

Здоров'я і суспільство

В.О. Колоденко. Політика в області фінансової підтримки регіональних систем охорони здоров'я України. Міфи і реальність

5

В.П. Бойко, Л.М. Романюк, М.П. Кравчук. Вплив соціальних факторів на хірургічну патологію в сільському районі

9

Методологічні підходи в системі охорони здоров'я

О.Г. Процек, О.М. Очерedyкo, А.М. Нагорна, Т.С. Грузсва. Роль епідеміологічних спостережень у сучасній медицині

14

Організація медичної допомоги

Б.О. Матвійчук. Організація медичної допомоги хворим з гострою непрохідністю ободової кишки ракового генезу — реальність та перспектива

18

О.О. Воронцов, Б.О. Ониськів, Н.В. Михайлечко, М.В. Бойчак, Н.І. Корильчук, І.О. Корницька, В.В. Павліковська. Амбулаторна допомога вагітним жінкам із загрозою розвитку пізніх гестозів

21

В.О. Волошин, Г.Г. Роцин, М.М. Михайловський. Основні положення концепції організації надання екстренної медичної допомоги населенню України за умов надзвичайних ситуацій

25

Р.Й. Васишин. Експертні оцінки якості і медичні стандарти — головний важіль реформування охорони здоров'я сьогодні

29

С.В. Лукашук-Федик. Місце фізіотерапевтичних методів лікування в системі реабілітації гінекологічних хворих

33

В.А. Колоденко, М.М. Тищук. Реорганізація амбулаторно-поліклінічної мережі. Участь громадськості

37

Економіка охорони здоров'я

А.О. Голяченко. Економічні проблеми української здоров'яохорони на мікрорівні.

41

Health and Society

V.O. Kolodenko. Policy in regional health care systems of Ukraine. Myths and reality

V.Bojko, L. Romanjuk, M. Kravchuk. Effects of the social factors on surgical pathology in rural area

Methodologic approaches in the public health system

Ye.G. Protsek, A.N. Ocheredko, A.M. Nahorna, T.S. Hruzeva. The role of epidemiological control in nowadays medicine

Organization of Medical Aid

B.O. Marviychuk. Medical care organization in patients with acute cancerous bowel ileus - reality and perspective

O.Vorontsov, B. Onyskiv, N. Mychailechko, M. Bojtchak, N. Koryltchuk, I. Kornytska, V. Pavlikovska. Ambulatory care to the pregnant women from threat of development late hestoses

V. Voloshyn, G. Roshchyn, N. Mychailovsky. Main positions of the conception of urgent medical aid provision organization for Ukrainian population in emergency states

R. Y. Vasylyshyn. The expert estimates of the quality and medical standards – the main levers of the health protection reforming today

S. Lukashchuk - Fedyk. Place of physiotherapeutic methods of treatment in a system of an aftertreatment of gynecological patients

V. Kolodenko, N. Tyshchuk. The reorganization of polyclinics networks. Participation of public

Economics of Health Care System

A.A. Golyachenko. Economic problems of public health services at a microlevel

Історія медицини

О. Никитюк. Медичне забезпечення вояків Української повстанчої армії.

43

Г. Конопелько, Ю. Баб'як. Життя та діяльність видатного українського вченого-біохіміка С.З.Гжицького

45

Медичні кадри

О.Н. Литвинова, П.Л. Перебейнос. Соціальна, психологічна та професійна характеристика керівників системи охорони здоров'я України базового рівня

49

До відома авторів

52

History of Medicine

O. Nykytyuk. Medical maintenance of the URA soldiers

G. Konopelko U. Babjak. Life and activity of outstanding Ukrainian scientist - biochemist S. Gzhytsky

Medical Personnel

O. Lytvynova, p. Perebeynos. Social, psychological and professional features of leaders of public health system of Ukraine of base level

Notices for authors

В. О. КОЛОДЕНКО

**ПОЛІТИКА В ОБЛАСТІ ФІНАНСОВОЇ ПІДТРИМКИ
РЕГІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.
МІФИ ТА РЕАЛЬНІСТЬ**

Одеський державний медичний університет

голова правління асоціації громадських організацій "Громадська рада з питань охорони здоров'я"

Соціально-економічний розвиток України на сучасному етапі характеризується, на думку багатьох експертів, розбалансованістю, несталістю та продовженням спаду промислового виробництва. Процеси реструктуризації та приватизації засобів виробництва не тільки не стабілізували, а і заглибили соціальні процеси, що відбуваються в суспільстві. За останні 10 років рівень валового національного прибутку (ВНП) та показники індивідуального споживання (ІС) в Україні зменшилися не менш, як в 3-4 рази [1].

Економічна криза не могла не відбитися на стані системи охорони здоров'я. Напруження, що має місце в медичній галузі, обумовлене наявністю суттєвих протиріч між усіма складовими елементами існуючої системи охорони здоров'я. Це насамперед стосується сфери державного управління галузю, соціального піклування про здоров'я і сферою професійної медичної діяльності. За висновками професійного медичного об'єднання "Пульс України", центробіжні процеси, що характеризують взаємозв'язки між цими сферами, унеможливають функціонування системи як цілого організаційно-функціонального об'єднання [2].

