	8,8	6,9	6,6	5,2	4,0	4,0
Камбустіологічний	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,7
Хірургічний	12,3	12,0	9,9	8,6	5,4	5,4	5,4
Стоматологічний	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9

Із таблиці видно, що найбільша забезпеченість ліжками протягом семи років спостерігається з таких фахів, як терапевтичний (16,2-8,1), хірургічний (11,3-5,4), неврологічний (11,5-5,5), а наймен-

ша — камбустіологічний (0,8-0,7), ортопедичний та торакальний (0,2-0,3).

Далі нами вивчалась робота ліжка в розрізі лікарень та в розрізі профілів (табл. 4,5).

Таблиця 4. Використання ліжкового фонду в розрізі лікарень у динаміці за сім років (1993-1999 рр.)

Лікарня	Робота ліжка							Рівень госпіталізації на 100 дорослого населення						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
№ 1	354,6	350,6	359,3	364,7	359,1	355,0	367,2	38,7	38,5	40,8	39,1	36,3	41,1	40,7
№ 2	345,4	342,6	328,8	336,7	344,8	338,3	342,7	38,9	38,5	36,0	36,0	28,0	27,2	27,1
№ 3	346,4	334,2	332,0	285,5	333,6	339,0	306,1	13,9	14,5	15,1	9,3	8,6	8,3	7,3
№ 4	358,6	365,7	365,79	374,9	362,9	356,4	355,0	18,4	18,1	18,2	15,4	8,3	7,0	7,1
№ 5	323,3	338,9	334,6	313,6	354,3	342,6	354,8	24,9	24,7	24,2	16,7	15,4	15,4	16,4
№ 6	305,6	314,5	334,3	324,3	339,8	354,2	341,8	16,3	16,5	15,2	14,9	10,9	10,2	8,7
№ 7	3229,9	322,3	344,7	395,0	334,6	358,2	329,5	13,8	13,4	14,0	13,7	6,8	7,9	8,0
№ 8	322,6	316,7	325,6	327,0	363,0	360,7	362,0	26,8	29,9	26,2	15,8	10,7	10,7	10,2

Таблиця 5. Робота спеціалізованих ліжок у динаміці за сім років (1993-1999 рр.)

Профіль	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Терапевтичний	350,0	365,9	353,2	356,7	371,4	371,2	359,7
Кардіологічний	376,4	427,5	376,1	359,3	355,9	358,4	351,2
Пульмонологічний	364,8	367,0	379,6	303,5	392,7	373,2	389,8
Нефрологічний	360,1	346,4	346,8	346,8	343,1	342,0	344,5
Неврологічний	360,1	346,4	346,8	346,8	343,1	342,0	344,5
Ревматологічний	370,4	377,5	377,4	372,2	368,1	367,7	365,2
Гастроентерологічний	352,6	344,5	344,9	311,9	312,0	303,7	347,3
Нейрохірургічний	323,5	319,5	328,3	338,3	338,3	336,6	336,4
Урологічний	339,7	342,2	333,6	354,2	367,8	355,3	366,0
Інфекційний	328,6	297,7	268,0	238,1	262,7	293,3	279,8
Отоларингологічний	331,2	297,9	314,5	350,9	365,8	354,1	388,8
Офтальмологічний	352,4	339,2	345,4	358,9	348,6	353,8	352,6
Торакальний	-	-	-	299,7	302,6	368,2	331,8
Ортопедичний	372,8	445,9	389,5	342,4	426,1	359,9	386,1
Травматологічний	349,6	354,9	363,0	354,8	347,1	340,6	345,3
Камбустіологічний	361,9	357,6	349,0	315,8	313,8	314,3	405,2
Хірургічний: чиста	350,8	365,2	333,5	362,5	334,8	351,1	351,5
інійна	318,2	336,6	402,7	353,7	375,6	334,8	366,9
Стоматологічний	360,1	371,0	376,8	356,4	348,0	351,5	357,2

Із таблиці 4 видно, що в лікарнях ліжковий фонд використовується нерівномірно. Так, у лікарнях № 3, 5, 6, 7, 8 в окремі роки ліжка простоювали, що позначалося і на рівнях госпіталізації хворих, тоді як у лікарнях № 1 та 2 ліжка працювали напружено.

Про нерівномірність роботи спеціалізованих ліжок, а звідси і нераціональне їх використання, свідчать дані таблиці 5. Якщо неврологічні, ревматологічні, ортопедичні, пульмонологічні та кардіологічні ліжка постійно працюють з перевантаженням, то гастроентерологічні, інфекційні, торакальні, камбустіологічні — часто простоюють.

З метою вивчення обґрунтованості госпіталізації та раціонального використання ліжкового фонду нами були проведені експертні оцінки по гастроентерологічному, пульмонологічному, хірургічному, травматологічному та камбустіологічному відділеннях, які показали, що 23,7 % хворих госпіталізовано необґрунтовано, 18,4 % ліжко-днів

хворі використовували нераціонально, знаходячись у стаціонарі після стабілізації стану, 1,2 % хворих госпіталізовано в непрофільні відділення. Після клінічного покращання стану здоров'я, при наявності показань, тільки 2,3 % хворих переведено на долікування в денні та домашні стаціонари.

Далі нами були вивчені затрати на один ліжко-день у різних лікарнях (табл. 6).

Із таблиці видно, що протягом семи років вартість одного ліжко-дня в різних лікарнях неоднакова. У лікарнях, що фінансуються з районних бюджетів, вартість ліжко-дня більша, ніж у тих лікарнях, що фінансуються з міського бюджету. При цьому слід відмітити, що затрати на один ліжко-день у лікарнях, що надають ургентну допомогу, нижчі, ніж у лікарнях, які такої допомоги не надають.

На основі вищезазначеного можна зробити висновок, що проведене скорочення мало ряд

Таблиця 6. Вартість одного ліжко-дня в лікарнях міста в динаміці за сім років (1993-1999 рр.), в гривнях

Лікарня	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
№ 1	11,3	15,2	7,2	10,4	10,5	10,6	13,7
№ 2	7,4	6,2	12,7	12,6	19,6	13,9	15,9
№ 3	15,9	25,7	24,8	20,4	17,2	19,7	17,6
№ 4	9,4	4,8	10,5	14,3	25,6	25,8	29,5
№ 5	9,9	11,5	9,0	13,4	12,4	13,1	13,3
№ 6	17,3	25,0	11,0	17,0	19,0	19,0	18,2
№ 7	11,1	14,1	11,9	16,9	27,0	24,2	24,1
№ 8	9,7	12,8	6,2	9,9	14,2	13,8	12,5

суттєвих недоліків, у результаті чого не досягнуто бажаного результату. Це такі:

1. У ході реструктуризації в міських лікарнях задіяно всі споруди. При цьому нові; інженерно більш досконалі, застосовуються нерационально, водночас працюють пристосовані. Так, типові лікарні міста використовуються: № 2 на 61,5 %, № 4 на 30 %, № 8 - на 33,3 %. Міська лікарня № 2, з найкращими в місті операційними, позбавлена ургентності. Водночас пристосовані споруди лікарень № 1, 3, 7 застосовуються в повному обсязі. Це призвело до нерационального використання коштів на утримання будівель та споруд і господарського персоналу.

2. Відсутність на цьому етапі науково обґрунтованої міської програми призвело до створення малопотужних відділень практично всіх профілів у більшості лікарень, які не в змозі надавати високоякісну кваліфіковану допомогу, згідно з нормативами неможливо навіть скласти необхідний штатний розпис. Голови райвиконкомів усіма силами зберігали всі відділення у своїх лікарнях.

3. Структура малопотужних лікарень не дає змоги підвищувати якість стаціонарної допомоги через відсутність необхідної діагностичної та лікувальної бази.

Таке становище в організації стаціонарної допомоги разом з економічною кризою спонукало створити міський відділ охорони здоров'я, розробити науково обґрунтовану концепцію та програму реформування системи стаціонарної допомоги.

Основною метою реформи є підвищення якості та ефективності медичної допомоги, забезпечення соціальної справедливості й прав мешканців міста на одержання стаціонарної допомоги в реальних умовах переходу до ринкових відносин за рахунок рационального використання наявних ресурсів.

Направленнями реорганізації стали:

- централізація механізму фінансування через міський відділ охорони здоров'я з наданням пріоритетів;
- централізація стаціонарної допомоги у двох лікарнях із збереженням наявної структури спеціалізованої допомоги з умовним виокремленням ургентної та планової допомоги;
- впровадження "Тимчасових стандартів діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги";
- планування стаціонарної допомоги в межах міста;
- максимальне зняття з балансу органів охорони здоров'я будівель та споруд, які не відповідають сучасним інженерним та санітарним нормативам.

Список літератури

1. Голяченко О.М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. — К.: ПП "Вігай", 1993. — 199 с.
2. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української охорони здоров'я. — Вінниця: ВАТ "Віноблдрукарня", 1996. — 100 с.
3. Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие (проект). — Женева: ВОЗ, 1997. — С. 137.
4. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (Щорічна доповідь, 1997 р.). — К., 1998. — 384 с.
5. *Здравоохранение и медицинская наука в Украине ССР*: В 3 т. / Под ред. А.Е. Романенко. — К.: Здоров'я, 1987. — Т. 1. — 479 с.
6. Концепція реформування системи охорони здоров'я України. — К., 1997. — 15 с.
7. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи // За ред. В.М. Пономаренка. — К., 1998. — 309 с.
8. Пономаренко В.М., Цібровський О.М., Івсіїв В.І. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації // Вісник соц. гігієни та організація охорони здоров'я України. — 1999. — № 2. — С. 57-61.
9. *Стационарная медицинская помощь. Основы организации* / Под ред. А.Г. Сафонова, Е.А. Логиновой. — М.: Медицина, 1989. — 352 с.

К ВОПРОСУ О РЕФОРМИРОВАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ БОЛЬШОГО ГОРОДА

Г.А. Слабкий (Макеевка)

На основании анализа состояния стационарной медицинской помощи населению большого города и проведения ее реорганизации определены ключевые проблемы и цели реформирования стационарной медицинской помощи городскому населению. Разработан проект программы реформирования системы стационарной помощи населению большого города.

TO THE QUESTION OF REFORMING IN-PATIENT MEDICAL AID TO THE POPULATION OF A BIG CITY

G.A. Slabky (Makeevka)

Key problems and aims of reforming stationary medical aid to urban population are defined on the basis of analysis of the state of in-patient medical aid to the population of a big city and its reorganization.

The project of programme of reforming of the system of stationary aid to the population of a big city.

УДК 616.1/4:615.851

А.О. ГОЛЯЧЕНКО, В.І. МАРТИНЮК

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В САНАТОРІЇ "МЕДОБОРИ"

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Сучасний стан здоров'я жителів України зумовлений не лише економічними негараздами, а й іншими причинами. Науково-технічний прогрес призвів до зростання травматизму та екологічного неблагополуччя. Недостатня ефективність лікування багатьох захворювань із хронічним перебігом спонукає до пошуку нових методів лікування з метою максимального відновлення втрачених функцій організму або їх компенсації. Одним з ефективних засобів вирішення цих нагальних проблем є створення та розвиток системи медичної, професійної і соціальної реабілітації хворих та інвалідів. Основу цієї системи складає поєднане застосування медикаментозних засобів, апаратної фізіотерапії, пелюдотерапії, бальнеотерапії, механотерапії, ЛФК та працетерапії.

Основними принципами реабілітації є:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів, які органічно доповнюють та збагачують лікувальні.
2. Безперервність реабілітації.
3. Комплексний характер реабілітації.
4. Індивідуальність системи реабілітаційних заходів.

5. Проведення заходів у колективі хворих.

6. Повернення хворого до активної діяльності.

Рациональне медико-технічне забезпечення служби реабілітації неможливе без визначення потреби в ній. При теоретичному вирішенні цієї проблеми доводиться вибирати економічно-обґрунтовані норми та нормативи. Процес нормування медичної допомоги – неодмінний атрибут наукового управління нею.

Нами визначена потреба в реабілітаційних заходах, спрямованих на оздоровлення сільських жителів.

Згідно з проведеним дослідженням, на кожну тисячу сільських мешканців маємо 926,0 захворювань, які потребують диспансерного спостереження. Відповідно до вікових груп, захворюваність розподілилась таким чином: у віці 0-14 років – 402,9; 15-19 років – 411,9; 20-39 років – 612,9; 40-59 років – 1305,6; 60 років і більше – 1695,6 випадків на 1 тис. осіб відповідної вікової групи.

Спостерігалися суттєві соціальні відмінності в рівнях захворюваності. Так, серед жителів районних центрів вона склала 680,4 випадка на 1 тис., а

серед мешканців села – 1077,0 (показники стандартизовані), тобто серед жителів сіл вона була в 1,6 раза вищою, порівняно з мешканцями міст.

По кожному захворюванню зроблено експертну оцінку на предмет необхідності проведення реабілітаційних заходів на стаціонарному етапі із визначенням терміну лікування. Кількість хворих, які потребували відновного лікування, склала 21,6 на 1 тис. сільських жителів. Вікова потреба в реабілітаційних заходах була такою (на кожну тисячу осіб відповідної вікової групи): 0-14 років – 14,3; 15-19 років – 3,4; 20-39 років – 8,6; 40-59 років – 30,3; 60 років і більше – 44,5. Виявлено суттєву різницю в необхідності проведення медичної реабілітації серед жителів районних центрів, де вона становила 5,3 на 1 тис., та жителів села – 33,2 на 1 тис. осіб відповідної групи.

Згідно з встановленою потребою у відновному лікуванні на стаціонарному етапі, було визначено необхідні для цього норми та нормативи медичної допомоги. Норми та нормативи – це, насамперед, кількісне відображення методологічних і методичних засад організації, управління й економіки медичної допомоги в державі. Іншими словами, погляди на організацію й економічну ефективність системи впливають на її норми та нормативи, а вони, у свою чергу, сприяють втіленню в життя її організаційних засад. Тому розробка норм і нормативів медичної допомоги є надзвичайно відповідальною роботою.

Як було сказано вище, потреба в проведенні реабілітаційних заходів і термін перебування хворого на ліжку визначались у кожному конкретному випадку. Пересічний термін лікування при цьому склав 23,7 дня. Розрахунок необхідної кількості лікарських посад проводили з нормативної кількості ліжок на одну посаду, причому за основу брали нещодавно встановлені нормативи. Відповідно до них, одна лікарська посада реєструється на 30 реабілітаційних ліжок.

Згідно з проведеними розрахунками, для забезпечення оптимальної потреби сільських мешканців у медичній реабілітації необхідно мати 15,06 ліжок на 10 тис. осіб та 0,5 лікарських посад на ту саму кількість людей.

Після встановлення необхідних норм та нормативів для проведення реабілітаційних заходів постає закономірне запитання: "Де ж їх реалізувати?". На даний час існує декілька організаційних форм для проведення відновного лікування: монопрофільні відділення медичної реабілітації у складі колишніх дільничних лікарень, багатпрофільні відділення в складі ЦРЛ, потужні науково-дослідні центри та санаторно-курортні заклади. Проведення відновного лікування в санаторії "Медобори" свідчить про безсумнівні переваги останньої форми. Головною перевагою при цьому є

можливість задовольняти потреби хворих у реабілітаційній допомозі, здійснювати контроль за якістю реабілітації за даними лабораторних, клінічних, функціональних та інших досліджень, широко застосовувати природні та преформовані фізичні фактори, медикаментозну терапію, здійснювати консультації хворих спеціалістами, комплексно відновлювати здоров'я хворих, проводячи зубне протезування, використовуючи нетрадиційні методи лікування, широко застосовувати курсове лікування. Окрім цього, немає необхідності у створенні діагностичної, аптечної, ремонтної та господарської служб, оскільки вони вже існують у складі санаторію.

Усе перераховане дозволяє реалізовувати комплекс реабілітаційних заходів на будь-якому етапі лікування в оптимальному обсязі та в необхідній послідовності, забезпечити індивідуальний підхід до лікування хворого, а також суттєво підвищити медичну та економічну ефективність відновного лікування.

Санаторій складається із двох спальних та лікувального корпусів, у яких знаходяться бальнеотерапевтичне та грязьове відділення, кабінети апаратної фізіотерапії, лікувальної фізкультури, механотерапії, масажу, кабінети комплексного лікарського прийому.

Процес реабілітації передбачає організацію та проведення лікувально-охоронного режиму, лікувального харчування, фармакотерапії, апаратної фізіотерапії, бальнеотерапії, пелюдотерапії, ЛФК, механотерапії, лікувального масажу, кліматотерапії та психотерапії.

Основу лікувально-охоронного режиму складають чергування сну та бадьорості, харчування, санітарно-гігієнічні процедури, прогулянки, руховий режим, лікувальні заходи тощо. Даний режим є індивідуальним для кожного хворого та динамічним залежно від перебігу захворювання, але у будь-якому випадку він передбачає створення умов для максимального комфорту організму в нових для нього умовах хвороби.

Лікувальне харчування призначають залежно від характеру та стадії захворювання, воно є одним із найважливіших елементів комплексного лікування хворих.

На ранньому етапі реабілітації чільне місце займає етіопатогенетична та симптоматична фармакотерапія, на пізньому – неспецифічна, спрямована на підвищення загальної опірності організму. В санаторії застосовують поєднання різних фармакологічних засобів.

У системі реабілітації широко використовують апаратну фізіотерапію. Вона теж, як правило, поєднується з іншими засобами реабілітації.

Фізичні фактори, як природні, так і преформовані, викликають комплекс фізико-хімічних та біо-

хімічних змін у тканинах. Завдяки цим процесам здійснюється направлене відновлення порушених патологічним процесом фізіологічних функцій та систем. Для фізіотерапії застосовують великий арсенал різноманітних засобів, апаратів вітчизняного та зарубіжного виробництва.

Здійснюючи сильний біологічний вплив, чисельні фізичні фактори дозволяють вводити в організм хворого багато лікарських середників, викликаючи якісно новий рівень реагування на їх поєднану дію. При поєднанні фізіотерапевтичних процедур із бальнеологічними та клінічними враховується їх сумісність.

У санаторії широко проводять водолікування прісною та мінеральною водою у вигляді обливань, душів, ванн тощо. Застосовують комбінацію методик: підводне витягання, підводний душ-масаж.

Основним лікувальним природним фактором є сульфідна вода свердловин, яка знаходиться в безпосередній близькості від санаторію. Ця сульфідна вода належить до слабомінералізованих. Сумарна кількість солей у ній – 0,8-1,0 г/л. Її можна використовувати для ванн, душів і зрошувальних у натуральному вигляді, без розведення.

Сульфідна вода належить до середньоконцентрованих. Вміст сірководню у цій воді, взятій з природних джерел, сягає 60 мг/л, а в отриманій із свердловини – перевищує цей показник. При такій концентрації сірководню її можна відпускати без розведення. Крім того, доведено, що при концентрації сірководню до 150 мг/л лікувальні ванни не протипоказані хворим, у яких, крім основного захворювання, є ще й супровідне – хронічне захворювання печінки і жовчовивідних шляхів (якщо протягом останнього року не спостерігалось загострень і розладів функцій печінки).

Хімічна формула води – сірководнево-гідрокарбонатно-сульфатно-кальцієво-магнієва.

Дія сульфідної води на організм людини уявляється як сумарний результат хімічних, термічних, гідростатичних і рефлекторних ефектів. Під час приймання сульфідних ванн сірководень діє на дві поверхні контакту: а) на шкіру тих частин тіла, що занурені у воду, діє сірководень, розчинений у воді; б) на слизову дихальних шляхів діє сірководень, який насичує повітря над ванною і, разом з тим, проникає в дихальні шляхи. Крім того, сірководень всмоктується в кров і безпосередньо впливає на діяльність внутрішніх органів. Отже, в біологічній дії сірководню можна виділити два компоненти: місцевий і загальний.

Методика приймання загальних ванн така: температура води у ванні – 35-37 °С, тривалість процедури – 10-20 хв, кількість ванн на курс – 10-15. Сульфідні ванни приймають через 2-3 год після прийняття їжі з безпосереднім відпочинком перед ванною протягом 10-15 хв.

Сульфідні ванни, залишаючись головним лікувальним фактором, при необхідності поєднуються з іншими лікувальними заходами: торфоболотними апплікаціями, фізіотерапевтичними процедурами, лікувальною фізкультурою і масажем, дієтичним харчуванням. Вони можуть також доповнюватися медикаментозним, етіопатогенетичним, симптоматичним лікуванням. Комплексна терапія має перевагу при лікуванні багатьох функціональних і органічних уражень центральної та периферичної нервової системи, серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату.

Пелоїдотерапія є одним із дієвих засобів відновного лікування. Застосовують сульфатно-гідрокарбонатне торфоболото. Пелоїдотерапію призначають при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату, захворюваннях периферичної нервової системи, органів травлення, дихальної системи тощо.

Основні засоби лікувальної фізкультури (ЛФК) представлені гімнастичними вправами (дихальними, загальноорозвиваючими, спеціальними), прикладними вправами, іграми та ранковою гімнастикою.

Заняття ЛФК проводять індивідуальним, малогруповим та груповим способами. Останній використовують частіше внаслідок сприятливого психоемоційного впливу, музичного супроводу, включення елементів гри тощо. ЛФК застосовують у всі періоди реабілітаційного процесу із поступовим збільшенням навантаження на адаптаційному етапі.

Механотерапія є однією з форм лікувальної фізичної культури. Вона являє собою систему функціонального лікування за допомогою різних пристроїв та снарядів у комплексі з іншими засобами і методами медичної реабілітації. Механотерапевтичні апарати використовують у тих випадках, коли є необхідність тривалого застосування спеціальних вправ для розвитку рухів у суглобах при контрактурах та анкілозах.

Лікувальний масаж являє собою метод механічного впливу на тіло людини руками або спеціальними апаратами для нормалізації функцій організму при різноманітних захворюваннях та травмах. Лікувальний масаж широко застосовують на всіх етапах реабілітаційного процесу в санаторії. Основним його методом є ручний, який характеризується різноманітністю прийомів.

Кліматотерапію також широко використовують для виконання завдань реабілітації. Основними її методами є аеро- та геліотерапія. Лікування повітрям та сонцем не потребує додаткових витрат на спеціальне обладнання, проведення процедур і водночас відіграє важливу роль у системі відновного лікування.

Психотерапія включає в себе різноманітні методи впливу на хворого: гіпнотерапію, автогенне

тренування, раціональну психотерапію, психоестетотерапію, музикотерапію. Лікар, який приступає до медичної реабілітації конкретного хворого, вивчає не лише ознаки хвороби, але й особливості його особи. Для проведення колективної та групової психотерапії, музикотерапії, ароматерапії використовують кімнату психотерапевтичного розвантаження.

Багатопрофільний характер медичної реабілітації в санаторії "Медобори", широкий діапазон застосовуваних методів відновного лікування дозволяють охопити реабілітаційними заходами хворих усіх вікових груп із найбільш поширеними захворюваннями. Основну групу хворих, які знаходяться на відновному лікуванні, становлять чоловіки та жінки працездатного віку із захворюваннями та травмами опорно-рухового апарату, периферичної та центральної нервової систем, серцево-судинної системи.

У процесі проведення відновного лікування нами були вибрані найефективніші поєднання різних реабілітаційних методів, які зумовили ефективність лікування. Так, при захворюваннях периферичної нервової системи найбільш сприятливі результа-

ти отримано при поєднанні бальнео- та грязелікування як самостійно, так і з використанням масажу та ЛФК. При захворюваннях опорно-рухового апарату – при поєднанні електро-, бальнеотерапії та ЛФК.

Для оцінки ефективності медичної реабілітації важливо застосовувати комплекс методів: статистичних, епідеміологічних, експертних, економічних оцінок. Останнім при цьому необхідно відводити пріоритетну роль, оскільки важливим є досягнення найкращих результатів у відновному лікуванні при найменших затратах.

Наведені нами переваги проведення реабілітаційних заходів у санаторно-курортних умовах зовсім не виключають проведення їх в інших умовах. Необхідно лише, щоб кожний попередній та наступний етапи реабілітації доповнювали один одного і загальна цільова установка на якнайшвидше відновлення працездатності залишалась єдиною.

На підставі вивчення ефективності відновного лікування в санаторії "Медобори" за порівняно невеликий термін його існування ми дійшли висновку, що подальша робота в цьому напрямку доцільна та економічно виправдана.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРИИ "МЕДОБОРЫ"

А.А. Голяченко, В.И. Мартынюк (Тернополь)

Одним из методов решения вопроса о недостаточной эффективности лечения многих заболеваний с хроническим течением является создание и развитие системы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Основу этой системы составляет комплексное применение медикаментозных средств, физиотерапии, механотерапии, лечебной физкультуры и трудотерапии. Наиболее перспективной формой является проведение восстановительного лечения в условиях санатория.

ORGANIZATION OF MEDICAL REHABILITATION IN SANATORIUM "MEDOBORY"

A.A. Golyachenko, V. Martynuk (Ternopil)

One of the methods of the question decision concerning insufficient efficiency of treatment of many diseases with chronic current is the creation and development of medical, professional and social rehabilitation system. The basis of this system is made by complex application of medicamentous agents, physiotherapy, mechanotherapy medical physical culture and occupational therapy. The most perspective form is the realization of medical rehabilitation in conditions of sanatorium.

даними комплексних медичних оглядів, у 2,3 рази, за зверталістю до медичних закладів – у 1,5 рази. Рівень поширеності захворювань серед міських мешканців був достовірно вищим, ніж серед сільських (4412,4 і 4115,3 % відповідно, $P < 0,01$).

Провідними видами патології літніх людей є хвороби системи кровообігу (1955,5 випадку на 1000 відповідного населення), нервової системи й органів чуття (578), кістково-м'язової системи і сполучної тканини (523,5), органів травлення (479,5) і органів дихання (280,4). На їх частку у структурі захворюваності припадає 88,9 % від загальної кількості захворювань літніх людей.

Встановлено певні розбіжності у структурі захворюваності населення старшого працездатного віку за даними комплексних медичних оглядів і звертальністю до медичних закладів, а також мешканців міст і сіл. За будь-якими підходами перше місце посідають хвороби системи кровообігу, за звертальністю, наступні рангові місця належать хворобам органів дихання, нервової системи, системи травлення, кістково-м'язової системи. За даними комплексних медоглядів, у містах перше місце посідають хвороби нервової системи, системи травлення, кістково-м'язової системи, органів дихання, у селах на другому місці стоять хвороби кістково-м'язової системи.

Клас хвороб системи кровообігу в людей старшого працездатного віку складається переважно з ішемічної хвороби серця (711 ‰), атеросклерозу судин головного мозку (770,2 ‰) і гіпертонічної хвороби (301,8 ‰). Порівняно з даними звертань у медичні заклади, рівень поширеності хвороб, за даними медоглядів, при зазначеній патології вищий у 2,6 рази. Поширеність цереброваскулярної патології у міських мешканців в 1,7 рази більша, ніж у сільських. На гіпертонію частіше хворіє сільське населення.

Серед хвороб нервової системи й органів чуття провідну роль відіграють очні хвороби (захворюваність становить 331,4 ‰), які здебільшого зустрічаються серед міських мешканців. Жителі сіл, особливо жінки, у 3,1 рази частіше хворіють на глаукому. Поширеність хвороб ЛОР-органів у 1,2 рази більша у сільського населення. Рівень захворюваності, за даними комплексних медичних оглядів, по цьому класу хвороб вищий, ніж за звертальністю, у 3,8 рази.

Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (деформівний артроз, остеопороз) серед сільського населення зустрічаються у 1,6 рази частіше, ніж серед міського. Певним чином це може бути пов'язано зі зміненим станом навколишнього природного середовища, незадовільними умовами праці та способом життя селян [10].

У структурі захворюваності на хвороби органів травлення перше місце посідає захворюваність на

гастрит (141,2 ‰), холецистит (129,5 ‰) і виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки (42,1 ‰). Різниця між рівнями захворюваності на цей клас хвороб, за даними комплексних медоглядів і звертальністю, становить 3,3 рази.

Щодо хвороб органів дихання слід відмітити, що різниця між рівнями захворюваності, за медичними оглядами, в 1,4 рази більша, ніж за звертальністю. Але при цьому більшість звертань (67,9 ‰) була з приводу гострих респіраторних вірусних інфекцій, а під час комплексних медичних оглядів реєструвалася, переважно, хронічна патологія.

Захворюваність, як за даними комплексних медичних оглядів, так і за звертальністю літніх людей до медичних закладів, має значні регіональні відмінності. За результатами проведених медоглядів, вірогідна різниця між рівнями захворюваності за окремими класами хвороб, особливо системи кровообігу, спостерігалася не тільки за областями, а й у їх межах. Однак загальна тенденція до переважання тих чи інших хвороб мала найвиразніші регіональні відмінності серед сільського населення західного і південного регіонів України.

Аналіз захворюваності (за звертаннями) в різних областях України показав, що найнижчий її рівень спостерігався у Житомирській (1148,5 ‰) і Рівненській (1162,9 ‰) областях, а найвищий – в Одеській області (2120,5 ‰), м. Києві (2467,5 ‰) і Севастополі (2638,9 ‰). Вищі за середні по країні рівні поширеності захворювань серед літніх людей мають Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Київська, Одеська, Сумська, Черкаська і Чернівецька області, що представляють усі регіони країни.

Статистика даних про здоров'я літніх людей на підставі комплексних медичних оглядів ні в селах, ні в містах практично не ведеться. Разом із тим, проведене дослідження показало, що найповніше уявлення про стан захворюваності населення старшого віку можуть дати саме результати комплексних медичних оглядів.

Захворюваність за звертальністю до медичних закладів не аналізується на медичних нарадах і у звітній медичній документації диференційовано за статтю і віком літніх людей. Низькі рівні захворюваності літнього населення сприймаються адміністрацією регіонів як позитивний чинник поліпшення здоров'я людей, що нівелює незадовільний стан надання лікувально-профілактичної допомоги, головним чином її доступність для людей похилого віку. Міністерство охорони здоров'я України у поточних заключних щорічних обстеженнях і звітах не звертає уваги на ті "благополучні" області, де низькі рівні захворюваності літнього населення збігаються з високими рівнями його летальності, що свідчить про ще нижчу, порівняно з іншими областями, доступність медичної допомоги літнім

людям. Динамічний порівняльний аналіз регіональних особливостей рівня і структури захворюваності людей похилого віку не проводиться і не враховується під час планування заходів щодо поліпшення медичного обслуговування населення. Усе це створює серйозні проблеми із забезпеченням адекватною допомогою літніх людей.

Погіршення стану здоров'я цих людей знаходить відображення у віковій структурі інвалідизації населення. Рівень первинної інвалідності у людей похилого віку в 1,5 рази вищий, ніж у працездатному віці. Переважна більшість (62,7 %) інвалідів літнього віку мають другу групу інвалідності, 23,1 % – першу, 14,2 % – третю.

Відповідно до структури захворюваності, перше місце серед причин інвалідності посідають хвороби системи кровообігу (55,8 %). Наступні рангові місця належать новоутворенням (19,1 %) і хворобам нервової системи та органів чуття (5,8 %). Потім ідуть травми (4,9 %), хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (4,3 %), психічні розлади (4,2 %), хвороби органів дихання (3,7 %) та ін.

Надання медичної допомоги літнім людям

Стан здоров'я літніх людей зумовлює їх потреби у різних видах медичної і соціально-побутової допомоги. У структурі надання медичної допомоги цій категорії населення пріоритетне значення має амбулаторна допомога (81,8 %). При цьому спостерігається таке закономірне явище: із збільшенням віку зростає потреба в амбулаторній допомозі, зменшується кількість відвідувань пацієнтами поліклінічних закладів ($r=-0,76$; $P<0,05$). Особливо виразна ця розбіжність серед літніх мешканців села, які у більшості випадків звертаються до поліклініки 1–2 рази на рік або зовсім не звертаються. Рівень відвідування лікаря хворими, особливо тими, яким понад 70 років, дуже низький. Серед них частка людей, які не відвідали лікаря жодного разу протягом року, становила 25,7 % у містах і 33,1 % – у селах. Провідним чинником, що зумовлює низький рівень звертання сільського населення літнього віку до районних поліклінік, є зменшення його фізичних можливостей на тлі віддаленості медичних закладів від місця проживання і недосконалості транспортного зв'язку.

Рівень відвідувань літніми людьми поліклініки у містах (4236+9,7 на 1000 чоловік відповідного віку) у 2,2 рази вищий, ніж у сільській місцевості (1856,2+11,3, %, $P<0,01$). Структура звертань до поліклініки літніх хворих також має свої особливості. Більшість чоловіків, а це, насамперед, інваліди війни, зверталися за допомогою в разі виникнення гострих станів, для проходження медичних оглядів і отримання рецептів. Жінкам більше притаманна профілактична спрямованість медичної допомоги.

Важливою проблемою сьогодення є подолання або гальмування негативного впливу соціаль-

но-економічних чинників на доступність медичної допомоги. Безкоштовне проведення таких необхідних у літньому віці діагностичних процедур, як ультразвукове дослідження, рентгеноскопія, флюорографія, мамографія, стає малодоступним для незабезпечених верств населення. Це поширюється також і на загальні лабораторні аналізи. При цьому 57,6 % літніх громадян, які поставлені на облік і повинні забезпечуватися медико-соціальною допомогою, не пройшли протягом року жодного лабораторно-діагностичного обстеження і не були охоплені активним медичним обслуговуванням з боку районної поліклініки.

Актуальною проблемою організації поліклінічного обслуговування населення є врахування вікових особливостей його здоров'я під час сучасного нормативного забезпечення цього виду допомоги. Зумовлено це, по-перше, тим, що всі літні люди потребують тривалого динамічного спостереження за станом здоров'я з боку медичного персоналу, а по-друге – необхідністю збільшення часу на поліклінічний прийом спеціалістами пацієнтів похилого віку. Середні реальні терміни обстеження літніх людей у 2,0–3,7 рази перевищують аналогічні показники для населення молодшого віку, що є підставою для перерахування робочого навантаження під час їхнього амбулаторного обслуговування.

Дільничний лікар-терапевт є головною дійовою особою спостереження за станом здоров'я літньої людини, її лікуванням, реабілітацією та профілактикою захворювань. Він координує всі медико-соціальні заходи і недаремно вважається "геріатром першого порядку" [6]. З кожним роком паралельно зростанню ступеня постаріння населення збільшується частка літніх людей у загальній чисельності населення, яке обслуговується дільничним лікарем-терапевтом. Уже сьогодні від 28,3 до 65,5 % усіх звертань до дільничного терапевта складають особи пенсійного віку. В районах великих міст, де дільниці розташовані далеко від поліклініки, доступність амбулаторної медичної допомоги літнім людям може бути забезпечена наближенням медичної допомоги до місця їх проживання, що здійснюється шляхом організації локальних лікарських амбулаторій. Позитивний досвід їх організації набутий у м. Києві [3].

Під час опитування населення літнього віку переважна його більшість (74,8 %) висловила позитивне ставлення до перспективи введення сімейного лікаря, який буде обізнаний у геріатрії та враховуватиме в разі проведення лікувально-профілактичних заходів соціально-психологічний стан і фінансові можливості сім'ї.

Дослідження показало, що деякі аспекти геронтології все ще недостатньо враховуються у практиці дільничного лікаря-терапевта. Однією з

вимог до лікарів, які працюють з літніми людьми, є дотримання медичної етики у ставленні до хворого і його родичів, працівників інших служб і відомств. Слід зазначити, що 36,4 % опитаних дільничних лікарів уникають довірного контакту з хворими, що є неприпустимим, оскільки кожна розмова літньої хворої людини з лікарем може бути дієвим засобом її психологічної реабілітації.

Щодо сільської місцевості, то наявні розбіжності з містом, які визначаються цілою низкою чинників, впливають на характер і доступність для літніх людей медичної допомоги, потребують від органів охорони здоров'я і соціального захисту особливих організаційних форм і методів роботи. Самостійна сільська лікарська амбулаторія є найбільш раціональною організаційною формою обслуговування літнього сільського населення. Більшість сільських амбулаторій і ФАП постійно діють у великих і середніх за розміром населених пунктах. Гірші справи з наданням медичної допомоги у малих населених пунктах, де ФАП обслуговують 2–3 села, тому старі хворі люди змушені добиратися за медичною допомогою за 5–12 км. Про достатність обсягу надання медичних послуг та обстежень не йдеться взагалі [4].

Головними загальними напрямками покращання медичного обслуговування літніх пацієнтів є диспансеризація, реабілітація й оздоровлення. Серед амбулаторних хворих літнього віку потребують диспансеризації і реабілітаційного лікування 100 % осіб, дієтичного харчування – 67,3, санаторно-курортного лікування – 48,5, стаціонарного лікування – 49,2, соціальної реабілітації – 20,1, психологічної підтримки – 53,1 %.

Основною організаційною формою проведення загальної диспансеризації населення літнього віку є забезпечення в поліклінічних відділеннях лікувально-профілактичних закладів щорічного медичного огляду пенсіонерів для своєчасного лікування та профілактики хронічних захворювань, виявлення осіб, які потребують медико-соціальної допомоги. Це, з одного боку, покращує якість медичного обслуговування літніх людей, а з іншого – є економічно вигідними. Японські фахівці підрахували, що середня вартість медичного обслуговування літніх осіб, які проходили щорічні медичні огляди, була значно нижчою, ніж тих, хто не був обстежений [19]. Це зумовлює потребу в проведенні комплексного обстеження пацієнта літнього віку під час кожного першого (у межах календарного року) його звертання до медичного закладу.

Серед заходів, спрямованих на профілактику інвалідизації людей старшого віку, подовження терміну здатності людини до самостійного обслуговування, основним і економічно обґрунтованим є розвиток реабілітаційного напрямку в організації

медичної допомоги [17]. Постаріння населення країни на тлі зниження загальних показників здоров'я потребує орієнтації амбулаторно-поліклінічних закладів на організацію реабілітаційних відділень з переважною геріатричною спрямованістю їх діяльності [16]. Досвід роботи таких структур набуто у багатьох містах України: Києві, Запоріжжі, Дніпропетровську, Харкові та ін.

Потреба літніх людей в амбулаторному реабілітаційному лікуванні (832,2 % на 1000 відповідного населення) у 4,1 рази більша за її реальне задоволення. У містах, де такі відділення не функціонують, про реабілітаційне комплексне (кількома спеціалістами) лікування, судячи з аналізу медичних карт амбулаторних хворих, можна говорити тільки у поодиноких випадках.

Згідно з результатами опитувань, 75,3 % літніх людей серед запропонованих форм медичного обслуговування надають перевагу саме комплексному відновному лікуванню в умовах реабілітаційних відділень поліклініки. Однак наявні організаційні форми, склад і нормативна забезпеченість даної служби не відповідають сучасній демографічній ситуації і потребам населення, що зростають. Поряд з організацією реабілітаційних відділень медичних закладів необхідно використовувати можливості реабілітаційних відділень територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів.

Організація адекватної медичної допомоги населенню старшого працездатного віку вдома є однією з найгостріших проблем сьогодення. Провідними чинниками, які формують потребу в медико-соціальній допомозі вдома, є рухова активність, здатність до самообслуговування, вік і сімейний стан хворого. За даними багатофакторного дисперсійного аналізу, частка їх впливу становить 76,2 % ($P < 0,01$).

Літні люди у 3 рази частіше, ніж решта населення, викликають додому дільничного лікаря-терапевта і у 3–5 разів – бригаду швидкої і невідкладної медичної допомоги. Вибіркові дослідження показали, що серед усього дорослого населення, яке протягом року зверталось за наданням медичної допомоги вдома, на частку літніх людей припадає від 85,3 % у сільських поселеннях до 53,2 % у містах. Активні відвідування їх здійснюють у більшості випадків дільничні терапевти або фельдшери ФАП.

Із віком збільшується частка осіб, які користуються медичною допомогою виключно вдома, – від 19,3 % серед населення віком 60–69 років до 89,6 % серед осіб, яким понад 80 років. Однак реальні потреби населення у такому обслуговуванні вдвічі менші. На високий рівень звертань престарілих пацієнтів за медичною допомогою вдома впливають майже повна відсутність системності

геріатричного обслуговування, профілактичної реабілітаційної спрямованості лікування, недоліки в організації соціально-побутової психологічної підтримки з боку соціальних структур і волонтерських організацій.

Систему організації первинного надомного медичного обслуговування доцільно розвивати за такими напрямками:

1. Активне спостереження дільничних лікарів-терапевтів за станом здоров'я людей похилого віку з чітко встановленою періодичністю.

2. Обслуговування самотніх пацієнтів лікарями відділень медико-соціальної допомоги поліклінік.

3. Лікувально-консультативні відвідування лікарів-спеціалістів поліклінік.

4. Розгортання домашніх стаціонарів у гострий період захворювання.

5. Розгортання "реабілітаційних домашніх стаціонарів" для відновного лікування пацієнтів;

6. Довгострокова медико-соціальна реабілітація.

Для покращання роботи з літніми хворими Міністерство охорони здоров'я України спеціальним рішенням рекомендувало ввести на терапевтичних дільницях з високою часткою осіб віком 60 років і більше додаткову штатну посаду патронажної геріатричної медичної сестри. Її функціональними обов'язками повинні бути надання медичної допомоги літньому населенню вдома, проведення профілактичних заходів щодо виникнення гострих інфекційних і загострень хронічних захворювань, збереження здатності до самообслуговування. Геріатрична сестра визначає потрібний обсяг, характер і тривалість надання непрацездатним самотнім людям побутової допомоги з боку соціальних служб, бере активну участь в організації та подальшій діяльності домашніх стаціонарів, наданні довгострокової медико-соціальної допомоги.

Швидка медична допомога відіграє велику роль в організації медичної допомоги населенню старшого віку. Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між зростанням кількості викликів швидкої допомоги і збільшенням віку людей ($r=0,79$). Рівень звертання літнього населення за швидкою медичною допомогою у 3,5 рази перевищує аналогічний показник для решти населення. У середньому 86,2 % усіх викликів бригади швидкої допомоги до людей старшого віку надходить у зв'язку із загостреннями хронічних захворювань. Переважна більшість (73,1 %) літніх людей у разі погіршення стану здоров'я викликає безпосередньо бригаду швидкої допомоги, минаючи поліклініку. Проте за кожним другим викликом повноцінну медичну допомогу може надати дільничний лікар або інший спеціаліст поліклініки, а у деяких випадках – і геріатрична патронажна сестра.

Із віком збільшується потреба у стаціонарному лікуванні, яка у людей похилого віку в 2,6 рази перевищує аналогічний показник для решти дорослого населення і коливається в межах 175,1–283,7 % для різних статево-вікових груп. Потреба у госпіталізації людей літнього віку, які живуть самі, у 2 рази більша, ніж тих, хто мешкає з сім'єю. Ця потреба задовольняється тільки на 30,3 %.