За таких умов, на наш погляд, недостатньо розглядати систему охорони здоров'я як комплекс державних, громадських та медичних заходів, що направлені на зміцнення та відновлення здоров'я. Без оцінки соціальних процесів, які відбуваються в суспільстві і насамперед в системі задоволення потреб у медичних послугах, неможливо обґрунтувати ефективні заходи як у сфері державної так і регіональної політики. Лише за умов врахування інтересів населення в охороні здоров'я створюються можливості розробки ефективної стратегії реформування регіональних систем охорони здоров'я.

Такий підхід співпадає з принципами реформування систем охорони здоров'я в розвинутих країнах, проголошених ВООЗ для сучасного етапу. Згідно з Люблянською хартією Європейського бюро ВООЗ (1997 року) та Програмою ВООЗ "Здоров'я для всіх

XXI ст." (1999 р.), головними завданнями урядів на прийдешній період є створення умов подальшої реалізації принципів справедливості, рівності, доступності та доцільності. Характерними рисами систем охорони здоров'я повинні бути їх мобільність, динамічність і гранична функціональність. При цьому, захист споживчих можливостей населення (витрати на медичні послуги) розглядається як одне з головних завдань урядів європейських держав [3].

Виходячи з наведеного, без впливу населення на процес вироблення політики в охороні здоров'я ця система ніколи не буде відповідати потребам населення в соціальній сфері.

Стосовно нашої держави проблема захисту прав споживача набуває особливого значення. За умов дефіциту бюджетних коштів (35% від потреб охорони здоров'я) органи виконавчої влади зосереджують свої зусилля на пошуку механізмів залучення коштів від населення в систему медичної допомоги. Втім, недосконалість законодавства та відсутність необхідних умов суспільного контролю за діяльністю органів місцевого самоврядування веде до формальних дій відповідно до реалізації дефіцитних регіональних бюджетів в охороні здоров'я. І насамперед це посилення адміністративних механізмів. Як наслідок такої політики значна частина відносин споживачів та виробників медичних послуг вийшла за коло державного регулювання.

Досвід держав Східної та Західної Європи свідчить, що коли в цьому процесі уряд займає протекціоністську позицію в сторону лікувальних закладів процес залучення фінансів від населення набуває насильницького характеру. А при відсутності необхідних гарантій у частині якості медичних послуг серед населення формується негативне ставлення і до самої системи охорони здоров'я.

Ці процеси посилюються коли масштаби бідності набувають лавиноподібного характеру. Згідно з даними соціологічних досліджень, у 68 % жителів Одеси сума доходів не перевищує офіційного рівня бідності [4].

Соціально-економічний рівень розвитку в м. Одесі характеризується, крім виражених масштабів бідності, соціальною дезорієнтацією і непевністю в завтрашньому дні. Так, у 70 % жителів вказують, що сума прибутків не покриває необхідного рівня мінімальних потреб. А сім'ї з прибутком менше 115 гр. на члена сім'ї не мають можливості задовольняти елементарні соціальні потреби без збитку для свого здоров'я.

Для Одеси характерний і великий (більш ніж у 2 рази) ступінь розходження між реальними прибутками, оцінюваний через призму стандартного розміру малозабезпеченості і соціально обумовленої норми потреб. При високому рівні бідності (68 %) більш як 23 % сімей вважають, що рівень прибутків, який забезпечує людині фізіологічне прожиття (включаючи й елементарні соціальні потреби) повинний складати 240-290 гр. на члена сім'ї, а 62% сімей вважають, що рівень прибутку який забезпечує більш-менш гідне людині існування має складати в середньому 450 гр. .

В останні роки зберігалася й тенденція погіршення (на 10 % щодо 1998 р.) матеріального положення одеситів. Збільшується і число населення, яке песимістично оцінює економічні можливості розвитку країни і регіону (45 % у 1998 р. проти 49 % у 1999 р.).

Як видно із таблиці 1, у системі проблем, з якими стикаються одесити, це нестача грошей на самі необхідні предмети, включаючи харчування та ліки, (62 % респондентів), і 30 % населення мають проблеми з одержанням медичної допомоги. Відповідно до матеріалів соціологічних досліджень, близько половини городян оцінюють стан свого здоров'я як посередній, а кожен п'ятий - поганий. Тільки третя частина населення (це в основному віковій групі 18-39 років) оцінюють своє здоров'я як "добре" та "відмінне".

Особливу тривогу викликає тенденція погіршення здоров'я серед жіночої частини населення. Тільки 25 % жінок оцінюють стан свого здоров'я як "відмінне" та "добре".

Причинами незадовільної якості лікування одесити вважають поряд з фінансовими проблемами та дефіцитом медикаментів (74 %) і погані комунальні умови перебування в лікувальному закладі. Якість лікування, на думку населення, значною мірою залежить також від умов оплати медичних послуг та рівня забезпеченості сучасним медичним обладнанням ЛПЗ (табл.2).