Оскільки теперішня система надання стаціонарної медичної допомоги населенню України побудована без урахування сучасних демографічних змін, під час реформування галузі потрібне суттєве її вдосконалення за такими напрямками:

1. Організація на базі багатопрофільних лікарень геріатричних палат і відділень для тривалого лікування і догляду за хронічними хворими, які частково або повністю втратили рухову активність і здатність до самообслуговування, створення окремих геріатричних лікарень, у тому числі лікарень і відділень сестринського догляду.

2. Організація денних геріатричних стаціонарних відділень на базі поліклінік і багатопрофільних лікарень, що відповідає потребам літніх людей і економічно вигідно для лікувального закладу.

3. Широке використання домашніх стаціонарів для лікування й, особливо, долікування хворих після нетривалої госпіталізації.

Найважливішим у цьому повинно стати узаконовадження нормативних форм функціонування цих закладів, розширення міжгалузевих зв'язків, підготовка медичних кадрів з геріатрії і збільшення цільових матеріальних асигнувань. Необхідно також розробити показники діяльності геріатричних відділень (лікарень) для забезпечення контролю за ефективністю їх функціонування.

За даними досліджень, оптимальним варіантом лікування літньої людини під час загострення хронічних хвороб є її початкове інтенсивне лікування у профільному стаціонарному відділенні протягом 10-12 діб з подальшим лікуванням в умовах денних і домашніх стаціонарів, відділень тривалого лікування, реабілітаційних відділень поліклінік [5]. Однак вибіркового аналізу надання медико-соціальної допомоги населенню літнього віку у 18 містах країни показав, що практично немає чітко налагодженого наступництва та етапної послідовності стаціонарної і поліклінічної допомоги навіть у Києві та Дніпропетровську, які значно відрізняються від інших міст за формами допомоги літнім людям у загальній лікувальній мережі та різноманітністю спеціалізованих геріатричних закладів.

Під час опитування населення старшого віку кожна друга особа надавала перевагу лікуванню вдома, а кожна четверта – в умовах стаціонару лікарні.

Висновки

Фінансові труднощі з матеріально-технічним забезпеченням медичних закладів, наданням безкоштовної діагностичної допомоги, стаціонарного лікування, а також медикаментозним забезпеченням, зубопротезуванням, спостерігалися в усіх обстежених регіонах. Вони поєднувалися з недостатнім зв'язком та взаємодією медичних і соціальних служб, слабкою геріатричною підготовкою медичного персоналу, особливо середньої ланки, відсутністю реабілітаційної спрямованості в роботі більшості первинних медичних і соціальних структур.

При реформуванні охорони здоров'я особливої уваги потребує створення скоординованої державної системи геріатричної допомоги населенню на сучасному науково-методичному та організаційному рівнях [15]. Концептуальна модель такої системи розроблена Інститутом геронтології АМН України на основі багаторічних наукових розробок з вивчення стану здоров'я і потреб літніх людей у медичній допомозі, аналізу роботи вітчизняних медичних і соціальних закладів та раціональних підходів до медико-соціальної допомоги літнім людям в інших країнах світу. Концептуальна модель має такі блоки:

1. Теоретичне забезпечення з визначенням:

- місця геріатричної допомоги в загальних системах охорони здоров'я і соціального захисту населення, її сутності та мети, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення, старшого працездатного віку, забезпечення кожній літній людині доступності необхідної медичної допомоги, гарантованого обсягу і рівня;

- основних завдань, пріоритетів розвитку і принципів діяльності, що полягають у безкоштовності, доступності, етапності, достатності, мультидисциплінарності допомоги, її орієнтації на надомні форми обслуговування, профілактичну і медико-соціальну реабілітаційну спрямованість, розвитку системи первинної медико-соціальної допомоги, поширення позалікарняних послуг і форм сестринського догляду, змін нерівності обсягів і якості медико-соціальної допомоги літнім людям, які мешкають у міських поселеннях і сільській місцевості, формування громадського престижу літньої людини в суспільстві.

2. Організаційно-структурне забезпечення з визначенням напрямів розвитку:

- амбулаторно-поліклінічної допомоги (дільничної геріатричної діяльності, форм герореабілітації тощо);

- допомоги вдома (поліклінічних медико-соціальних відділень, домашніх стаціонарів, виїзних герореабілітаційних бригад, консультативної та швидкої медичної допомоги);

- стаціонарної допомоги (геріатричних відділень палат, відділень сестринського догляду і довгострокового перебування хронічних хворих, хоспісів, денних стаціонарів);

- допомоги сільським літнім мешканцям (лікарняних амбулаторій і виїзних консультативно-лікувальних та діагностичних бригад);

- нових форм геріатричної допомоги населенню: геріатричних центрів, лікарень і поліклінік, лікарень сестринського догляду і сестринських скринінгових бригад, кризових центрів, нічних служб медико-соціальної допомоги літнім людям, служб "перепочинку", телефонних інформаційно-консультативних ліній, герореабілітаційних центрів і денних структур для психічнохворих, центрів геротехнічного обладнання і промислових товарів тощо;

- взаємозв'язку і наступництва у роботі медичних та соціальних служб.

3. Нормативне обґрунтування підходів до адекватного забезпечення літнього населення основними видами медичної допомоги і соціального обслуговування (перерозрахунку робочого навантаження на медичні структури у демографічно старих регіонах), визначенням необхідного гарантованого рівня та обсягів допомоги, а також місця геріатрії в страховій медицині.

4. Інформаційне забезпечення з визначенням потреби у створенні АСУ "Геріатрична допомога" в єдиній інформаційній системі "Охорона здоров'я населення України" з такими структурними блоками: "Потреби у допомозі", "Мережа геріатричних установ", "Розрахунки й аналіз забезпечення допомогою", "Диспансеризація", "Медикаментозне забезпечення", "Кадри", "Фінансування гарантованих обсягів допомоги" тощо.

До цього блоку ввійшла також система заходів з інформаційного забезпечення і санітарної освіти літніх людей.

5. Правове забезпечення та вдосконалення управління із зазначенням законодавчої основи медико-соціального захисту населення України старшого працездатного віку, особливостей форми управління, кадрової підготовки, ресурсів, фінансування і планування. Централізовано-децентралізоване керівництво системою геріатричної допомоги повинно здійснюватися на рівні Головної ради з медико-соціального забезпечення населення похилого віку при МОЗ України, яку очолює головний геріатр МОЗ України, і відповідних місцевих рад, якими управлятимуть головні спеціалісти з геріатрії управлінь охорони здоров'я обласних, міських і районних держадміністрацій на штатних засадах. До складу рад

війдуть спеціалісти, які працюють у системі медичного і соціального обслуговування літнього населення, а також представники місцевих органів влади, громадських і релігійних організацій.

Шляхами вирішення фінансового забезпечення системи геріатричної допомоги населенню можуть стати: бюджетно-цільове фінансування геріатричної галузі, дотації на діяльність геріатричних закладів за рахунок соціального страхування та місцевого оподаткування, сприятливий податковий статус геріатричних закладів, підтримування вартості медичних послуг літнім людям на доступному для них рівні, встановлення стандартів герореабілітаційної допомоги, розвиток системи цільових геромедичних громадських і приватних вкладів.

Впровадження заходів, визначених в Указі Президента України "Про програму "Здоров'я літніх людей" (на 1998–2002 рр.) визначає перехід до створення сучасної державної системи геріатричної допомоги населенню.

Основні завдання цього етапу повністю відповідають цілям реформування системи охорони здоров'я України і полягають у заходах, спрямованих на координацію управління, організаційно-правове, науково-методичне та інформаційне забезпечення геріатричної допомоги, вдосконалення стаціонарного та позастаціонарного медичного обслуговування літніх людей, посилення їх соціального захисту й адаптації до вікозалежних функціональних змін.

Викладена концепція потребує швидкого втілення, оскільки державне забезпечення достатньої та доступної допомоги літнім людям не є додатковим фінансовим тягарем і без того переобтяженого бюджету. Науково обґрунтований системний підхід до організації медико-соціальної допомоги літнім людям дозволить суттєво покращити якість і доступність її надання. Певна стратегія розвитку, поетапне проведення заходів з урахуванням їх вартості, координація геріатричних структур і чітке уявлення про реальні потреби населення в тих чи інших видах послуг значно збільшать коефіцієнт корисної дії використаних ресурсів. Широка реабілітаційна спрямованість діяльності медичних і соціальних служб поступово стабілізує розміри організаційних і фінансових витрат на забезпечення допомоги літньому населенню. Одна тільки оптимізація первинної медичної допомоги у реабілітаційному напрямку дозволяє скоротити витрати фінансів на лікування і соціально-побутове обслуговування літніх людей від 23,5 до 67,8 % за рахунок зменшення їх інвалідизації, потреб у стаціонарному лікуванні й соціальній інституціоналізації.

Враховуючи демографічну структуру населення країни і реальні потреби літніх людей у допомозі, на організацію їхнього адекватного медичного обслуговування потрібно приблизно 1500 млн ум.од. на рік, зокрема міського населення – 977,47 млн. ум.од., сільського – 614,78, населення центрального регіону – 471,8, західного – 247,7, східного – 502,5, південного – 315,3. Проте узагальнені вибіркові підрахунки показали, що на кожні 100 ум.од. недовкладень від потрібної суми на початку року в кінці року додаткові витрати збільшуються у 6,8 рази.

Реалізація системи геріатричної допомоги населенню та її фінансова підтримка повинні віддзеркалювати ступінь відповідальності держави за здоров'я літніх громадян, стати додатковою гарантією здійснення їх конституційного права на охорону здоров'я, забезпечення тривалого активного життя і надійного догляду в старості.

Список літератури

1. Безруков В.В., Вержиковська Н.В., Ехнева Т.Л. Захворюваність населення старшого працездатного віку в Україні // Журн. АМН України. – 1998. – Т.4, № 2. – С. 268-278.
2. Безруков В.В., Чайковская В.В., Чайковский В.Н., Коньшина Е.И. Потребности людей старшего возраста в амбулаторной реабилитационной помощи // Пробл. старения и долголетия. – 1995. – Т. 2, № 1. – С. 1-14.
3. Вержиковская Н.В., Ехнева Т.Л. О совершенствовании медицинского обслуживания людей пожилого возраста в Украине // Пробл. старения и долголетия. – 1993. – Т. 3, № 2. – С. 175-176.
4. Вержиковская Н.В. Здоровье и медицинская помощь пожилому сельскому населению Украины // Пробл. старения и долголетия. – 1994. – Т. 4, № 2. – С. 246-259.
5. Вялых Т.И. Новые подходы к организации стационарного медицинского обслуживания людей пенсионного возраста // Пробл. старения и долголетия. – 1998. – Т. 7, № 1. – С. 67-72.
6. Ехнева Т.Л., Вержиковская Н.В. Особенности оказания медицинской помощи пожилому населению участковым терапевтом // Пробл. старения и долголетия. – 1994. – Т. 4, № 3-4. – С. 401-408.
7. Здоровье, образ жизни и обслуживание пожилых. Общественное здравоохранение в Европе.29.(ВОЗ, Европейское региональное бюро). – Копенгаген: Медицина, 1992. – 213 с.
8. Кузнецова С.М., Шварцц Ф., Янович Л.А. и др. Региональные особенности старения и распространения возрастной сосудистой патологии на Украине // Пробл. старения и долголетия. – 1993. – Т. 3, № 2. – С.175-176.
9. Кузнецов В.В. Вікові особливості захворюваності сільського населення південного і західного регіонів України: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – К., 1998. – 20 с.
10. Поворознюк В.В., Подрушняк Е.П., Орлова Е.В. и др. Остеопороз на Украине. – К., 1995. – 48 с.

11. *Статистичний щорічник України за 1994 рік* (Державний комітет статистики України). – К.: Техніка, 1995. – 519 с.
12. *Статистичний щорічник України за 1996 рік* (Державний комітет статистики України). – К.: Укр. енциклопедія, 1997. – 618 с.
13. *В. Стещенко, О. Рудницький, О. Хомра, А. Стефановський* Демографічні перспективи України до 2026 року. – К., 1999. – 60 с.
14. *Україна в цифрах у 1997 році.* – К.: Наук. думка, 1998. – 182 с.
15. *Чайковская В.В.* Концепция государственной системы гериатрической помощи населению // Пробл. старения и долголетия. – 1999. – Т. 8, № 1. – С. 64-76.
16. *Чайковський В.М.* Оптимізація діяльності поліклінічного відділення реабілітації в умовах постаріння населення України: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – К., 1996. – 23 с.
17. *Чеботарев Д.Ф.* Медицинская реабилитация в гериатрии // Пробл. старения и долголетия. – 1991. – Т. 1, № 1. – С. 83-91.
18. *Bezrukov V.V., Verzhikovskaya N.* Status reports from: Ukraine // Ageing International. – 1994. – P. 54-61.
19. *Sawada Kenzo, Kanamoto Emiko, Koshu eisei kenkyu* // Bull.Inst.Public Health. – 1997. – 46, № 1. – P. 29-35.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ

В.В. Безруков, Н.Н. Вержиковская, В.В. Чайковская (Киев)

Представлены результаты выборочного исследования состояния здоровья и потребности в медицинской помощи 4122 лиц старшего трудоспособного возраста, проживающих в разных регионах Украины. Выявлено, что распространенность заболеваний, по данным комплексных медицинских осмотров, в целом по стране в 2,7 раза больше, по сравнению с данными по обращаемости за медицинской помощью. Отмечены различия уровня и структуры заболеваемости у городских и сельских жителей. Установлено, что 81,8% обследованных лиц нуждаются в амбулаторной помощи, от 19,3 % лиц в возрасте 60–69 лет до 89,6% человек старших 80 лет, – в амбулаторной помощи на дому. Потребность в стационарном лечении находится в пределах 175,1–283,7 ‰ для различных возрастно-половых групп. Обсуждаются основные направления государственной системы гериатрической помощи населению.

HEALTH STATUS AND MEDICAL CARE FOR THE ELDERLY PEOPLE

V.V. Bezrukov, N.N. Verzhikovska, V.V. Chaikovska (Kyiv)

This article presents the data of a sampling examination of the health status of 4122 persons above the working age residing in different regions of Ukraine and their needs in various kinds of medical care. Based on the data of these examinations it has been shown that diseases prevalence is 2,7 times higher than that based on their yearly primary visits to local out-patient departments. The prevalence levels and diseases structure are different for urban and rural residents of old age. Among examined persons 81,8% were in need for provision of out-patient care; 19,3 % within age group of 60–69 yrs and 89,6% among 80 yrs and above were in need for in-home medical care. The elderly rate to be in need for in-patient care are of 175,1–283,7‰ in various age-sex groups. The main nowadays trends and directions of the national geriatric service system are discussed.

УДК 618.13-002.3-085.37-072.1-71

С.В. ХМІЛЬ, Л.М. МАЛАНЧУК, І.В. КОРДА, С.Л. МАЛАНЧУК

ЛАПАРОСКОПІЧНА ЛІМФОТРОПНА ІМУНОТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПРИДАТКІВ МАТКИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Останні досягнення оперативної лапароскопії, вдосконалення методик інвазивних втручань під контролем трансвагінальної ехографії та комп'ютерної томографії, а також глибоке вивчення особливостей патоморфозу різних форм гнійних захворювань придатків матки, стали передумовою для перегляду традиційної радикальної тактики ведення пацієнтів із запальними захворюваннями маткових труб і яєчників на користь органозберігальних методів лікування.

Метою нашої роботи було вивчення ефективності лімфотропної імунотерапії у пацієнтів із гнійно-запальними захворюваннями придатків матки під час виконання лапароскопічних оперативних втручань. Необхідність застосування цього методу базується на відомих патоморфологічних даних. Так, внутрішні геніталії жінки забезпечені розгалуженою сіткою лімфатичних судин. Головним чином у параметральній клітковині, де проходять ці судини, відбуваються процеси адсорбції мікроорганізмів і продуктів їх життєдіяльності із запальних вогнищ внутрішніх геніталій. Тому безпосереднє введення медикаментозних препаратів до імункомпетентних ділянок параметральної клітковини дозволить впливати на активацію місцевих імунних процесів.

З метою підвищення імунологічної реактивності у вогнищі запалення 23 особам із гнійно-запальними захворюваннями придатків матки під час лапароскопічних операцій було застосовано місцеву лімфотропну імунотерапію.

Під час діагностично-лікувальних лапароскопічних операцій з приводу гнійно-запальних захворювань придатків матки найчастіше виконували такі основні типи хірургічних втручань: 1) роз'єднання спайок між матковими трубами, яєчниками та навколишніми тканинами; 2) розтини гнійних тубооваріальних утворів, евакуація гною, санація порожнини патологічного утвору; 3) евакуація патологічного випоту, санація черевної порожнини. При проведенні лапароскопічних операцій на внутрішніх геніталіях робили три або чотири проколи передньої черевної стінки. Один 10-мілілітровий троакар для оптики вводили на 1-2 см нижче пупка. Два 5-мілілітрові троакари для робочих інстру-

ментів вводили через отвори в гіпогастральній ділянці. Четвертий додатковий троакар при необхідності вводили над лобком.

Перед початком лапароскопічних операцій матку фіксували внутрішньоматковою канюлею, за допомогою якої під час виконання маніпуляцій у черевній порожнині матку відхиляли в ту чи іншу сторону і тим самим досягали кращого натягу широких маткових зв'язок. Для лапароскопічних операцій використовували інструменти фірми "Karl Storz". Пункцію передньої черевної стінки проводили на 3-4 см вище лобкової кістки по середній лінії спеціальною ін'єкційною голкою фірми "Karl Storz" під контролем телескопа. 150 мкг Т-активіну, розведеного в 10 мл фізіологічного розчину, вводили в параметральний простір між листками широких маткових зв'язок на глибину 1,5-2 см і на відстані 2 см від ребра матки. Після завершення пункції по провіднику пункційної голки в параметральну клітковину вводили поліхлорвініловий мікрокатетер для продовження місцевої імунологічної терапії. Імуномодулятор вводили по 150 мкг 1 раз на добу протягом 5 днів у комплексі з консервативним лікуванням. Пункцію і катетеризацію параметральної клітковини проводили зі сторони найбільш вираженого запального процесу.

Для вивчення ефективності лімфотропної імунотерапії в комплексному лікуванні гнійно-запальних захворювань придатків матки проводили дослідження клітинного складу перитонеальної рідини, яку отримували за допомогою мікроіригатора, залишеного в матковоректальному просторі.

Мазки перитонеальної рідини фарбували толуїдиновим синім і розглядали під оптичним мікроскопом для вивчення та ідентифікації клітинних елементів. Цитоспектрофотометричним методом визначали вміст комплексу нуклеїнових кислот у плазматичних клітинах.

На основі проведеного аналізу кількісного та якісного складу імуніцитів перитонеальної рідини у жінок з гнійно-запальними захворюваннями придатків матки нами було виявлено значне підвищення активності локальних імунних реакцій у параметральній ділянці.

Уже на другу добу післяопераційного періоду було відмічено збільшення вмісту нуклеїнових кислот у плазматичних клітинах перитонеальної рідини на 5 %, порівняно з показниками вихідного доопераційного стану, на п'яту добу кількість нуклеїнових кислот зросла на 11 %. Таке підвищення вмісту нуклеїнових кислот у плазматичних клітинах перитонеальної рідини у пацієнтів із гнійно-запальними захворюваннями придатків матки має важливе значення для сприятливого перебігу післяопераційного періоду, особливо в осіб з тривалим терміном захворювання, двобічним ураженням придатків матки та на фоні зниження показників загального імунітету. Наші дані свідчать про те, що

проведення лімфотропної імунотерапії позитивно впливає на перебіг захворювання, підвищує імунну реактивність не лише місцевих тканин, а й усього організму. Запропонований нами метод параметральної імунотерапії дав можливість зменшити затрати на лікування хворих, скоротити дні перебування хворих у стаціонарі, дні непрацездатності, а також попередити виникнення ускладнень.

Запропонований метод лімфотропної імунотерапії в комплексному лікуванні хворих на гнійно-запальні захворювання придатків матки дозволив значно покращити результати лікування, скоротити терміни лікування на 2-3 дні та зменшити кількість ускладнень від 3,8 до 1,5 %.

Список літератури

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. – М.: Медицина, 1995. – 184 с.
2. Буянов В.М., Данилок К.Ю., Радзиховский А.П. Лекарственное насыщение лимфатической системы. – К: Наукова думка, 1991. – С. 58-67.
3. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М.: Медицина, 1996. – 256 с.
4. Эндоскопия в гинекологии / Под ред. Г.М. Савельевой. – М.: Медицина, 1983. – 200 с.
5. Gomet V. Operativ Laparoscopy: time for acceptance // Fertil. Steril. – 1989. – V. 52, № 1-2. – P. 1-11.
6. Reich H., McGlynn F. Laparoscopic treatment of tuboovarian and pelvic abscess // J. reprod. Med. – 1987. – V. 32, № 10. – P. 747-752.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

С.В. Хмиль, Л.М. Маланчук, И.В. Корда, С.Л. Маланчук (Тернопіль)

23 больным во время выполнения лапароскопических операций по поводу гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки проводилась лимфотропная иммунотерапия. 150 мкг Т-активина разводили в 10 мл физиологического раствора и вводили в параметральное пространство между листками широких маточных связок на глубину 1,5-2 см и на расстоянии 2 см от ребра матки. Местную иммунотерапию проводили 1 раз в сутки на протяжении 5-6 дней в комплексе консервативных методов лечения.

Предложенный метод лимфотропной иммунотерапии в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки позволил значительно улучшить результаты лечения, сократить сроки лечения на 2-3 дня и уменьшить число осложнений с 3,8 до 1,5 %.

LAPAROSCOPIC LIMPHOTROPIC IMMUNOTHERAPY APPLICATION FOR THE PATIENTS WITH PURULENT INFLAMMATION OF THE ADNEXA

S.V. Khmil, L.M. Malanchuk, I.V. Korda, S.L. Malanchuk (Ternopil)

23 patients with purulent adnexitis who have been undergone the local limfotropic immunotherapy during laparoscopic operation. T-activin solved in 10 ml of physiologic solution were introduced into parametric space between leaves of broad ligaments of the uterus in depth of 1,5-2 cm and at the distance of 2 cm from the uterus rib.

Local immunotherapy was carried out once a day during 5-6 after operation days in complex with conservative methods of treatment. The proposed method of parametric immunotherapy in complex treatment of the patients with purulent adnexitis allows to improve considerably the results of treatment to decrease the period of treatment by 2-3 days and to reduce the number of complications from 3,8 % to 1,5 %.

УДК 616.1/4:615.851

В.С. КИЛИВНИК, Т.Г. БАКАЛЮК, О.М. ЛАВРИНЕНКО, Ю.М. ЧОПКО, В.М. МАРТИНЮК,
С.М. БОЙКО

КОНТИНГЕНТИ ХВОРИХ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ МЕДИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ

Тернопільська медична академія ім. І.Я. Горбачевського, санаторії "Медобори"

Перелік хворих, які підлягають реабілітації, постійно зростає. Це зумовлено, передовсім, зростаючими можливостями реабілітації. Нами вивчались контингенти хворих, які проходили реабілітацію в санаторних закладах Тернопільської і Вінницької областей.

Кількість чоловіків складала 42,5 %, жінок — 57,5 % від числа реабілітованих. Найбільшою віковою групою, що проходила реабілітацію, була група від 50

до 59 років. До її складу ввійшла третина (33,1 %) усіх хворих, які пройшли реабілітацію. Далі йшов вік 45-49 років (16,3 %), 40-44 роки (14,3 %), 60 років і більше (11,5 %), 35-39 років (10,3 %), 30-34 роки (5,6 %), 20-29 років (5,3 %) і до 20 років (3,6 %).

Загалом від 40 років і більше реабілітовани складають майже три чверті всього контингенту. Соціальна характеристика реабілітованих представлена в таблиці 1.

Таблиця 1. Соціальна характеристика хворих, які пройшли реабілітацію в медичних закладах Тернопільської області (1997-1999 рр.)

№ за/п	Соціальна ознака	Розшарування в межах ознаки	%
1	2	3	4
1	Соціальна група	<ul style="list-style-type: none"> ■ міські мешканці ■ сільські мешканці 	<ul style="list-style-type: none"> 52,6 47,4
2	Трудовий стаж	<ul style="list-style-type: none"> ■ до 10 років ■ 10-24 ■ 25 і більше 	<ul style="list-style-type: none"> 8,6 29,7 61,7
3	Матеріальний стан	<ul style="list-style-type: none"> ■ бідні ■ із середнім достатком ■ забезпечені 	<ul style="list-style-type: none"> 39,1 27,6 33,3
4	Житлові умови	<ul style="list-style-type: none"> ■ незадовільні ■ задовільні ■ добрі 	<ul style="list-style-type: none"> 2,3 42,8 54,9
5	Сімейний стан	<ul style="list-style-type: none"> ■ неодружені (чоловіки і жінки) ■ одружені (чоловіки і жінки) ■ вдови, вдівці ■ розлучені 	<ul style="list-style-type: none"> 6,1 87,2 4,0 2,7
6	Освіта	<ul style="list-style-type: none"> ■ початкова ■ незакінчена середня, середня ■ середня спеціальна, вища 	<ul style="list-style-type: none"> 14,6 64,3 21,1

Міські й сільські мешканці представлені майже порівну. Є багато хворих із великим трудовим стажем (25 років і більше). Бідні переважають, але в структурі всієї людуності їхня частка значно більша (приблизно 80 %), тому у відносному обчис-

ленні люди із середнім і великим достатком частіше користуються реабілітацією, порівняно з бідними. Серед реабілітованих також багато людей сімейних, які мають незакінчену середню і середню освіту.

Таблиця 2. Розподіл реабілітованих за хворобами (%)

Хвороба	%
Психічні розлади	3,7
Хвороби нервової системи та органів чуття	5,6
Хвороби системи кровообігу	8,6
Хвороби сечостатевої системи	7,6
Хвороби опорно-рухового апарату	65,6
Хвороби органів дихання	3,5
Хвороби органів травлення	3,7
Інші	1,7
Разом	100,0

Серед реабілітованих переважають особи з хворобами опорно-рухового апарату (табл. 2). Вони складають дві третини всього контингенту. За ними йдуть хвороби системи кровообігу і сечостатевої системи.

Психічні вади за віком і статтю переважно розподілялись так: у чоловіків основна частина їх припадала на вік до 20 років (64,3 %), у жінок – вік 35-39 років (39,1 %) і 40-44 (13,0 %).

Хвороби нервової системи й органів чуття у чоловіків переважали у віці 50-59 років (31,1 %) та у вікових групах до 20 років і в 40-44 роки (по 13,8 %); у жінок – в 50-59 років (22,2 %) і 35-39 років (14,8 %).

Хвороби системи кровообігу в чоловіків припадали переважно на вік 50-59 років (36,2 %) та 60 років і більше (23,3 %), у жінок – 50-59 років (25,6 %) і 35-39 років (17,9 %).

Хвороби органів травлення у чоловіків переважають у віці 30-34 роки (18,2 %), у жінок – 50-59 років (33,4 %).

Хвороби сечостатевої системи у чоловіків були представлені віком 20-29 років (23,4 %) і 40-44 роки (14,9 %), у жінок – 35-39 років (28,6 %) і 30-34 роки (17,8 %).

Хвороби опорно-рухового апарату за віком розподілились так: чоловіки – 50-59 років (31,6 %), 45-49 років (20,2 %), жінки – 50-59 років (44,8 %), 40-44 роки (14 %).

Хвороби органів дихання за віком розподілились так: чоловіки – 50-59 років (33,3 %) і 60 років і більше (25,1 %), жінки – 40-44 роки (34,8 %) і 20-29 років (26,1 %).

Структура захворювань у різних соціальних групах представлена в таблиці 3.

Таблиця 3. Структура хворих, які пройшли реабілітацію в різних соціальних групах (%)

Соціальний прошарок	Х		В	О	Р	О	Б	И	Разом
	псих. вади	нерв. системи та орг. чуття	системи кровообігу	сечостат. системи	орг. травлення	опорно-рух. апарату	орг. дихання	інші	
Міські мешканці	2,2	8,6	16,7	9,9	8,6	43,7	7,2	3,1	100,0
Сільські мешканці	4,2	2,7	2,5	4,9	3,0	78,5	1,4	2,8	100,0
Білі	1,0	3,5	3,3	3,5	1,08	84,1	1,8	1,0	100,0
Із середнім достатком	5,1	6,5	11,2	9,1	2,9	57,3	5,4	2,5	100,0
Забезпечені	3,0	5,4	11,4	9,0	6,3	59,8	3,0	2,1	100,0
Неодружені	19,6	14,8	3,3	11,5	9,8	36,1	4,9	-	100,0
Одружені	2,6	4,9	9,4	7,4	3,4	66,9	3,6	1,8	100,0
Вдівці (вдови)	2,3	7,5	5,0	0,6	2,3	77,5	2,5	2,3	100,0
Розлучені	3,7	3,7	2,1	14,8	0,9	71,7	2,0	1,1	100,0
З початковою освітою	1,4	5,3	5,5	0,2	1,4	84,1	1,4	0,7	100,0
З нез. серед., середньою	4,3	4,8	6,9	7,5	3,0	69,1	2,5	1,9	100,0
Із серед. спец., вищою	2,9	8,1	16,2	12,9	7,6	41,9	8,1	2,3	100,0
Житлові умови:									
добрі	4,2	4,7	8,9	8,6	4,6	63,2	3,8	2,0	100,0
задовільні	3,0	6,1	8,4	6,3	2,8	68,7	3,3	1,4	100,0
незадовільні	4,3	17,4	4,3	4,3	1,4	65,6	2,0	0,7	100,0
Трудовий стаж:									
до 10 років	13,9	12,8	9,3	25,6	10,3	17,5	5,8	4,8	100,0
10-24	3,0	6,8	11,8	11,3	7,1	52,7	4,7	2,6	100,0
25 і більше	2,3	3,8	7,1	3,1	1,1	79,0	2,6	1,0	100,0

У сільських мешканців у структурі реабілітованих хворих із порушеннями опорно-рухового апарату на 79,6 % більше, ніж у міських, зате в останніх у 6,7 раза більше серцево-судинних хворих, порівняно з жителями сіл. Серед бідних переважають хвороби опорно-рухового апарату (на 40,6 %), а серед забезпечених – хвороби системи кровообігу (в 3,5 раза), сечостатевої системи (у 2,6 раза).

Серед одружених переважають хвороби системи кровообігу (на 88 %) і органів дихання (на 44 %), порівняно з вдівцями і вдовами, в останніх – хвороби опорно-рухового апарату (на 15,8 %), нервової системи й органів чуття (на 53,1 %), порівняно з одруженими.

В осіб із вищою і середньою спеціальною освітою – хвороби нервової системи й органів чуття (на 52,8 %), системи кровообігу (в 2,9 раза), сечостатевої системи (в 64,5 раза), органів травлення (в 5,4 раза), органів дихання (в 5,7 раза), порівняно з особами з початковою освітою, зате в останніх у 2,0 раза переважали хвороби опорно-рухо-

вого апарату, порівняно з людьми з вищою та середньою спеціальною освітою.

Частка хвороб опорно-рухового апарату в осіб з різними житловими умовами була приблизно однаковою. Проте в осіб з добрими житловими умовами переважали хвороби системи кровообігу (в 2,1 раза), сечостатевої системи (у 2 рази), органів травлення (в 3,3 раза), органів дихання (в 1,9 раза), порівняно з особами з незадовільними житловими умовами, натомість в останніх – хвороби нервової системи й органів чуття (в 3,7 раза), порівняно з особами з добрими житловими умовами.

Що стосується трудового стажу, який тісно пов'язаний із віком хворих, то очевидно є перевага серед старшого покоління відносно частоти хвороб опорно-рухового апарату (в осіб із трудовим стажем 25 років і більше він склав 79,0 % усіх реабілітованих, а в осіб зі стажем до 10 років – лише 17,5 %). Тому серед молодих відносно частіше представлені інші хвороби.

Частоту використання методів реабілітації при різних хворобах наведено в таблиці 4.

Таблиця 4. Частота використання методів реабілітації під час різних захворювань (на 100 реабілітованих хворих кожної з груп)

Методи реабілітації	Психічні вади	Хвороби нервової системи й органів чуття	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів дихання	Хвороби органів травлення	Хвороби сечостатевої системи	Хвороби опорно-рухового апарату	Інші
Теплопроцедури	18,9	21,4	33,7	85,7	54,1	88,0	21,1	23,5
Електропроцедури	81,1	66,1	25,6	80,0	78,4	29,3	54,5	58,8
Бальнеопроцедури	100,0	96,4	38,3	5,7	59,4	89,3	96,3	100,0
Масаж	62,2	78,6	38,4	80,0	21,6	8,0	72,1	29,4
ЛФК	24,3	19,6	31,4	77,1	5,4	14,6	33,7	5,9
Грязелікування	18,9	44,6	15,1	14,3	35,1	45,3	75,7	41,2

Як видно з цієї таблиці, сучасні методи реабілітації застосувались при всіх захворюваннях, однак їхня частота була різною. Здебільшого використовували бальнеопроцедури, масаж, електропроцедури.

В осіб із психічними вадами частіше застосовували бальнео-, електропроцедури і масаж; у реабілітованих з приводу хвороб нервової системи й органів чуття – бальнео-, електропроцедури, теплопроцедури, масаж; при хворобах системи кровообігу всі методи реабілітації використовували з приблизно однаковою частотою, за винятком теплолікування, яке застосовували вдвічі рідше; при хворобах сечостатевої системи переважно використовували тепло-, бальнео- та електропроцедури; в осіб із хворобами опорно-рухового

апарату здебільшого вдавались до бальнео-, електропроцедур, теплолікування, масажу, ЛФК; в осіб із хворобами органів дихання – тепло-, електропроцедур та масажу; в осіб із хворобами органів травлення – електро-, бальнео- та теплопроцедур і масажу.

Отже, на підставі вищесказаного можна зробити висновки:

1. Серед реабілітованих переважають жінки (57,5 %) над чоловіками (42,5 %).
2. Медична реабілітація доступніша для забезпечених людей.
3. Дві третини контингентів складають хворі з порушеннями опорно-рухового апарату.
4. Комбінація методів реабілітації специфічна для кожного захворювання.

КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ, КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ

В.С. Киливник, Т.Г. Бакалюк, А.М. Лавриненко, Ю.М. Чопко, В.М. Мартынюк, С.Н. Бойко

Перечень больных, нуждающихся в реабилитации, постоянно возрастает. Это обусловлено все возрастающими возможностями реабилитации. Авторы проводят анализ групп больных, где она проводилась в условиях санатория. Согласно проведенному исследованию, среди реабилитированных преобладают женщины (57,5 %), в структуре заболеваемости – заболевания опорно-двигательного аппарата (65,6 %), городские и сельские жители представлены поровну. Комбинация методов реабилитации специфична для каждого из заболеваний.

PATIENT GROUPS WHICH PASS A MEDICAL REHABILITATION

V.S. Kylyvnik, T.H. Bakaliuk, O.M. Lavrynenko, Yu.M. Chopko, V.M. Martyniuk, S.N. Boiko

The number of patients requiring medical rehabilitation constantly grows. It is caused by growing opportunities of aftertreatment. The authors carry out the analysis of patient groups where rehabilitation was carried out in sanatorium conditions. According to the research results among rehabilitation people prevail the women (57,5 %) and in frame of a case rate - disease of a locomotorium (65,6 %). The urban and village inhabitants are submitted fifty-fifty. The combination of rehabilitation methods aftertreatment is specific to each of diseases.

УДК 616 - 082

І.І. ЛЮЛЯ (Вінниця)

ОРГАНІЗАЦІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РИНКУ

ВАТ “Обласна стоматологічна поліклініка”

Українська охорона здоров'я перебуває на зламі епох. Епоха соціалізму, що відзначалася плановістю ведення господарства і так званою безплатністю медичної допомоги, поступається епосі ринкової, що має визначальну рису – рентабельність.

Однак і в першому, і в другому випадках організаційні засади системи медичної допомоги базуються на стані здоров'я людей та чинниках, що його зумовлюють. Це стосується як системи загалом, так і її окремих підсистем, зокрема стоматологічної.

Патологія зубів і порожнини рота є найпоширенішою. Згідно з дослідженнями, проведеними нами у Вінницькій області, ураження людей нею складає 82,8 %, тобто з п'яти жителів кожен четвертий, навіть більше, має цю хворобу. Однак звертаються за стоматологічною допомогою самостійно лише 40 % осіб. Особливою проблемою є своєчасне виявлення хворих на пародонтоз, бо кількість звертань у декілька разів нижча, порівняно з ураженням.

Питання невідповідності між ураженням людей стоматологічною патологією та кількістю їх звертань за допомогою в радянських умовах намагались вирішити активними методами роботи: періодичними профілактичними оглядами та активним спостереженням за хворими. Профогляди охоплювали все більше груп населення, активне спостереження поширювалося на все більший список хвороб. Позитивний сенс цього підходу до стоматологічної допомоги був беззаперечний, однак кінцевих результатів, на які сподівалися, активні методи роботи не дали.

Організація стоматологічної, як і інших видів медичної допомоги, в умовах ринку повинна ґрунтуватися на балансі попиту та пропозиції. Попит як вияв потреби в допомозі є основою цієї організації. Суть пропозиції полягає в якості й ефективності стоматологічних послуг. Забезпечення балансу попиту і пропозиції повинно ґрунтуватися на оптимальній вартості стоматологічної допомоги.

Однак обмежитись тільки цими міркуваннями, ринковими за суттю, недостатньо.

Річ у тім, що патологія зубів і порожнини рота залежить від багатьох факторів, більшість з яких є соціальними за своєю природою. Найвагоміший вплив, як показали наші дослідження у Вінницькій області, чинять такі фактори, як матеріальний добробут і професія. Вони між собою тісно пов'язані. Найвищий показник захворюваності відмічено в осіб із середнім матеріальним достатком. Особи з високим і низьким матеріальним достатком мають суттєво нижчі рівні захворюваності. На наш погляд, високий рівень матеріального добробуту є причиною ліпшого здоров'я, захворюваність зубів і ротової порожнини в осіб з таким добробутом нижча. Низький рівень матеріального добробуту є причиною невеликої кількості звертань за стоматологічною допомогою.

В умовах ринку вплив цих факторів на організаційні засади стоматологічної допомоги суттєво зростає. На наш погляд, необхідно забезпечити такі визначальні принципи організації стоматологічної допомоги:

- допомогу бідним потрібно забезпечувати за рахунок держави, а також багатих, для яких вводять платні стоматологічні послуги;

- повинні бути збережені в окремих випадках активні форми роботи, передовсім щодо обслуговування дітей та осіб окремих професій;

- підвищення якості й ефективності стоматологічної допомоги за рахунок підвищення її вартості призведе до зменшення кількості звертань не через низьку доступність, а через більш глибоке задоволення потреби у вилікуванні хвороб.

Основною причиною того, що радянська система не досягла задекларованих нею принципів, була її економічна неефективність. За медичною послугою не визнавалося значення товару, звідси її виробництво підлягало не суворій логіці об'єктивних економічних законів, а добрим намірам. Якість та ефективність медичної послуги є синонімом її вартості. Як свідчить досвід, вартість пересічної медичної послуги невпинно знижувалася, що й стало об'єктивною передумовою невпинного погіршення стану медичної допомоги та її кінцевих результатів.

Обласна стоматологічна поліклініка у Вінниці за період з 1991 р. пройшла три послідовних етапи розвитку на шляху ринкових перетворень. У 1992 р. колектив поліклініки взяв її в оренду. Це привчило рахувати й економити кошти, передовсім у матеріально-технічному обслуговуванні. У квітні 1995 р., згідно з рішенням колегії Міністерства охорони здоров'я, поліклініка перейшла на госпрозрахунок із збереженням оплати послуг так званим пільговим групам населення за рахунок бюджету. На цьому етапі було вирішено таке пи-

тання в низці ринкових перетворень – оплату праці медичного персоналу поставлено в пряму залежність від обсягу та якості наданих послуг. Наразті із січня 1997 р. поліклініка стала відкритим акціонерним товариством. Було змінено форму власності: з державної поліклініка перейшла в колективну, або громадську, форму власності. Як відомо, однією з визначальних рис ринку є те, що в ньому вільно почуваються і конкурують між собою три форми власності: державна, громадська та приватна.

Відкрите акціонерне товариство (ВАТ) "Обласна стоматологічна поліклініка" утворено згідно із Законом України "Про приватизацію державних підприємств" від 6 березня 1992 р. та Указом Президента України "Про заходи щодо забезпечення прав громадян на використання приватизаційних майнових сертифікатів" від 26 листопада 1994 р. Акції Товариства придбали в основному працівники поліклініки та члени їх родин, які використали з цією метою свої приватизаційні сертифікати. Однак Товариство відкрито для всіх фізичних та юридичних осіб, які набули права власності на акції Товариства в процесі приватизації, випуску нових акцій та на вторинному ринку цінних паперів.

Перехід на колективну форму власності, запровадження ринкових механізмів повною мірою дозволили втілити в життя принципи, які не лише допомогли вижити в ці скрутні часи, а й значно поліпшили якість стоматологічної допомоги людям.

По-перше, ВАТ залишило під своєю опікою пільгові прошарки населення. Їхня чисельність складає понад 12 тис. осіб. На обслуговування цих людей поліклініка щорічно укладає договір з управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації. Але фінансування держзамовлення відбувається нерегулярно, із запізненням у декілька місяців. Тому Товариство бере на себе фінансування допомоги пільговим категоріям за рахунок доходів, отриманих від надання платних послуг. Таким чином, принцип "багаті платять за бідних" отримав своє реальне втілення.

Другим, не менш важливим досягненням стала ліквідація тінєвих медичних послуг. Не секрет, що в стоматологічних закладах, які знаходяться на бюджетному фінансуванні, коштів катастрофічно не вистачає. Це зумовило, всупереч конституційним нормам, введення незаконних послуг як доплати за матеріали, а фактично – поборів за весь обсяг робіт. В умовах акціонування побори з пацієнтів стають неприйнятними. Акціонування легалізує оплату праці медпрацівникам залежно від виконаної роботи. Хворий не думає, з чим іти до лікаря. Він офіційно платить і отримує відповідну послугу. Його права захищені. За рахунок оплаче-

них послуг поповнюються міський і обласний бюджети.

По-третє, запроваджено гнучку систему ціноутворення. Пломбування зуба з неускладненим карієсом при використанні вітчизняних матеріалів обходиться в середньому 9,5 грн., імпортованих – 25,6 грн. Це якщо йдеться про хімічні композиційні матеріали. При застосуванні більш якісних фотокомпозитних матеріалів вартість послуги зростає від 43,2 до 80,1 грн. ("Спектрум" фірми "Дентсплай").

Лікування ускладнених форм карієсу, яке включає знеболювання, пломбування каналів, фізіотерапію, при використанні вітчизняних матеріалів коштує 20-30 грн., імпортованих – 33-48 грн. залежно від зуба. При бажанні лікування ускладнених форм карієсу можна провести в одне відвідування.

Звісно, механізм ціноутворення потребує подальшого вдосконалення. Основне завдання полягає в розробці оптимальних цін із врахуванням багатьох складових цього процесу: зростання заробітної плати медпрацівників, збільшення гарантійного терміну лікування, забезпечення відповідного рівня рентабельності, який би дозволяв розширювати виробництво та забезпечувати якісною стоматологічною допомогою пільгові прошарки пацієнтів. Пошуки у цьому напрямку тривають.

Майже чотирирічний досвід роботи в умовах ВАТ сприяв матеріально-технічній модернізації поліклініки та суттєвому поліпшенню кінцевих результатів роботи. Запроваджено гнучку, постійно діючу систему підвищення кваліфікації медичних кадрів шляхом стажування на різноманітних платних курсах. Придбано для лікувально-хірургічного й ортопедичного відділень сучасні імпортовані установки "Ергостар-92S", "Хірадент" (Словакія), "Лазер" (Бразилія), "Персонал" (США), полімеризаційні лампи (США) для реставраційних робіт у порожнині рота.

Є великий вибір найкращих пломбувальних матеріалів відомих у світі фірм "Дентсплай", "Керр", "ЗМ" та ін.

Розв'язано проблему знеболювання при лікуванні й хірургічних втручаннях завдяки застосуванню таких анестетиків, як ультракаїн (Німеччина).

Дефекти коронок зубів здебільшого відновлюють за допомогою згаданих пломбувальних матеріалів методом реставрації. Коли ж це неможливо або треба відновити відсутні зуби – в ортопедичному відділенні запропонують сучасні види протезів із використанням металопластмаси та металокераміки.

На всі види роботи даємо гарантії до двох років. Повноцінне й ефективне лікування зубів, слизової оболонки і пародонта неможливе без застосування фізіотерапевтичних методів. У поліклініці діє універсальна фізіотерапевтична установка, на якій можна отримати гідромасаж з вуглекис-

лотою, лікарськими рослинами, необхідними в комплексному лікуванні пародонта.

Для діагностики і контролю за якістю лікування ускладненого карієсу в рентгенологічному кабінеті є панорамний рентгеноапарат, за допомогою якого на одному знімку можна отримати рентгенографію всіх зубів, навкол зубних тканин або щелеп.

Обласна стоматологічна поліклініка як консультативний центр опрацьовує всі методики, випробовує нові матеріали і потім пропонує їх лікарям Вінниччини.

Протягом 1997-1999 рр. і 9 місяців поточного року було виконано такий обсяг робіт.

Лікувально-хірургічну допомогу отримали 31375 чол., з них 12139 – особи пільгових категорій. За цей період запломбовано 47948 зубів, з них 18730 – пільговим категоріям.

Закінчено лікування 1416 пародонтологічних хворих, з них 1025 – пільгові категорії.

Лікарем-ортодонтом прийнято 2580 дітей, взято на диспансерний облік 1887, оздоровлено 350, виготовлено 2062 ортодонтичних апаратів.

Переважає більшість дітей, які отримали ортодонтичну допомогу, – мешканці сільської місцевості.

Лікарями-ортопедами надано зубопротезну допомогу 6488 чол., з них 4679 чол. отримали її безкоштовно (в тому числі 1273 інваліди та учасники війни).

Протягом трьох останніх років і 9 місяців цього року платних послуг населенню надано на суму 1336 грн., що становить 64 % від загального обсягу послуг.

За останні чотири роки в поліклініці впроваджено:

□ використання нових пломбувальних матеріалів провідних фірм "Дентсплай", "ЗМ", "Керр" для художньої реставрації, "Спектрум", "Шурфіл", "Валюкс плюс", "Сілюкс плюс", "Філтек", "Револушн" та ін. для пломбування зубів;

□ виготовлення адгезивних протезів та шинування рухомих зубів при захворюваннях пародонта за допомогою систем "Ріббонд", "Glasspan";

□ операції живлення штучних імплантатів у щелепи;

□ відновлення кінцевих дефектів зубних рядів протезами з використанням атачментів та імплантатів;

□ металокерамічні протези із застосуванням керамічної маси "Кармен", "Ultropaline";

□ клаптеві операції в комплексному лікуванні захворювань пародонта.

Вирішуються і соціальні питання працівників ВАТ. Середня заробітна плата на одного працівника становила 184 грн., зокрема зарплата лікаря – 286 грн.

ВАТ "Обласна стоматологічна поліклініка" – консультативний і організаційно-методичний

центр, який здійснює координацію підвідомчих стоматологічних закладів області.

На базі обласної стоматологічної поліклініки діє інформаційно-аналітичний відділ, який аналізує звітну документацію, що надходить із стоматологічних закладів області всіх форм власності, контролює якість стоматологічної допомоги, видає консультативні висновки хворим, які звернулись зі скаргою на проведене лікування в інших закладах області.

Важливе місце в роботі інформаційно-аналітичного відділу займають організація виїздів у райони (11-12 виїздів щороку), проведення консультацій, семінарів, участь у колегіях управління охорони здоров'я, у медрадах районів (2-3 медради на рік).

Таким чином, створення Товариства на базі обласної стоматологічної поліклініки дало змогу поліпшити якість стоматологічної допомоги населенню області.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЫНКА

И.И. Люля (Винница)

Представлены итоги деятельности Винницкой областной стоматологической поликлиники. Поликлиника стала открытым акционерным обществом. Дана характеристика наиболее важных, положительных изменений в деятельности поликлиники, обеспечении населения стоматологической помощью. Освещены некоторые аспекты, влияющие на качество оказания стоматологической помощи.

ORGANIZATIO STOMATOLOGICAL CARE IN THE MARKET CONDICIONS

I.I. Lulya (Vinnitca)

The total report of the stomatological care in Vinnitca has been presented. The polyclinics is Open Actionary Assotiation (OAA) now. The main positive moments of public health, providing the population with stomatological care and madical products of import and domestic origin, preventive health care. Some aspects facing the stomatological care quality rendering to the Ukrainian population have been shown.

УДК 618.1 – 07:616-073.75:616-076

С.В. ЛУКАШУК-ФЕДИК

СКРИНІНГ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕСТІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Частота запальних захворювань внутрішніх статевих органів залишається досить високою, і питання діагностики, адекватного лікування та реабілітації є важливою складовою частиною проблеми охорони здоров'я жінки. Науково обґрунтована і правильно організована допомога людям із запальними захворюваннями геніталій значно впливає на працездатність, соціальну активність, стабільність сімейних відносин, генеративну функцію. Впровадження сучасних методів діагностики (клінічних, рентгенологічних, біохімічних, ехогра-

фічних, ангіографічних) дозволяє більш глибоко вивчити причини виникнення захворювання, диференційовано підійти до призначення методів корекції, що позитивно впливає на кінцеві результати терапії. Проте протягом останнього десятиріччя спостерігається еволюція структури і клінічного перебігу запальних захворювань, що значно ускладнює сучасну діагностику, критерії клінічного видужання і реабілітацію. Враховуючи невеликий обсяг літературних даних про гормональну функцію яєчників у хворих із хронічним ре-

цидивним запаленням придатків матки, ми вивчали це питання за допомогою тестів функціональної діагностики (цитологічний метод, феномен "зіниці", феномен кристалізації шийкового слизу, вимірювання базальної температури).

З метою вивчення варіації клітин піхвових зразків під час нормального менструального циклу і побудови стандартної кривої естрогенної та прогестеронової активності обстежено 10 здорових жінок, у яких при клінічному обстеженні не було виявлено патологічних змін. Їх вік – від 18 до 30 років. Менструації у всіх почалися в межах 12-14 років, встановились відразу, в помірній кількості, по 3-5 днів, через 26-28 днів, неболючі. Генеративна та інші функції не порушені, в анамнезі запальні захворювання геніталій не визначалися.

Для отримання повної картини функціонального стану яєчників як здорових, так і хворих жінок обстеження здійснювали в динаміці. Дослідження проводили через 2-3 дні протягом менструального циклу. У хворих дослідження проводили до і після лікування. При цьому, як правило, враховували день менструального циклу. Всього проведено 511 досліджень піхвових мазків (у тому числі 98 досліджень у здорових жінок). На основі вивчення кольпоцитограм 10 менструальних циклів здорових жінок було побудовано відповідні графіки, які становили критерії нормального менструального циклу. Дані зведеної кольпоцитограми свідчили, що індекси пікнозу й ацидофілії (які відображають естрогенну активність організму), починаючи з 6-го дня менструального циклу, стали збільшуватись. У кінці фолікулінової фази відбувається різкий підйом, який збігається з овуляцією, відображаючи вершину естрогенної активності. Після овуляції естрогенна активність знижується, у зв'язку з чим відбувається зменшення індексу пікнозу й ацидофілії на 35% і 25% відповідно. Індекс дозрівання епітеліальних клітин ще чіткіше відображає як фолікулінову, так і лютеїнову фази. Показники складчастості й групування епітеліальних клітин відображають в основному лютеїнову фазу і змінюються протилежно до показників естрогенної активності, знаходячись на низькому рівні (++, -, +), на початку фази проліферації до моменту овуляції вони практично рівні нулю, а потім різко підвищуються, досягаючи максимуму в середині лютеїнової фази. Феномен "зіниці" й феномен кристалізації шийкового слизу найбільш чітко виражені на 12-15 день менструального циклу, а у подальшому слиз цервікального каналу значно змінюється, що проявляється зникненням феномена "зіниці" й руйнуванням феномена кристалізації. При вимірюванні базальної температури отримано двофазну термічну криву, причому різниця у температурі коливалась у межах 0,3-0,6°.

Під наглядом знаходилося 47 жінок віком від 18 до 35 років із хронічним рецидивним запаленням придатків матки. У 19 із них тривалість захворювання – від 1 до 3 років, у 23 – від 4 до 6 років, і у 5 –

понад 7 років. Як свідчать анамнестичні дані, настання менструальної функції у віці 11-14 років відмічено у 39 жінок, після 15 років – у 8. Регулярні менструальні цикли (24-28-денні) були у 43 жінок, нерегулярні (за типом олігоменореї) – у 4. Явища гіпоменореї виникли у 3 жінок, гіперменореї – у 8, перименструальний синдром – у 5.

При детальному вивченні кольпоцитограм та інших тестів функціональної діагностики було встановлено, що у більшості з обстежених жінок менструальні цикли не відповідали критеріям нормального менструального циклу, хоча в анамнезі на порушення менструальної функції вказували далеко не всі жінки. Враховуючи вищесказане, всіх хворих поділили на 2 групи.

У хворих першої групи, до якої увійшло 36 жінок, було виявлено різні зміни гормональної функції яєчників: 3 – ановуляторні цикли, в 11 – недостатність лютеїнової фази, у 22 – помірну недостатність фолікулінової та лютеїнової фаз. У 2 жінок з ановуляторними циклами виявлено, крім того, знижену фолікулінову активність, яка, очевидно, зумовлена атрезією фолікулів (каріопікнотичний індекс (КПІ) – 40-50 %, ацидофільний індекс (АІ) – 25-30 %, індекс дозрівання – в середньому 5/30/65, індекс складчастості та групування епітеліальних клітин був рівним (++)), феномен "зіниці" та феномен кристалізації шийкового слизу – слабопозитивними). У третьої жінки з ановуляторним циклом естрогенна функція яєчника була нормальною.

Неповноцінність лютеїнової фази встановлено в 11 хворих. У цих жінок каріопікнотичний індекс (на 12-15 день менструального циклу) – 65-70 %, ацидофільний індекс – 45-55 %, індекс дозрівання – 25/50/25, індекс складчастості та групування епітеліальних клітин був слабопозитивним (+-).

У 22 хворих встановлено помірну недостатність фолікулінової і лютеїнової фаз менструального циклу. На 12-15 день менструального циклу: КПІ – 40-50 %, АІ – 30-35 %, індекс дозрівання – 15/45/40, феномен "зіниці" та феномен кристалізації шийкового слизу, а також індекс складчастості та групування епітеліальних клітин, слабопозитивні (+-). Таким чином, зниження естрогенної і лютеїнової активності свідчить про те, що при хронічних запальних захворюваннях придатків матки порушуються функції яєчників.

До другої групи увійшло 11 хворих із хронічним запаленням придатків матки, в яких при вивченні тестів функціональної діагностики не було виявлено порушень гормональної функції яєчників. У цих жінок зміни КПІ й АІ були в межах норми з максимальним піком у середині циклу до 65-80% і 50-60% відповідно. Індекс дозрівання епітеліальних клітин чітко змінювався залежно від фази менструального циклу, проте відсоток клітин верхнього ряду з пікнотичним ядром не перевищував 10 %, що, у свою чергу, вказує на можливе порушення в естрогенних гормонах при нормальній функції яєчників. Не виключено, що

зменшення активності естрогенів є одним із ранніх симптомів порушення функції яєчників. Проте це припущення базується на невеликій кількості спостережень і вимагає подальшого вивчення.

Таким чином, у результаті проведених досліджень було виявлено, що у більшості жінок із хронічним рецидивним запаленням придатків матки були різні порушення гормональної функції яєчників. У зв'язку із цим, не можна виключати того аспекту, що порушення функції яєчників, яке виникло внаслідок запального процесу внутрішніх статевих органів, може бути однією з причин патологічного перебігу основного захворювання і розвитку рецидивних форм запальних захворювань жіночих геніталій.

Проведені кольпоцитологічні та інші дослідження

під час і після лікування (лікування проводили шляхом імунізації стафілококовим анатоксином у поєднанні з плазмоллом і алое) свідчать про покращання функції яєчників, що проявилось у підвищенні значень індексу дозрівання, складчастості та групування епітеліальних клітин. Крім того, всі жінки відмічали, що після проведеного лікування почувають себе значно краще, а менструація, яка почалась вчасно, у більшості тих, хто знаходився під наглядом, пройшла нормально.

Отже, хворим із хронічними запальними процесами статевих органів поряд з іншими видами обстеження необхідно вивчати функції яєчників не лише при порушеному, але й при збереженому ритмі менструацій. Це буде сприяти більш активній і патогенетично обґрунтованій терапії.

Висновки:

1. Методи функціональної діагностики у переважній більшості хворих із рецидивним хронічним запаленням геніталій дозволяють виявити різні порушення функції яєчників.
2. При вивченні кольпоцитогам встановлено 4 типи порушень гормональної рівноваги. Найчастіше спостерігається помірна недостатність фолікулінової та лютеїнової фаз.
3. Кольпоцитологічний метод у поєднанні з іншими тестами функціональної діагностики – це цінний метод обстеження хворих, результати якого можуть допомогти виробити правильну тактику лікаря і зменшити кількість нерозпізнаних випадків порушення гормональної функції яєчників.

СКРИНИНГ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ ТЕСТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

С.В. Лукашук-Федик (Тернополь)

Целью данного исследования было изучение гормональной функции яичников больных, страдающих хроническим рецидивирующим воспалением придатков матки при помощи тестов функциональной диагностики.

Обследовано 10 здоровых и 47 больных женщин. В результате проводимых исследований все больные были распределены в 2 группы. У больных первой группы (36 женщин) было выявлено разные патологические отклонения гормональной функции яичников: у 3 женщин – ановуляторный цикл, у 11 – недостаточность лютеиновой фазы, у 22 – умеренную недостаточность фолликулиновой и лютеиновой фаз. Во вторую группу вошло 11 больных, у которых в результате проведенных тестов функциональной диагностики не было установлено нарушений гормональной функции яичников.

Проводимые исследования во время лечения и по его окончании свидетельствовали об улучшении функции яичников, что дало возможность сделать выводы о том, что методы функциональной диагностики, применяемые для обследования больных с рецидивирующими процессами гениталий, разрешают установить различные нарушения функций яичников. Кольпоцитологический метод в сочетании с другими тестами функциональной диагностики – это ценный метод обследования больных, данные которого могут помочь лечащему врачу в выборе тактики лечения и уменьшить количество неустановленных случаев нарушения гормональной функции яичников.

SCREENING OF GYNAECOLOGIC DISEASES BY MEANS OF FUNCTIONAL DIAGNOSTICS TESTS

S.V. Lukashchuk-Fedyk

The purpose of this research was studying the ovaries hormonal function in the patients suffering from chronic relapse inflammation of the uterus appendage by means of the functional diagnostics tests.

Ten healthy and forty-seven sick females were examined. In the result of the conducted examination all the patients were divided into two groups. In the patients of the first group which consisted of 36 women there were revealed various changes of the ovaries hormonal function: three women had anovulatory cycle, eleven women had insufficiency of the lutein phase and twenty-two women had moderate insufficiency of the folliculine and lutein phases. In the result of the conducted functional diagnostics tests the second group of 11 patients did not reveal ovaries hormonal malfunctions.

Medical examination conducted during the treatment and after it testified to the improvement of the ovaries function which allowed to conclude that the methods of functional diagnostics make it possible to discover various ovaries malfunctions in the patients with chronic relapse inflammation of the uterus appendage. Colpocitological method in the combination with other functional diagnostics tests is a very valuable method of examining patients, the data of which may help to develop the correct tactics of the physician and reduce the number of the unidentified cases of the ovaries hormone malfunctions.

УДК 616-082-053

М.М. БУРТНЯК, Д.М. ВИШТИКАЛЮК

ДЕЯКІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної адміністрації

Одним з основних напрямків реформування охорони здоров'я на сучасному етапі є реорганізація первинної медико-санітарної допомоги. При цьому необхідно враховувати особливості надання медичної допомоги в сільській місцевості. На сьогодні первинна медико-санітарна допомога сільському населенню надається середнім медперсоналом ФАПів, дільничними терапевтами і педіатрами сільських лікарських амбулаторій та приписних дільниць районних лікарень, періодично-виїзними бригадами вузькопрофільних спеціалістів, в окремих випадках сімейними лікарями та спеціалістами інших фахів. Потреба сільського населення в медичній допомозі з кожним роком зростає, але доступність її в силу різних причин суттєво знижується (погіршення інфраструктури села, зниження життєвого рівня, зношеність матеріально-технічної бази наявних лікувально-профілактичних закладів, вкрай недостатнє фінансування і тривала заборгованість з виплатою заробітної плати медичним працівникам, що призводить до поступового відтоку кадрів з лікарських амбулаторій і ФАПів, зневіра населення в можливості сільської медицини та ін). Усе частіше хворі звертаються за медичною допомогою несвоєчасно, із занедбаною патологією, у важкому стані.

У сільській місцевості Тернопільській області нараховується 667 тис. жителів, що складає 57,8 % із загальної кількості населення області. Вони мешкають у 1007 населених пунктах, зокрема в 73 населених пунктах з кількістю жителів понад 1500, в 138 – понад 1000, в 162 – понад 700, в 187 –

понад 500, в 209 – понад 300, 196 – понад 100 і в 41 – менше 100 жителів. Із 1007 сіл автобусним сполученням забезпечені лише 490.

Кількість відвідувань на 1 жителя в сільській місцевості в 2,5 раза нижча, ніж у містах, причому 44,3 % звертань – до фельдшерів і акушерок.

Діючі малопотужні сільські дільничні лікарні використовуються неефективно, економічно вони не вигідні, забезпечити достатній рівень медичної допомоги в них в нинішніх умовах неможливо через недостатнє фінансування. Ці заклади неперспективні. Отже, доцільність реформування ПМСД, насамперед у сільській місцевості, очевидна.

Проте реформування первинної медико-санітарної допомоги буде ефективним, якщо проводити його в комплексі з реформуванням усієї системи медичної допомоги населенню. Первинну медико-санітарну допомогу повинна забезпечувати державна мережа. Важливо, щоб виконавча влада всіх рівнів включала у свою систему роботи макрополітичні й макроекономічні пріоритети охорони здоров'я та медичної допомоги.

Пропонується один із варіантів реформування первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості.

1. Амбулаторно-поліклінічна допомога.

Світова практика свідчить, що найефективнішу первинну медико-санітарну допомогу забезпечує сімейна медицина. Це особливо актуально в сільській місцевості. Правильно організована робота лікаря загальної практики (сімейного лікаря) забезпечить ранню діагностику хвороб і результативне лі-

кування "рутинної патології", яка складає до 85 % всіх захворювань, а також здійснення ним профілактичних заходів. Завдання первинної ланки медичної допомоги – зробити профілактичну допомогу достатньою, адекватною та прийнятною. Вона охоплює всі стратегії і державні програми охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях для того, щоб люди могли активно боротися за поліпшення стану свого здоров'я. Первинна медична допомога – це базисна допомога, за якою перш за все звертається людина у випадках захворювань із легким перебігом. Медичний персонал первинної ланки несе відповідальність за здоров'я пацієнта, при потребі направляє хворого до установ вторинної і третинної ланок медичної допомоги та координує допомогу в усіх його проблемах зі здоров'ям. Це може забезпечити лікар загальної практики (сімейний лікар).

Враховуючи багатогранність діяльності лікаря загальної практики, специфіку розселення сільських жителів, доцільно посади сімейних лікарів вводити для кількості населення від 1000 до 1200 мешканців. Лікарі загальної практики можуть працювати самостійно або в складі бригад, поліклінік сімейних лікарів.

У штат амбулаторій сімейних лікарів необхідно вводити по 2 помічники на кожного лікаря із числа фельдшерів, акушерок, медичних сестер. Якщо за сімейним лікарем закріплено декілька населених пунктів із кількістю мешканців понад 300 осіб при наявності в них ФАПів, доцільно зберегти вказані ФАПи, а фельдшерів, які працюють у них, спеціалізувати в помічників лікаря.

Амбулаторії сімейних лікарів можуть організуватися на базі погужених дільничних лікарень, лікарських амбулаторій, поліклінік районних і центральних районних лікарень.

Вони можуть використовуватися і як центри дообстеження хворих (рентгенівське, УЗД, ехокардіоскопія, лабораторне, біохімічне, імунологічне, серологічне та ін.) і консультацій спеціалістами.

2. Стаціонарна допомога.

Сільські дільничні лікарні не доцільні, не ефективні, економічно не вигідні, не перспективні, за винятком тих, які розташовані на віддалі понад 25-30 км від районної або центральної районної лікарні.

Оптимальним варіантом організації стаціонарної допомоги сільському населенню в нинішніх умовах є концентрація всього ліжкового фонду в багатопрофільних ЦРЛ. На базі наявних дільничних лікарень можуть бути розгорнуті амбулаторії сімейних лікарів із центрами дообстеження і консультацій хворих та ліжка денного стаціонару (до 10).

В окремих із них розгортають ліжка сестринського нагляду, або ліжка для осіб похилого віку й одиноких у системі соціального захисту населення.

У номерних райлікарнях доцільно залишити (розгорнути) ліжка інтенсивної терапії, терапевтичні, со-

матичні дитячі, для відновного лікування, пологові відділи з розрахунку 36-40 ліжок на 10 тис. населення.

В амбулаторіях сімейного лікаря, що працюють самостійно, варто розгорнути по 1-2 ліжка денного стаціонару. В сільській місцевості необхідно широко використовувати домашні стаціонари.

Для впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я потрібно створити відповідні умови.

Умови роботи сімейного лікаря

1. Для кожного лікаря загальної практики в сільській місцевості необхідні індивідуальний малолітражний автомобіль на пільгових умовах, обов'язково пейджерний, мобільний чи сотовий зв'язок.

2. Надання сімейним дільницям, амбулаторіям самостійного адміністративного і фінансового статусу, зокрема збереження бюджетного фінансування сімейної медицини. У нинішніх умовах фінансового дефіциту можливі й доцільні пошуки інших джерел фінансування сімейного лікаря (громадські, благодійні фонди, додаткове фінансове забезпечення, приватна практика окремих сімейних лікарів).

3. Застосування гнучких нормативів розгортання амбулаторій сімейних лікарів із розрахунку на 1000-1200 мешканців. У разі потреби (віддалені населені пункти, бажання населення збільшити чи зменшити кількість мешканців на одній сімейній дільниці) доцільно встановити відповідну доплату або недоплату лікарю (наприклад, на 10 % за кожних 100 мешканців), обмежити максимальноможливу кількість населення на одній дільниці (2500).

4. Допустиме і бажане об'єднання сімейних лікарів у бригади, амбулаторії суто за територіальним принципом і наявністю відповідної інфраструктури, іноді без врахування адміністративного районного поділу. Таке об'єднання має суттєві переваги (більш раціональне використання обладнання, оснащення, взаємозаміна лікарів на час їх відпусток, хвороби, взаємні консультації, постійний обмін досвідом, навчання, можливість більш поглибленої спеціалізації).

5. Закріплення сімейного лікаря в сільській місцевості (надання житла, пільгові кредити на будівництво житла або сприяння забезпеченню будматеріалами, сприяння підготовці місцевих кадрів, наприклад, за держзамовленням цільове направлення із шкіл, де передбачаються амбулаторії сімейних лікарів, на контрактних умовах).

6. Узаконення динамічної системи оплати праці сімейних лікарів (надбавки за наднормативне населення на дільниці, за тривалість надання медичної допомоги протягом доби, за обсяг і якість надання медичних послуг, за розширення функції та ін.) хоча б на першому етапі. Надалі – оплата за медичні послуги (нарахування заробітної плати після здавання табеля та звітної форми, де вказується амбулаторний прийом).

7. Мінімальне оснащення амбулаторій сімейного лікаря хоча б для рутинних обстежень і надання невід-

кладної медичної допомоги (орієнтовно є перелік обладнання амбулаторій сімейних лікарів медичною технічною і апаратурою з проекту наказу МОЗ за 1996 рік).

8. Розширення експертних функцій сімейного лікаря, дозволивши йому видавати лікарняні листи при певних патологіях у межах середньопринятих термінів лікування на весь період лікування, а не в межах застарілої інструкції щодо видачі лікарняних листків.

9. Спрощення ведення сімейним лікарем обліково-звітної документації. Доцільно зберегти такі документи:

- медичну карту амбулаторного хворого;
- журнал диспансерного спостереження за хворим;
- щоденник роботи лікаря;
- документація щодо ведення денних і домашніх стаціонарів;
- паспорт дільниці амбулаторії;
- історію розвитку дитини;
- журнал спостереження за вагітними;
- журнал реєстрації лікарняних листів;
- журнал реєстрації втрати сімейної працездатності;
- журнал санітарно-освітньої роботи;
- журнал викликів додому;
- журнал оперативних втручань;
- журнал лабораторних досліджень;
- журнал функціональних досліджень і ЕКГ;
- журнал проведених фізіопроцедур;
- журнал профщеплення;
- журнал маніпуляцій.

10. Визначення показників і критеріїв діяльності сімейного лікаря.

11. Медикаментозне забезпечення. Зберегти або відкрити аптечні пункти в амбулаторіях сімейних лікарів на договірній основі між сімейними лікарями й аптеками.

12. При бригадній системі сімейних лікарів дотримуватись принципу вільного вибору лікаря. Тут по-

винна спрацювати угода між сімейними лікарем і пацієнтом, де чітко сформульовано права й обов'язки обох. Доцільна тристороння угода із включенням стаціонарної і спеціалізованої допомоги на рівні ЦРЛ.

13. Реформування підготовки сімейних лікарів і помічників, їх ліцензування.

Спеціалізація й удосконалення сімейних лікарів

Потребує вдосконалення підготовка сімейних лікарів на базі інтернатури і спеціалізації їх з числа спеціалістів інших профілів.

На сьогодні основним може залишатись 6-річне навчання в медичних ВНЗ, що випускають лікарів-лікувальників, із незначною корекцією програми.

Підготовка лікарів-інтернів повинна проходити на базі амбулаторно-поліклінічних закладів ЦРЛ, НРЛ і навіть амбулаторій сімейних лікарів із залученням останніх до викладацької роботи.

Адже на клінічних кафедрах концентруються найскладніші хворі – "вершина айсберга патології", а з патологією, з якою повсякдень стикається кожен лікар первинної ланки, він ознайомлюється лише теоретично.

У програмі необхідно передбачати ліцензування підготовлених лікарів, згідно з професіограмою, з участю головних штатних і позаштатних спеціалістів. У ліцензіях потрібно чітко визначати обсяг роботи, що дозволяється лікарю на даний час з кожного профілю.

Надалі сімейний лікар самостійно поглиблює свої знання з вибраного ним фаху за принципом тематичного удосконалення. Один раз на 3 роки (або 5) лікар повторно проходить ліцензування. Надбавки до заробітної плати будуть залежати не від категорії, а від обсягу знань і навичок, що дозволяються йому ліцензією для практичної діяльності.

Це стосується спеціалізації та вдосконалення із сімейної медицини лікарів інших профілів (на базі амбулаторно-поліклінічних закладів – 70 % часу навчання, 25 % – лекційний матеріал, 5 % – ліцензування з 6-місячної програми підготовки).

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

М.Н. Буртняк, Д.М. Виштыкалюк (Тернополь)

Освещены вопросы реформирования первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. Подчеркнута необходимость внедрения семейной медицины в здравоохранение сельской местности, в частности создание условий для работы семейного врача, усовершенствования подготовки семейных врачей в интернатуре и на курсах специализации.

SOME ASPECTS OF THE PRIMARY MEDICAL AND SANITARY ASSISTANCE REFORMING IN THE COUNTRY-SIDE

M.N. Burtniak, D.M. Vyshtykaliuk (Ternopil)

Issues of the primary medical and sanitary assistance reforming for villagers have been explicated. The necessity of the of family medicine implementing in the health care of country-side, providing conditions for work of the family-practice doctor, and improving training of the family practice doctors in the residence and professional courses in particular, have been emphasized.

О.Н. ЛИТВИНОВА, О.С. КУЗНЕЦЬ

СОЦІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УПРАВЛІНСЬКИХ КАДРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ БАЗОВОГО РІВНЯ

Тернопільська державна медична академія, управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації

Для визначення соціологічної характеристики управлінських кадрів у системі охорони здоров'я України нами проведено соціологічне опитування останніх, зокрема головних лікарів лікувальних закладів та їх заступників.

Опитувальний лист містив 40 запитань, які характеризували управлінські кадри щодо соціальної та психологічної характеристики і професійної спроможності.

Аналіз анкетування керівників системи охорони здоров'я Тернопільської області показав, що в обстеженні взяв участь 41 респондент віком від 37 до 64 років.

За віковим складом керівники лікувальних закладів Тернопільської області розподілились таким чином: понад 60 років – (9,8±4,6) %, 50-60 років – (29,3±7,1) %, 40-50 років – (48,8±7,8) % і до 40 років – (12,2±5,1) %.

За національністю лише один респондент – росіянин, решта – українці, рідна мова у всіх – українська, мова спілкування у всіх – теж українська, лише 3 респонденти вказали мовою спілкування російську.

Серед усіх респондентів лише 6 жінок, що становить (14,6±5,5) %.

Аналіз місця народження, навчання та роботи показав, що міграція незначна. (56,1±7,8) % народились і працюють у Тернопільській області, (26,8±6,9) % народились на Західній Україні (Волинь, Рівненська, Хмельницька, Івано-Франківська, Чернівецька області) і лише (12,2±5,1) % – на Східній Україні.

Тільки один респондент закінчив Вінницький медичний інститут, (19,5±6,2) % – західні медичні вищі навчальні заклади (Львів, Івано-Франківськ, Чернівці), решта – Тернопільський медичний інститут.

Керівники закладів охорони здоров'я походять порівну із селян та службовців (по (43,9±7,8) %) і (12,2±5,1) % – із сімей робітників.

(95,1±3,4) % керівників одружені, інші розлучені. (70,7±7,1) % із них мають по двоє дітей і (29,3±7,1) % – по одній дитині. Бездітних і таких, в яких троє та більше дітей, немає.

Аналіз умов проживання керівників системи охорони здоров'я Тернопільської області показав, що (42,5±8,5) % забезпечені житлом із розрахунку 8-12 м² на одного члена сім'ї, (32,0±7,6) % – 13-19 м² і (27,5±7,0) % – понад 20 м².

Щомісячний дохід у гривнях на одного члена сім'ї в межах 70 грн. мають (31,7±7,3) % респондентів, 120 грн. – (56,1±7,8) % і понад 200 грн. – (12,2±5,1) %.

Аналіз матеріального добробуту проводили за наявністю особистих речей вищого рівня забезпеченості, таких, як автомобіль, комп'ютер, морозильна камера, приватний будинок, відеокамера, автоматична пральна машина.

Усіма предметами вищого добробуту забезпечені лише 2 респонденти, (61,0±7,6) % мають власний автомобіль, (31,7±7,3) % – автоматичну пральну машину, (26,8±6,9) % – морозильні камери, (24,4±6,7) % – свій приватний будинок.

Ризик для здоров'я оцінювали за окремими чинниками, які негативно впливають на стан здоров'я, а саме: вживання алкоголю, куріння, нерациональне харчування, сидячий спосіб життя, психоемоційні перевантаження, наявність стресових ситуацій та ін.

Так, епізодичне куріння характерне для (17,1±5,9) % респондентів, постійне – для (14,6±5,5) %. Епізодично вживають алкоголь (56,1±7,8) % керівників системи охорони здоров'я.

Постійно нерационально харчуються (36,6±7,5) %, епізодично – (39,0±7,6) %. Сидячий спосіб життя ведуть (56,1±7,8) % респондентів. Як показав аналіз, негативному психогенному впливові тією чи іншою мірою піддаються всі керівники системи охорони здоров'я. Постійні психоемоційні навантаження виникають у (39,0±7,6) %, періодичні – у (46,3±7,8) %, не відчувають їх лише (14,6±5,5) % керівників. Епізодичні стресові ситуації відмічають (63,4±7,5) % керівників, а в постійному стресі знаходяться (21,95±6,5) %.

Дослідження типів темпераменту за Гіппократом показало, що (68,3±7,3) % керівників – переважно сангвініки, (24,4±6,7) % – здебільшого холерики.

За впливом на людей (29,3±7,1) % керівників вважають себе лідерами, (24,4±6,7) % – керованими і (46,3±7,8) % залежно від обставин поведуть себе то як лідери, то як керовані.

За типом особистості по (17,1±5,9) % керівників вважають себе екстравертами та інтровертами відповідно, а (65,9±7,4) % відповіли, що не знають свого типу особистості.

Загальний стаж на керівній посаді великий у більшості керівників, що підтверджує положення, за яким основною вимогою до майбутнього керівника є наявність стажу роботи на керівній посаді. Так, (31,7±7,3) % керівників системи охорони здоров'я мають стаж керівної роботи 16-20 років, (24,4±6,7) % – понад 20 років, однакова кількість респондентів (17,1±5,9) % – 6-10 і 11-15 років, лише (9,8±4,6) % осіб працюють на керівній посаді до 5 років.

Аналіз стажу роботи на даній керівній посаді показав досить високу сталість кадрового керівного складу. По (31,7±7,3) % працюють на одній (останній) посаді до 5 і 6-10 років, (17,1±5,9) % респондентів – 11-15 років, (19,5±6,2) % – понад 16 років.

Викликає інтерес аналіз загального стажу перед тим як людина обійме керівну посаду. Без стажу і зі стажем до 3 років керівниками стало (19,5±6,2) %, із стажем 3-5 років на посаду керівників вперше потрапило (26,8±6,9) %, 6-10 років – (39,02±7,6) %. Після 10 років роботи практичним лікарем керівниками стало (14,6±5,5) % опитаних.

У резерві на керівну посаду знаходилось лише (51,2±7,8) % керівників, з них: до 3 років – (42,9±10,8) %, від 3 до 5 – (23,8±9,3) % і понад 5 років – (33,3±10,3) %.

(63,4±7,5) % керівників призначено на дану посаду без перебування в резерві. З резерву на конкретну посаду – (36,6±7,5) %.

Лікувальний факультет закінчило (95,1±3,4) % керівників системи охорони здоров'я, із них: (46,3±7,8) % – інтернатуру з терапії, (24,4±6,7) % – з хірургії, (21,95±6,46) % – з інших спеціальностей.

Курси спеціалізації з ООЗ закінчило лише (17,1±5,9) %, (82,9±5,9) % – з інших спеціальностей. Лише один керівник проходив навчання в ординатурі з ООЗ. Ніякої післядипломної підготовки з організації та управління охороною здоров'я не проходило (14,6±5,5) % сьгоднішніх керівників. Курси з тематичного вдосконалення пройшли (51,2±7,8) % респондентів, на передатестаційних циклах навчалось (56,1±7,7) % опитаних.

(48,8±7,8) % керівників системи охорони здоров'я мають вищу атестаційну категорію з ООЗ, (31,7±7,2) % – першу, (7,3±4,1) % – другу, а (12,2±5,1) % – жодної.

Усього атестовано з ООЗ (87,8±5,1) % керівників системи охорони здоров'я, (82,9±5,9) % та-

кож мають атестаційну категорію з іншої спеціальності.

(60,9±7,6) % керівників системи охорони здоров'я не мають жодної наукової публікації; серед тих, хто займається певною науковою діяльністю, лише (23,5±10,3) % публікувались з питань організації охорони здоров'я. Така ситуація свідчить про те, що дослідницька увага більшості керівників не приділена проблемам управління охороною здоров'я.

Участь у міжнародних заходах керівників системи охорони здоров'я області дуже нерівномірна: (51,2±7,8) % керівників не брали взагалі участі в міжнародних заходах щодо організації системи охорони здоров'я, інші – переважно в кількох заходах (конференціях, семінарах, програмах, стажуванні, візитах тощо).

З органами державної влади співпрацює (70,7±7,1) % керівників, (63,4±7,5) % працюють на рівні обласної та районної рад народних депутатів, (19,5±7,1) % співпрацюють з МОЗ України.

Аналіз стимулювання управлінської діяльності показав, що (56,9±7,7) % керівників отримували подяки, (29,3±7,1) % – грошові винагороди, (19,5±6,2) % – почесні звання та державні нагороди.

Негативні стимули, зокрема догани, застосовувались до (36,6±7,5) % керівників. Ніяк не відзначалась робота на керівній посаді (12,2±5,1) % респондентів.

Під час соціологічного опитування виявилось, що, на думку респондентів, найголовнішими для керівника системи охорони здоров'я є такі характеристики:

- 1) компетентність (професіоналізм) – (75,6±6,7) %;
- 2) порядність – (41,5±7,7) %;
- 3) людяність – (26,8±6,9) %;
- 4) комунікабельність – (21,9±6,5) %;
- 5) самоорганізованість – (14,63±5,5) %;
- 6) харизма (лідерство) – (14,63±5,5) %.

Висновки:

У Тернопільській області основу управлінського складу системи охорони здоров'я складають вихідці з міст – чоловіки віком 40-50 років.

Матеріальний добробут більшості керівників – середній з тенденцією до низького.

Негативним впливам піддаються (85,3 ± 6,2) % керівників, (92,7±7,0) % з них – сангвініки та холерики, які досить витривалі до стресів і нервових перевантажень.

Лише третина керівників вважає себе лідерами.

Слід відмітити, що професійна підготовка керівників з організації охорони здоров'я – досить низька, а вищу кваліфікаційну категорію з організації охорони здоров'я мають (48,8±7,8) % керівників.

Дослідницька увага керівників, на жаль, не приділена проблемам управління охороною здоров'я.

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ БАЗОВОГО УРОВНЯ

О.Н. Литвинова, А.С. Кузнец (Тернополь)

Для определения социологической характеристики управленческих кадров в системе здравоохранения Украины нами проведен социологический опрос последних, в частности главных врачей лечебных заведений, их заместителей по сети и лечебной работе.

Опросный лист состоял из 40 вопросов, которые характеризовали управленческие кадры в плане социальной, психологической и профессиональной характеристики.

Результаты опроса показали, что в Тернопольской области большинство руководителей - мужчины в возрасте 40-50 лет. Материальное состояние большинства руководящего состава - среднее с тенденцией к низкому. При значительном количестве стрессоустойчивого контингента (85,3±6,2%) испытывают влияние стрессовых ситуаций и нервного перенапряжения. Лишь треть руководителей считают себя лидерами. К сожалению, исследовательские интересы большинства руководителей не ориентированы на проблемы управления здравоохранением.

SOCIOLOGIC CHARACTERATION OF ADMINISTRATIVE STAFF OF BASIS LEVEL IN THE HEALTH CARE SYSTEM OF UKRAINE

O.N. Lytvynova, A.S. Kuznets (Ternopil)

We did sociological inquest to determine the sociologic characteristics of the administrative staff in the health care system of Ukraine. Head physicians of the health care institutions and medical work vice head physicians took place in the selection.

The questionnaire consisted of 40 questions, which characterized administrative staff in the light of social, psychological and professional qualities.

The results of the inquest showed that most administrators are natives of Ternopil region in particular, mostly men of 40-50 years old. Material state of the administrative staff majority is average with the tendency to low. With the considerable quantity of stress-firm contingent, (85.3±6.2) % experience influence of stress situation and nervous tension. Only one-third part of the administrators considered themselves leaders. Unfortunately, research interest of the most of administrators is not oriented to the problems of the health care administration.

УДК 378.1:614.2:008

Ю.В. ВОРОНЕНКО, О.П. ГУЛЬЧИЙ, О.Г. НАЗАРОВА, С.М. ЗОРІНА, Л.О. ПРУС, А.П. ЧУЙКО (Київ)

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Міністерство охорони здоров'я України, Національний медичний університет

Сучасний період реформування охорони здоров'я в Україні потребує комплексного підходу до одночасного вирішення багатьох питань щодо забезпечення функціонування цієї галузі. Визначення основних передумов, які необхідно враховувати в процесі стабілізації системи охорони здоров'я, пов'язане з катастрофічною демографічною ситуацією, криза якої продовжується.

Останнім часом спостерігається тенденція до невпинного зменшення загальної народжуваності, а кількість померлих перевищила кількість народжених. Продовжує підвищуватись рівень смертності працездатного населення, питома вага якого у загальній смертності становить 24,3 %. Серед померлих у працездатному віці 81 % становлять чоловіки. Тільки за 90-і роки смертність чоловіків

працездатного віку зросла на 53 %, перевищуючи смертність жінок працездатного віку в 4 рази, а від неприродних причин – у 6 разів.

Серед несприятливих тенденцій показників здоров'я населення звертають на себе увагу повільне зниження рівня смертності немовлят, зростання захворюваності на інфекційні, онкологічні та серцево-судинні хвороби, а також хвороби системи крові та кровотворних органів, сечостатевої, нервової систем і органів чуття, частоти ускладнень вагітності та пологів.

Велике занепокоєння викликає коротка тривалість життя (для чоловіків – 61,2 року, для жінок – 72,7). Чоловіки в Україні йдуть із життя на 10-15 років раніше, ніж у країнах далекого зарубіжжя.

Подальший розвиток реформи галузі гальмується недоліками професійної підготовки медичних кадрів. Питання сучасної підготовки лікарів та інших фахівців є вимогою сьогодення.

Напрями реформування вищої медичної школи охоплюють приведення обсягів підготовки фахівців у відповідність до дійсної потреби країни у медичних кадрах, створення Національної федерації професійних медичних асоціацій з делегуванням їй частини контрольних функцій Міністерства охорони здоров'я України, впровадження державної системи контролю за якістю підготовки фахівців через ліцензійні інтегровані іспити, що будуть проводитись одночасно в усіх вищих навчальних закладах за єдиною методологією та незалежною системою перевірки рівня знань. Щоб не допустити надмірної кількості лікарів і подальшого їх безробіття, введено систему державного замовлення щодо підготовки спеціалістів за бюджетні кошти. Крім того, передбачаються також скорочення паралельної системи підготовки лікарів у недержавних закладах освіти, впровадження ступеневої підготовки середніх медичних кадрів і суттєве розширення їх функцій в охороні здоров'я, що значно зменшить потребу в лікарнях, а також підготовка військових лікарів і військових фельдшерів для Збройних сил України. Запроваджено підготовку магістрів медицини під час навчання в інтернатурі, що повністю скорочує відповідні витрати державного бюджету.

Проте реформування повинно торкатися не лише загальних напрямів розвитку медичної освіти, а, насамперед, викладання кожного предмета, особливо соціальної медицини та організації охорони здоров'я, з урахуванням сучасних вимог практики охорони здоров'я в Україні. Для гармонійної підготовки кадрів необхідне використання результатів наукових досліджень кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Національного медичного університету, що останнім часом присвячені вивченню стану здоров'я населення, зокрема найвразливіших його контин-

гентів – вагітних жінок і немовлят, під впливом чинників різного походження. Результати дослідження особливостей формування перинатальної патології та організації акушерсько-гінекологічної неонатальної допомоги використовуються під час викладання таких тем, як "Смертність немовлят", "Організація акушерсько-гінекологічної допомоги", "Організація медичної допомоги дітям" тощо.

Особливо необхідним є викладання сучасних проблем організації надання лікувально-профілактичної допомоги міському населенню. Їх почали викладати в циклі лекцій і практичних занять у 1997-1998 навчальних роках на I, II, III, IV медичних факультетах Національного медичного університету для студентів 4-го курсу, а також 6-го курсу цих самих факультетів у циклі підготовки із соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

Кафедрою соціальної медицини та організації охорони здоров'я Національного медичного університету розроблена структура навчального циклу з питань сучасної організації надання лікувально-профілактичної допомоги міському населенню, набрані тестові контрольні запитання і ситуаційні задачі.

У лекціях на тему "Організація лікувально-профілактичної допомоги міському населенню" висвітлюються сучасні проблеми надання лікувально-профілактичної допомоги, розкриваються можливі обсяги гарантованого державою рівня медичної допомоги (повний обсяг з оптимальним забезпеченням потреб населення; гарантований рівень безплатної медичної допомоги, необхідний для збереження здоров'я населення; мінімальний обсяг медичної допомоги, адекватний виділенням з державного бюджету коштом). У цих лекціях, крім того, визначаються: поняття "первинна, вторинна та третинна лікувально-профілактична допомога" залежно від ступеня складності її надання; обсяги первинної, вторинної та третинної лікувально-профілактичної допомоги; характеристики закладів і фахівців, які надають первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу міському населенню. Наголошується, що пріоритетом галузі стає первинна медична допомога, для якої необхідно створити інфраструктуру, зорієнтовану на надання допомоги, що ґрунтується на виваженій ліцензійній та акредитаційній політиці.

У лекціях велику увагу приділено питанням ліцензування та акредитації медичних закладів, потребі виявлення спроможності лікувально-профілактичних закладів на рівні стандартів медичних технологій надавати населенню України лікувально-профілактичну допомогу, контролю за якістю медичної допомоги, організації та координації роботи комісій (міських, районних, обласних), які затверджують перелік видів медичної діяльності,

що ліцензуються, та видають ліцензію і сертифікат на медичну діяльність. Особливо підкреслюються чинники, що визначають діапазон та якість медичної допомоги і послуг, недоліки у розвитку позалікарняної лікувально-профілактичної допомоги, що призвели до деформації структури медичних послуг і мінімального їх рівня – невідповідного обсягу стаціонарної допомоги, який у 2,5 рази перевищив рівень госпіталізації в розвинених державах за рахунок лікування хворих, які можуть без зниження ефективності забезпечуватися медичною допомогою в позалікарняних умовах. Тривале перебування хворих у стаціонарах не завжди обґрунтоване. У разі незадовільної зайнятості лікарняних ліжок у стаціонари госпіталізують близько 30 % хворих, які можуть одержати в достатньому обсязі допомогу в поліклініках і вдома або в денних стаціонарах і палатах денного перебування. Надмірною є участь лікарів-спеціалістів у первинному обслуговуванні пацієнтів у поліклініках. На первинні звертання до лікарів загального профілю (терапевтів і педіатрів) припадає половина загальної кількості хворих. Інші хворі звертаються безпосередньо до лікарів-спеціалістів, що призводить до неефективного використання вищого рівня медичної допомоги.

На утримання позалікарняних установ (основної та вирішальної ланки охорони здоров'я) витрачається не більше ніж 20 % асигнувань, зокрема на первинну медичну допомогу – лише 5, тоді як на стаціонарну – близько 80 %. Недостатньо приділяється увага питанням подальшого розвитку денних стаціонарів в амбулаторно-поліклінічних умовах, особливо палат денного перебування

в стаціонарах. Тому особливо детально висвітлюються під час викладання питань з організації лікувально-профілактичної допомоги населенню міст перспективи оптимізації первинної медико-санітарної допомоги. В оптимізації цього виду медичної допомоги центральне місце посідають питання з підготовки сімейного лікаря: права, обов'язки, завдання та структура амбулаторії сімейного лікаря, вимоги до фахової підготовки та діяльності тощо. Особливістю викладання цих питань на сучасному етапі перепрофілізації та скорочення стаціонарних ліжок є потреба в розкритті для студентів актуальності нових альтернативних форм надання медичної допомоги: денних стаціонарів, домашніх стаціонарів, відділень сестринського нагляду та ліжок сестринського догляду. В лекціях і на практичних заняттях подаються структура, завдання та функції денних і домашніх стаціонарів, відділень сестринського догляду та ліжок сестринського нагляду.

Основними проблемами, що потребують викладання на кафедрах соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих медичних навчальних закладів України, є:

1. Формування світогляду майбутнього лікаря з питань реформування охорони здоров'я на принципах збереження цілісності системи.
2. Методичні підходи до визначення пріоритетів діяльності кожного медичного закладу, установи, окремого лікаря.
3. Упровадження нових альтернативних форм надання медичної допомоги.
4. Підвищення якості та оптимізація первинної медико-санітарної допомоги.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ю.В. Вороненко, О.П. Гульчий, О.Г. Назарова, С.Н. Зорина, Л.А. Прус, А.П. Чуйко (Киев)

Рассмотрены современные проблемы реформирования здравоохранения и связанные с ними вопросы преподавания социальной медицины и организации здравоохранения. Особое внимание в процессе преподавания должно уделяться формированию мировоззрения будущих врачей в вопросах реформирования отрасли на принципах сохранения целостности системы, внедрению новых альтернативных форм оказания медицинской помощи, оптимизации процесса управления и повышения качества медицинской помощи, особенно первичной.

SOME FEATURES IN TEACHING OF SOCIAL MEDICINE AND ORGANIZATION OF PUBLIC HEALTH SYSTEM ON NOWADAY STAGE OF ITS REFORMATION IN UKRAINE

Yu.V. Voronenko, O.P. Hulchiy, O.H. Nazarova, S.M. Zorina, L.A. Prus, A.P. Chuyko (Kyiv)

The nowadays problems in reformation of the state PHS and hence related with them issues of social medicine and the PHS organization in medical high school agenda are examined. While teaching process the special attention shall be given to future physicians professional outlook formation in such areas as the PHS reformation on principals of preservation its unity, introduction in it some new alternative forms of medical care delivery, optimization of its management, increasing quality of health care provision, especially primary health care, as well as diseases prevention.

Т.Ф. БАРАНОВА (Київ)

ФІНАНСОВИЙ ТА ЕКОНОМІЧНИЙ СТАН ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ

Міністерство охорони здоров'я України

В Україні в умовах економічної кризи, що спричинила різке зменшення бюджетних ресурсів, галузь охорони здоров'я опинилась у дуже складному становищі щодо збереження ефективності її діяльності.

Якщо у 1994-1995 рр. обсяг витрат на охорону здоров'я становив 4,8 % від валового внутрішнього продукту, то вже з 1997 р. цей показник набув тенденції до зменшення і в поточному році складав лише 3,3 %.

Виведення охорони здоров'я з кризового стану потребує нових підходів до її фінансування. Проте ця перебудова пов'язана не тільки з кризою в економіці України та браком коштів на фінансування охорони здоров'я, але й з проблемою їх раціонального використання, що є актуальною і для економічно розвинутих країн світу. З цією метою потрібно застосовувати всі можливості для мобілізації потрібних коштів як за рахунок державного бюджету, так і додаткових джерел фінансування.

Реформування галузі відбувається вже давно. Ще за радянських часів дехто з працівників охорони здоров'я започаткував, а дехто й застосовував принципи і підходи нового господарського механізму. В той період надавалося дуже багато прав керівникам, але, на жаль, з цього часу почалося спочатку повільне, а з 1995 р. – прискорене зменшення фінансових ресурсів. Тепер, на наш погляд, ми ще далекі від того моменту, від якого почнеться підйом економіки в Україні.

Отже, до поняття "реформування" ми звикли і перебуваємо в цьому процесі постійно. Але шляхи і мета реформування галузі на різних етапах неоднакова. На вибір першого і другого впливає кількість коштів, що відраховуються на охорону здоров'я. Усі перебудови в галузі залежать від фінансових можливостей.

Так, починаючи з того періоду, коли ці можливості стали нестримно зменшуватись, а це 1995-1996 рр., реформування галузі здійснювалося шляхом зменшення кількості ліжок і часткового перепрофілювання їх у денні стаціонари, скорочення штатних вакантних посад, а в останній рік –

і зайнятих. За цими показниками ми дійшли до якоїсь межі, але полегшення не настало, тому наступними нашими кроками будуть прийняття "Закону про гарантований рівень надавання медичної допомоги", пошуки альтернативних джерел фінансування, вдосконалення структури управління, а також визначення пріоритетів витрачання коштів чи то бюджетних, чи то зароблених.

Що стосується гарантованого рівня, то вже зроблено відповідні розрахунки, якими диференційовано визначено вартість обсягу медичної допомоги та заходів щодо реформування охорони здоров'я, виходячи з трьох рівнів надання медичної допомоги.

Зараз на всіх рівнях проводиться реструктуризація системи управління охороною здоров'я, в основу якої покладено світовий досвід, пошук позабюджетних коштів.

Дуже погано йдуть справи останнім часом із витрачанням коштів. Як свідчать акти перевірок, кількість порушень фінансової дисципліни не зменшується, а навпаки, збільшується. Значно змінилася структура витрат.

Майже 50 % від загальної кількості коштів, що передбачаються на утримання медичних закладів та установ, становить заробітна плата з нарахування. Стрімке зростання вартості електроенергії, починаючи з 1991 р., призвело до збільшення вартості опалення й освітлення, внаслідок чого в багатьох закладах охорони здоров'я ці витрати становлять 40 % від суми експлуатаційних витрат або 27-30 % від загальних витрат. На лікарські засоби та харчування припадає, відповідно, 8 і 5 %. А на обладнання, білизну, ремонти майже нічого не залишається.

Оплата праці – для всіх нас сьогодні дуже болюче питання. В умовах дестабілізації економіки проявились негативні тенденції й в оплаті праці. Так, середня заробітна плата в охороні здоров'я за останні три роки незначно зросла від 120 грн. на місяць у 1996 р. до 140 грн. у I півріччі поточного року, але у серпні знову знизилася до 130,5 грн. і суттєво відстає від рівня середньої заробітної плати в інших галузях народного господарства.

Таке становище виникло внаслідок призупинення у березні 1996 р. дії п. "ж" ст. 77 "Основ законодавства України про охорону здоров'я". Враховуючи, що заробітна плата в охороні здоров'я залишається вкрай низькою, та з метою соціального захисту медичних працівників Міністерства охорони здоров'я України разом із ЦК профспілки працівників охорони здоров'я України звернулося до Уряду з проханням поновити дію наведеної вище статті.

Альтернативні джерела фінансування є дуже важливим питанням для всіх систем і країн, а особливо для тих, у яких бракує бюджетних коштів. Одним із таких джерел є платні послуги в охороні здоров'я. Усім відомі постанови Кабінету Міністрів України про переліки платних послуг у медичних закладах та установах і рішення Конституційного Суду України щодо скасування цих постанов.

Доходи від платних послуг у 1996 р. становили 73,5 млн. грн. або 2,7 % від обсягу бюджетного фінансування, у 1997 р. – 110,6 млн. грн. (3,1 %), 1998 р. – 135 млн. грн. (4,4 %).

Аналізуючи I півріччя 1999 р., треба відмітити, що, порівнюючи з таким періодом минулого року, обсяги платних послуг збільшилися на 1,6 млн. грн. і становили 66,5 млн. грн. Цей факт дуже цікавий, враховуючи рішення Конституційного Суду України.

Стосовно стану справ щодо заборгованості із заробітної плати, причиною її виникнення є стійке недофінансування за плановими призначеннями; неврахування у повному обсязі боргів минулих років до поточних планових призначень.

Тенденція до зменшення заборгованості із заробітної плати, що намітилася на початку року, на жаль, тимчасова. За станом на 01.09.99 р. борг

становить 193 млн. грн., що на 63 млн. грн. менше, порівняно з початком року, але в окремих областях цей борг збільшився. До таких областей належить Волинська, Кіровоградська, Рівненська і Тернопільська. Накопичення сум недофінансування, з одного боку, й обов'язковість виконання Постанови Кабінету Міністрів України "Про чисельність працівників бюджетних установ" (№ 855 від 11.06.98 р.), виходячи з можливостей бюджету, з іншого боку, призведе до того, що найближчим часом треба буде скорочувати не штатні та зайняті посади, а вже фізичних осіб.

Відповідно до Постанови Верховної Ради "Про основні напрями бюджетної політики на 2000 рік", обсяг фінансування видатків на охорону здоров'я повинен передбачитися на рівні, не нижчому 16,1 % від суми визначеного бюджету.

Проектом бюджету, який подано на розгляд до Верховної Ради, загальні видатки на охорону здоров'я, порівняно з 1999 р., збільшено на 358 млн. грн., або 9,1 %, вони становлять 14 % від загальної суми бюджетних асигнувань. Цих коштів вистачить для задоволення потреб у повному обсязі лише на 48 %, а мінімально необхідному – на 56,8 %. Ці суми невеликі й навіть мінімальні.

Підсумовуючи викладене, треба сказати, що для вирішення економічних проблем охорони здоров'я не досить одного скорочення мережі та чисельності. Потрібні більш дієві заходи, до яких слід віднести: 1) прийняття закону про гарантований рівень надання медичної допомоги; 2) врегулювання в окремих випадках і зміна наявної нормативно-законодавчої бази для того, щоб зробити її єдиною і системною; 3) подальший пошук альтернативних джерел фінансування; 4) залучення інвесторів до галузі; 5) навчання витратити кошти.

ФИНАНСОВОЕ И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ

Т.Ф. Баранов (Киев)

Дана характеристика финансового и экономического состояния здравоохранения Украины в настоящее время и в ретроспективе за 1994-1995 гг. в связи с предпринимаемыми попытками реформировать отрасль. Рассмотрены состояние оплаты труда медицинских работников, проблема платных услуг в разрезе альтернативных источников финансирования, причины возникновения задолженности по зарплате медицинским работникам. Приведен перечень основных мероприятий, способствующих решению экономических проблем отрасли, в частности принятие закона о гарантированном уровне предоставления медицинской помощи населению, усовершенствование нормативно-законодательной базы с целью ее систематизации и целостности, поиск альтернативных источников финансирования, привлечение инвесторов, рациональное использование имеющихся денежных средств.

FINANCIAL AND ECONOMICAL STATUS OF THE UKRAINE'S PUBLIC HEALTH SERVICE (PHS) IN CONDITIONS OF REFORMING

T.F. Baranova (Kyiv)

Characteristic of financial and economical status of Ukraine's PHS in nowadays and within retrospective period from 1994 to 1995 in connection with attempts to reform the branch was performed in this article.

It was examined the status of payment for medical personnel, the paid services problems considering the alternative sources of financing, the reasons of liabilities in payment for medical personnel.

It was performed the list of main measures contributing the solving of economic problems in PHS, adopting the law concerning the guaranteed level of providing the medical care to population, improvement of legislative base to it's systematization and integray search of alternative sources of financing and involving sponsors and usage the money in due course.

УКД 614.8 (038)

Г.Г. РОЩИН, В.О. ВОЛОШИН, М.М. МИХАЙЛОВСЬКИЙ, А.В. ТЕРЕНТЬЄВА, О.З. НАБОЧЕНКО (Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФОРМУВАНЬ І ЗАКЛАДІВ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ УКРАЇНИ

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Надзвичайні ситуації (НС) регіонального або державного рівня, як правило, тягнуть за собою значні порушення інфраструктури життєзабезпечення у постраждалих районах. При цьому виникає диспропорція між потребою у людських і матеріальних ресурсах системи охорони здоров'я та її можливістю надавати медичну допомогу постраждалим у необхідному обсязі у визначеному часовому інтервалі [1, 4, 5, 8]. Для вирішення проблем організації і реалізації заходів медичного забезпечення населення у цих умовах в Україні створено державну службу медицини катастроф (ДСМК) – нову галузь охорони здоров'я [2, 10-13], до складу якої на державному рівні, згідно з наказом МОЗ України № 334 від 20.11.1997 р., ввійшли 571 спеціалізована бригада постійної готовності першої черги, 190 спеціалізованих бригад постійної готовності другої черги і лікувально-профілактичні заклади, ліжковий фонд яких складає 14659 ліжок.

Впродовж усієї історії свого існування людство вчилася боротись з негативними наслідками НС і узагальнювало позитивний досвід з цього питання. Це стосується і питань матеріально-технічного забезпечення заходів з медичної допомоги. Поступово складався світогляд щодо мінімуму необхід-

ної номенклатури медичних засобів для створення резерву на випадок НС. Наприклад, у розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендаціях щодо боротьби із стихійним лихом (1992 р.) наведено перелік потрібного медичного обладнання для центрів охорони здоров'я або лікарень, який містить 56 номенклатур.

На основі міжнародного вітчизняного досвіду ліквідації наслідків НС можна зробити висновок, що одним із важливих елементів забезпечення стійкості функціонування ДСМК у цих умовах є система матеріально-технічного забезпечення, яка передбачає своєчасне і повне надання медичним формуванням і закладам необхідної кількості й номенклатури медичного, санітарно-господарського і спеціалізованого майна, його доставку в НС [6-9, 13, 14, 17].

Налагодження ресурсного забезпечення в системі нової галузі охорони здоров'я, якою є ДСМК, у наших непростих економічних умовах завдання нелегке. Йому передують аналіз і прогноз наслідків можливих НС на території держави, розрахунок можливих санітарних втрат, визначення сил і закладів, які будуть надавати медичну допомогу постраждалим, визначення необхідної кількості

медикаментів та інших матеріальних ресурсів, розробка системи комплектування запасів цього майна та його доставка до місця використання.

Розбудова ДСМК, на жаль, проходить за умов тривалої економічної кризи. Рівень валового виробництва в державі безперервно знижується, що не дає змоги за рахунок бюджетних коштів повністю задовольнити матеріальні потреби охорони здоров'я в повсякденних умовах та при НС. При розбудові ДСМК необхідно, враховуючи досвід попередників, забезпечити використання перш за все наявних великих запасів медичних засобів.

У недалекому минулому резерви медичних засобів створювалися багатьма відомствами на різних рівнях управління. Вони накопичувалися у медичних закладах та на спеціальних складах системи Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства оборони, Міністерства транспорту, Держкомрезерву, штабів цивільної оборони. При цьому був відсутній механізм координації використання цих засобів при НС.

Таке вирішення питання призводило до значних витрат бюджетних коштів на придбання, зберігання і поновлення запасів. Кількість і номенклатура медичних засобів не завжди відповідала наявній потребі, особливо за умов НС мирного часу. Звідси стає актуальною проблема вдосконалення системи медичного постачання ДСМК із врахуванням умов сьогодення, перспектив економічного розвитку країни, динаміки, кількості й виду НС.

На нашу думку, медичні засоби повинні включати табельне оснащення формувань і закладів ДСМК, а також оперативний і державний резерви служби.

До формувань ДСМК належать спеціалізовані бригади постійної готовності першої і другої черги. Переважно спеціалізовані бригади постійної готовності першої черги створюються на базі станцій (відділень) швидкої медичної допомоги і в повсякденних умовах виконують функції виїзних бригад швидкої медичної допомоги. Відмінність полягає в тому, що при використанні НС їх знімають з поточного чергування і направляють в осередок катастрофи поза залежністю від зони обслуговування станції (відділення) швидкої медичної допомоги. У повсякденних умовах оснащення цих бригад проводять відповідно до наказу МОЗ України № 175 від 19.06.1996 р. З урахуванням номенклатури засобів, що регламентовані цим наказом, фахівцями Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (УНПЦ ЕМД та МК) розроблено тимчасові табелі оснащення медичним майном спеціалізованих бригад постійної готовності першої черги, кількісний склад якого дозволяє забезпечити надання екстреної медичної допомоги постраждалим при НС протягом 3 діб [13]. Комплектуван-

ня лікарськими засобами і майном, згідно з цим табелем, проводиться з резерву, наявного на станціях швидкої медичної допомоги в обсязі місячного запасу медичних засобів.

Запаси засобів для бригад постійної готовності першої черги ДСМК, що комплектуються із працівників інших медичних закладів, які не належать до служби швидкої медичної допомоги, накопичуються частково в цих закладах (обсягом потреби на 1 добу) і в територіальних центрах екстреної медичної допомоги (обсягом потреби на 2 доби). Доставка медичного майна до осередку НС із складів територіальних центрів здійснюється протягом першої доби за відповідними планами медико-санітарного забезпечення.

Спеціалізовані бригади постійної готовності другої черги – це формування, призначені для надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги за умов НС. Їх використовують для посилення та профілювання лікувально-профілактичних закладів, що працюють при масовому прийманні постраждалих на другому етапі медичної евакуації. Ці спеціалізовані бригади утворюються, як правило, за такими профілями: хірургічні, нейрохірургічні, політравматологічні, травматологічні, камбустиологічні, трансфузіологічні, анестезіологічні, терапевтичні, токсико-терапевтичні, гематологічні, психіатричні, дитячі хірургічні, акушерсько-гінекологічні, інфекційні, офтальмологічні, оториноларингологічні, урологічні, лабораторно-діагностичні тощо. При закладах, що формують ці бригади, та при територіальних центрах екстреної медичної допомоги створюються відповідні запаси медичного обладнання, медикаментів та інших необхідних засобів, що повинні забезпечити роботу бригад в перші три доби ліквідації наслідків НС.

Для спеціалізованих бригад постійної готовності другої черги з 19-ти найменувань розроблено тимчасові табелі постачання медичним майном з розрахунку на певну кількість постраждалих. За основу при складанні цих табелів взято табелі, розроблені для ДСМК Російської Федерації [16], але вдосконалені з урахуванням особливостей вітчизняного досвіду і можливостей вітчизняних фармацевтичної та інших галузей виробництва. Запаси медичного майна для забезпечення діяльності спеціалізованих бригад постійної готовності другої черги за положеннями, визначеними МОЗ України, накопичуються на складах медичних закладів, які формують бригади (на 2 доби роботи) на кожну бригаду. Доставка медичного майна до лікувального закладу другого етапу медичної евакуації при НС зі складів територіальних центрів екстреної медичної допомоги здійснюється протягом першої доби ліквідації наслідків НС за відповідними планами медико-санітарного забезпечення. Для розрахунку кількості необхідних запасів викорис-

товують тимчасові табелі оснащення медичним майном спеціалізованої бригади постійної готовності другої черги ДСМК. Майно зберігається в тарі, зручній для його зберігання і транспортування за місцем призначення [13].

Крім вищеназваних формувань системи МОЗ України, до складу ДСМК державного рівня включено мобільний загін швидкого реагування МНС України (ММЗ ШР). Основним завданням ММЗ ШР є надання в районі НС першої лікарської і кваліфікованої невідкладної медичної допомоги постраждалим при станах, що загрожують їх життю та здоров'ю. Протягом доби ММЗ ШР може надати медичну допомогу у вказаному обсязі 400 особам, а також забезпечити госпіталізацію 20 нетранспортованих постраждалих. Медичні й технічні засоби загону дозволяють забезпечити роботу в автономному режимі протягом 3 діб, а їх комплектування та упакування надають можливість транспортування авіаційним, водним, залізничним і автомобільним транспортом у будь-який регіон України або за її межі. Відповідно до медико-тактичних характеристик ММЗ ШР, фахівцями УНПЦ ЕМД та МК на замовлення МНС України розроблені табелі його оснащення. Резерв медичного майна ММЗ ШР утворюється за рахунок МНС України та зберігається на місці постійної дислокації загону.

До медичних закладів ДСМК державного та територіального рівнів відносять територіальні центри екстреної медичної допомоги, заклади та установи охорони здоров'я (лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, швидкої медичної допомоги, науково-дослідні та науково-практичні, навчальні) й бази постачання, які, незалежно від відомчого підпорядкування, визначені чинним порядком МОЗ України до складу державного чи територіального рівня ДСМК. Так, згідно з наказом МОЗ України № 334 від 20.11.97 р. "Про визначення у складі державної служби медицини катастроф медичних сил, засобів і лікувальних закладів", визначено 126 медичних закладів, віднесених до державного рівня ДСМК.

Територіальні центри екстреної медичної допомоги є основними медичними закладами ДСМК адміністративної території, призначеними для організації надання екстреної медичної допомоги населенню за умов НС, прогнозування їх медико-санітарних наслідків. Одним з основних завдань територіальних центрів є організація, створення накопичення і раціональне використання при ліквідації медико-санітарних наслідків НС резерву матеріально-технічних ресурсів для територіальної ланки ДСМК.

На складах територіальних центрів накопичуються медичні засоби для:

- спеціалізованих бригад постійної готовності першої черги, що створюються поза системою

територіальної служби швидкої медичної допомоги для забезпечення їх автономної роботи протягом двох діб;

- спеціалізованих бригад постійної готовності другої черги для забезпечення їх автономної роботи у медичних закладах протягом двох діб;

- для розгортання додаткового ліжкового фонду, який планують на випадок НС із розрахунку 70 % наявної потреби;

- спеціалізованих бригад постійної готовності першої і другої черги, що формують із кадрового складу територіального центру для забезпечення їх автономної роботи протягом трьох діб.

Створення, накопичення та поновлення цих запасів проводяться за рахунок місцевих бюджетів. Місцеві медичні заклади, що входять до складу територіальної ланки ДСМК, створюють потрібні резерви медичних засобів за рахунок місцевого бюджету з урахуванням необхідності автономного функціонування визначеного ліжкового фонду протягом 7 діб. При визначеній планами медико-санітарного забезпечення необхідності розгортання додаткового ліжкового фонду в медичних закладах створюється додатковий запас засобів із розрахунку 30 % наявної потреби на той же проміжок часу роботи в автономних умовах.

Питання створення і накопичення запасів медичного майна у медичних закладах ДСМК, що належать до інших міністерств і відомств, вирішуються відповідними інструкціями і наказами цих органів управління з урахуванням необхідності забезпечення стійкої роботи цих закладів протягом 7 діб.

Весь резерв медичного майна, що створюється на базі медичних закладів адміністративної території за рахунок місцевого бюджету, об'єднується поняттям "оперативний резерв". Його обсяг і порядок використання узгоджуються на засіданнях територіальної координаційної комісії ДСМК і затверджуються рішенням відповідних органів виконавчої влади. Застосування цього резерву можливе за наказом органів управління охороною здоров'я відповідного рівня для ліквідації медико-санітарних наслідків НС об'єктивного, місцевого, регіонального і державного рівнів реагування. Поповнення оперативного резерву при його використанні проводиться у перших трьох випадках за рахунок місцевого бюджету, а при НС державного рівня – за рахунок державного бюджету.

Крім оперативного, в кожному регіоні (Автономна Республіка Крим, області, м. Київ і Севастополь) створюється відповідний запас медичного майна, віднесеного до державного резерву. Його використання передбачено рішенням відповідних центральних органів виконавчої влади при ліквідації НС державного рівня, в окремих випадках, НС регіонального рівня. Фінансування, створення і поповнення державного

резерву матеріально-технічних засобів ДСМК проводяться за рахунок державного бюджету, а його обсяги і порядок застосування узгоджуються на засіданнях Центральної координаційної комісії ДСМК. Це знаходить своє відображення у відповідному розділі "Плану медико-санітарного забезпечення населення України в екстремальних ситуаціях", що затверджується Кабінетом Міністрів України.

На закінчення слід відзначити, що проблеми організації матеріально-технічного забезпечення ДСМК на сьогодні знаходяться в стадії розробки і впровадження. Зараз, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України № 1379 від 9.12.1997 р. "Про затвердження заходів щодо розвитку державної служби медицини катастроф на 1998-2001 роки", передбачено кошти на створення резервів медичного обладнання, медикаментів для базових закладів ДСМК у розмірі 3,7 млн.грн., проектування і створення сучасної медичної апаратури, медичного обладнання та оснащення ними закладів і формувань ДСМК – 48,1 млн. грн., оснащення епідеміологічних бригад бактеріологічного, санітарно-хімічного та радіологічного контролю – 2,568 млн.грн., виготовлення засобів індивідуального медичного захисту особового складу ДСМК та населення в екстремальних ситуаціях (1,76 млн. грн.) на розробку та виготовлення комплектів оснащення для формувань ДСМК (1,07 млн. грн.), а також на ство-

рення мобільних медичних комплексів на базі автомобілів і повітряних суден – 2,59 млн.грн.

Усього передбачається виділення коштів з державного та місцевого бюджетів на суму 236,132 млн.грн, зокрема, на 1999 р. із державного бюджету – 41,156 млн. грн., із місцевих – 34,496 млн.грн.

Фахівцями УНПЦ ЕМД та МК були розроблені пропозиції МОЗ України та Кабінету Міністрів України щодо розподілу коштів з державного бюджету між відомствами та територіальними центрами, ліміти на виділення коштів з місцевих бюджетів на потреби ДСМК територіального рівня. Місцевим бюджетам запропоновано виділити кошти пропорційно чисельності населення адміністративної території з розрахунку не менше ніж 44 коп. на 1 людину в 1998 р. та не менше ніж 69 коп. на 1 людину.

Безумовно, з часом, крім державного і місцевого бюджетів, джерелом фінансування створення резервів для матеріально-технічного забезпечення ДСМК можуть стати кошти, отримані за рахунок обов'язкового страхування ризиків потенційно небезпечних об'єктів, виплати страхових компаній у разі виникнення НС, спонсорські внески організацій, підприємств, установ, приватних осіб тощо. Усе це зумовлено актуальністю цієї проблеми забезпечення національної безпеки України, для життя і здоров'я її громадян в екстремальних ситуаціях, вірогідність виникнення яких поки що не зменшується.

Список літератури

1. Борьба со стихийными бедствиями: роль местного персонала здравоохранения и населения. – Женева. ВООЗ. – 1992. – 105 с.
2. Организация службы экстренной медицинской помощи Донецкой области: Метод. пособие / Варнавская Л.Д., Городник А.Г., Ковалев Е.З. и др. – Донецк, 1992. – 88 с.
3. Гусаков А.Е., Кошечев В.С., Шолохов В.М., Курнаева В.П. Опыт организации службы медицины катастроф за рубежом // Медицина катастроф. – 1992. – № 1. – С. 12-15.
4. Дмитриева Т.Б., Гончаров С.Ф. Всероссийская служба медицины катастроф // Военно-мед. журн. – 1998. – № 1. – С. 14-23.
5. Дубровский А.И. Развитие центра экстремальной медицины. Интегральная и специальная экстремальная медицина. Тез. докл. – Запорожье, 1995. – С. 5-8.
6. Жиляев Е.Г., Макаров Н.И. Состояние и перспективы технического оснащения медицинских формирований и учреждений в чрезвычайных ситуациях // Медицина катастроф. – 1993. – № 1. – С. 16-18.
7. Нечаев Э.А. Проблемы медицинского обеспечения в экстремальных ситуациях // Военно-мед. журн. – 1990. – № 6. – С. 10-15.
8. Организация экстренной медицинской помощи населению при стихийных бедствиях и других чрезвычайных ситуациях / Под ред. В. Мешкова. – М.: Издание МП "МЕДИКАС". – 1991. – 208 с.
9. Положение о резерве медицинского имущества службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации. – М.: ВЦМК "Защита", 1998. – 21 с.
10. Рошин Г.Г., Волошин В.О., Волянський П.Б. та ін. Медичні сили і заклади державної служби медицини катастроф України територіального рівня та їх визначення: Метод. рек. // Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. – К., 1998. – 40 с.
11. Рошин Г.Г., Волошин В.О., Градун Ю.Г. та ін. Державна служба медицини катастроф України. Правові та нормативні акти: Довідниковий посібник // Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. – К., 1998. – 147 с.
12. Рошин Г.Г., Волошин В.О., Картиш А.П. та ін. Територіальні центри екстреної медичної допомоги у складі державної служби медицини катастроф України та їх організація: Метод. рек. // Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. – Київ, 1998. – 86 с.
13. Рошин Г.Г., Волошин В.О., Михайловський М.М. та ін. Медичне постачання формувань і закладів державної служби медицини катастроф України: Метод. рек. – К.: МОЗ України, 1998. – 150с

14. Семенов І. О., Вершигора А.В., Городченко Л.І., Мельниченко Л.В. Організація медичного постачання при ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій: Метод. рек. // Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. – Київ, 1998. – 150 с.
15. Старостина Л.И. Ликвидация аварий и аварийно-спасательные комплексы: Обзор по материалам открытой отчет. печати за 1979–1993 гг.–Днепропетровск.: КБ "Южное", 1993.– № 270. – 77 с.
16. Типовое положение о бригадах специализированной медицинской помощи службы медицины катастроф. Утверждено зам. министра здравоохранения Российской Федерации, 29.12.1995 г., ВЦМК "Защита". – М., 1996. – 103 с.
17. Черноусов В.А. Опыт обеспечения медицинским имуществом при ликвидации последствий катастроф // Военно-мед. журн. – 1990. – № 4. – С. 27–28.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЙ И УЧРЕЖДЕНИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ УКРАИНЫ

Г.Г. Рошин, В.А. Волошин, Н.Н. Михайловский, А.В. Терентьева, А.З. Набоченко, П.Б. Волянский (Киев)

На основании потребностей государственной службы медицины катастроф Украины в материальных ресурсах для обеспечения ликвидации медико-санитарных последствий вероятных чрезвычайных ситуаций, учитывая возможности страны удовлетворить эти потребности, излагается разработанная система организации материально-технического обеспечения государственной службы медицины катастроф Украины.

PECULIARITIES OF ORGANIZATION OF MATERIAL AND TECHNICAL SECURITY FOR FORMATIONS AND ESTABLISHMENTS OF UKRAINE'S DISASTER MEDICINE STATE SERVICE

G.G. Roshchyn, V.A. Voloshyn, N.N. Mychailovsky, A.V. Terentyeva, A.Z. Nabochenko, P.B. Voliansky (Kyiv)

According to the analysis of the Ukraine's Disaster Medicine State Service needs in material resources for providing of medical and sanitary consequences liquidation in some possible disaster incidents the system of medical supply organization was developed for institutions and formations of Ukraine's Medicine State.

УКД 618. 1-006.003

Р.А. ПРИЩАК

ПРО ВАРТІСТЬ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

Визначення вартості медичної допомоги є передумовою її входження в ринок. За часів радянської влади проблема якості та ефективності медичної допомоги не пов'язувалася з її вартістю, що стало однією з причин її сучасного зубожіння.

Проблема вартості медичної допомоги має два аспекти: по-перше, чим більшою є вартість, тим вірогідно вищими стають якість та ефективність допомоги; по-друге, якість та ефективність допомоги слід забезпечувати за найменших матеріальних витрат, тобто з багатьох можливих варіантів треба вибрати той, що забезпечить найвищу якість допомоги, але потребуватиме найменших витрат.

Нами вивчалася проблема вартості онкогине-

кологічної допомоги. Об'єктами дослідження були онкогинекологічні хворі, які лікувалися у Вінницькому обласному клінічному онкологічному диспансері. Методичні підходи до вивчення вартості медичної допомоги, яку надавали цим хворим, ґрунтуються на моделях, розроблених О.М. Голяченком та А.О. Голяченком (1996). Так, під час визначення вартості лікування хворих на рак тіла матки (1 стадія) спочатку розраховували витрати на заробітну плату медичному персоналу. Для цього визначали середню заробітну плату лікарів, медичних сестер і санітарок із розрахунку за 1 ліжко-день. У 1997 р. в онкологічному відділенні диспансеру на 40 ліжок працювало 6 лікарів, су-

має на заробітній платі яких за рік становила 11 861,73 грн. Якщо цю заробітну плату розділити на кількість лікарів і ліжко-днів, проведених хворим, то середня витрата на заробітну плату лікаря за 1 ліжко-день становитимуть 0,81 грн. Так зараз оцінюється праця лікаря. Аналогічно визначили витрати на заробітну плату медичних сестер і санітарок, що з розрахунку за 1 ліжко-день становили, відповідно, 0,13 і 0,12 грн.

Вартість матеріально-технічних витрат (опалення, освітлення, водопостачання, транспортування тощо) з розрахунку за 1 ліжко-день дорівнювала 3,53 грн. Звичайно, ці витрати враховувались у цілому по диспансеру.

Вартість харчування хворої за 1 ліжко-день становила 0,60 грн.

Витрати на обстеження хворих були такими: загальний аналіз сечі – 1,50 грн., загальний аналіз крові – 2 грн., коагулографія – 2 грн. тощо. Аналогічно визначалась вартість інструментальних методів дослідження.

Вартість лікарської терапії розраховувалась за використаними під час комплексного лікування хворих на рак тіла матки лікарськими засобами (циклофосфат, 5-фторурацил, церукал, цефазолін, метрогіл, промедол, розчин глюкози тощо). У середньому вартість лікування однієї хворої лікарськими засобами становила 103 грн.

Далі розраховувалась вартість операції, виходячи з витрат робочого часу працівників, які брали в ній участь, лікарських та інших засобів, що при цьому використовувались, амортизації медичного обладнання тощо. Середні витрати на одну

операцію становили 46,99 грн. (без оплати праці лікаря-куратора, що врахована вище).

Оцінювалися витрати на консультації, що становило в середньому 0,45 грн. на одну хвору.

Середня тривалість лікування однієї хворої у відділенні дорівнювала 19,96 дня. Визначені й підсумовані витрати загалом становили 275,03 грн. у середньому на одну пацієнтку.

Слід зазначити, що визначена сума є вартістю або грошовою цінністю ресурсів, використаних на медичні послуги онкогінекологічним хворим. Вона не враховує податку, прибутку, страхового ризику, тобто складників, які визначають ціну допомоги або те, що споживач повинен заплатити за неї. Оскільки в державному медичному закладі медична допомога формально надається безкоштовно, то для планування витрат державного бюджету на медичну допомогу визначальне значення має її вартість.

Щоб оцінити одержані дані, їх треба порівнювати в часі, просторі, а також із так званими нормативними витратами, що повинні виходити з нормативних величин стандартів надання медичної допомоги хворим. Це та проблема, яку необхідно вирішити.

На підставі наведених даних можна зробити такі висновки: 1) витрати на оплату праці медичних працівників є вкрай низькими, їх слід підвищувати; 2) оптимізація вартості медичної допомоги полягає насамперед у зменшенні тривалості перебування хворого на ліжку та визначенні оптимального переліку методів обстеження хворих і лікарських засобів.

Список літератури

1. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української охорони здоров'я. – Вінниця, 1996. – 100 с.
2. Поляков І.В., Уваров С.А. Актуальные проблемы ценообразования в здравоохранении // Проб. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – № 6. – С. 31-33.

О СТОИМОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Р.А. Прищак (Винница)

Приведен расчет стоимости медицинской помощи больным раком тела матки I стадии, которая включает расходы на оплату труда медицинского персонала, обследование, консервативное и оперативное лечение больных, в том числе амортизацию медицинского оборудования, материально-технические затраты.

ABOUT CALCULATION OF MEDICAL TREATMENT COSTS FOR PATIENTS WITH ONCOGYNECOPATHY

R.A. Prishchak (Vinnitscha)

A method to do integral cost calculation for treatment of female patients with the 1-th stage uterus cancer has been proposed. It includes salary for medical personnel directly involved in care process of those patients, as well as diagnostics examination, conservative and surgical treatment, including amortization of technology and some additional expenditures on utilization of various material and technical equipment.

Редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" запрошує Вас до активної співпраці!

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ "Медичні науки") ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти:

організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я;

міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: Київ-54, вул. О.Гончара, 65) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:

оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

• Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 40 ум.од. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків), оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.**

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім'я та по батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій - не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах - не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- рефератів українською, російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3-1/2 с.

• Статті набираються на комп'ютері (в програмі Word 7.0, шрифтом 14 пунктів і не більше ніж 32 рядки на сторінці, зберігаються у форматі *.rtf), подаються роздруковані з дискетою. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word 6.0/7.0 або Excel 6.0/7.0 та у вигляді окремих файлів разом із текстовим файлом подаються на дискеті. Як виняток, авторський оригінал може бути надрукований на друкарській машинці (обсяг не більше ніж 12 с.) через 2 інтервали на одній стороні аркуша формату А4 (210x297 мм), відступаючи від лівого краю 35 мм, правого - 10 мм, згори і знизу - по 25 мм (28-30 рядків на сторінці, 60-65 знаків, враховуючи пропуски, на рядку).

• На першій сторінці зазначаються: шифр УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

• Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою - спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних

авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність. Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів - назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова "та ін."), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті - прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника - наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання);

автореферату дисертації - прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 "Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила".

• Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті відразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0. Як виняток, формули вписують темними чорнилами і розмічають усі елементи (латинські літери - синім олівцем, грецькі - червоним, великі і малі букви, подібні за написанням букви і цифри).

• Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

• Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

• У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, зазначити мету, об'єкт, методи дослідження, результати і висновки.

• Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

• Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

• Вартість розміщення реклами на сторінках журналу:

- кольорова на зовнішній і внутрішній поверхнях обкладинки - 400 ум.од.;

- кольорова на вклейці:

двостороння - 550 ум.од.;

одностороння - 350 ум.од.;

- чорно-біла на аркушах формату А4 - 200 ум.од.;

- рекламні статті - 200 у.о. за 1 авт. арк.

• Зміст усіх випусків журналу, тези надрукованих статей українською, російською та англійською мовами, розділ "До відома авторів" та умови передплати розміщені на сервері Українського інституту громадського здоров'я за адресами:

<http://www.uact.cit-ua.net/uiiph>

<http://www.uact.kharkov.com/uiiph>.

• Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер юридичними та фізичними особами 12 грн. 50 коп. Бажаючи його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 22-80-09.

Адреса редакції: 252054, м.Київ

вул.О.Гончара, 65

Український інститут громадського здоров'я

тел. (044) 216-81-51, 216-71-49