Сукупність таких ознак, як високий рівень умовитованості населення в області здоров'я та жалюгідний стан ЛПЗ визначає одну із умов формування тіньового ринку медичних послуг. Одержані нами дані спростовують сталу думку чиновників від охорони здоров'я і чиновників загальнодержавного рівня, що населення недостатньо задіяне у фінансуванні системи охорони здоров'я.

Згідно з цими даними 90 % пацієнтів в умовах стаціонарного лікування безпосередньо беруть участь в його оплаті. При цьому сума цих дотацій з боку населення коливається від 10 гр. до 3,5 тис. гр. на рік.

У середньому вартість лікування в стаціонарі одного випадку хвороби в ЛПЗ для пацієнта обходиться у 380±22 гр. За самими обережними розрахунками щомісяця одесити оплачують лікарняні послуги на суму приблизно 800 тис дол. США. При цьому, значна частина цих витрат (більш як 50 %) виплачуються у якості гонорарів медичним працівникам.

Дуже обтяжним для сімейного бюджету є й придбання фармацевтичних препаратів. За даними опитування, сім'ї, що зверталися за медичною допомогою, тільки на ліки в середньому витрача-

Таблиця 1. Проблеми, що найбільше хвилюють одеситів

Перелік проблем	Кількість респондентів (%)
Нестача грошей на найнеобхідніше (харчування, ліки та сплата комунальних послуг)	62
Нестача грошей на предмети довгострокового використання	43
Неможливість знайти роботу	27
Несприятлива екологічна ситуація	23
Погані житлові умови	19
Сутичка з чинниками злочинності та насильства	11

Таблиця 2. Причини незадовільної якості лікування

Причини	% респондентів
Нестача медикаментів	74
Погані умови	50
Неофіційна оплата мед. послуг	38
Нестача медичного устаткування	30
Недостатня увага з боку лікаря	25
Низька кваліфікація лікаря	20

ють близько 60 гр. Проведені розрахунки показують, що в рамках міста щомісячні витрати на покупку фармацевтичних засобів складають 9-11 млн. гр., або 2,0 -2,5 млн. дол. США.

Отримані результати свідчать про те, що обсяги реальних фінансових надходжень від населення до системи охорони здоров'я в 10-15 разів вищі, ніж показує офіційна статистика. По Одесі їх розмір складає більше ніж 80 % державного бюджету, який виділяється на охорону здоров'я. Видатки на охорону здоров'я в сімейному бюджеті середньостатистичної сім'ї сягає 50-60 % прожиткового мінімуму, прийнятого на Україні.

Наведені дані підтвердили і відому залежність: неврахування інтересів населення - шлях до тіньової економіки. За наших умов особливе місце в цьому процесі займають регіональні органи виконавчої влади. Принцип соціального захисту практично трансформувалася в систему безконтрольного тиску виробників медичних послуг на населення. Незахищеність населення в області охорони здоров'я на фоні економічної кризи є потужним чинником політичної нестабільності в державі. З іншої сторони, дані про реальні умови функціонування системи охорони здоров'я дозволяють відійти від ілюзорних та не обґрунтованих проєктів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

Досвід країн світу і динаміка стану охорони здоров'я в країнах СНГ дає змогу виділити базові елементи на яких слід сконцентрувати увагу при трансформації системи медичної допомоги.

Насамперед це перехід на шляхи ефективного використання наявних ресурсів. Технологічні схеми реалізації цих стратегій повинні опиратися з одного боку на чіткі механізми державного регулювання при визначенні і розміщенні серед ЛПЗ держзамовлення в системі медико-санітарного обслуговування, а з другого, повинні враховувати інтереси населення як за обсягами, так і в частині забезпечення якості медичних послуг. Саме впровадження гарантованого мінімуму медичних послуг та втілення контрактної схеми розподілу держзамовлення серед лікувальних закладів може забезпечити соціальні гарантії в сфері охорони здоров'я. З досвіду країн Східної Європи перехід на контрактні умови у відносинах між учасниками системи медичної допомоги та державою є найбільш прийнятним механізмом підвищення продуктивності і в діяльності ЛПЗ. Контрактні умови через систему тендерів - це є еволюційний шлях до реструктуризації державних лікувальних закладів. А саме наявність цих процесів є свідченням про позитивні зміни у процесі оптимізації систем охорони здоров'я.

Другий обов'язковий компонент реформ - це захист фінансових ресурсів населення, які залучаються в охорону здоров'я. Найбільш прийнятним механізмом захисту споживача є система медич-

ного страхування. Саме страхування ризиків в медичній сфері дозволяє:

- більш чітко розподілити відповідальність за здоров'я між державою та населенням (державні програми та обсяг медичних послуг за страховим полісом);

- підвищити відповідальність населення за збереження свого здоров'я, та лікувальних закладів за якість медичних послуг, упорядкувати витрати населення на надання послуг та створити прозору і зрозумілу систему залучених коштів в систему охорони здоров'я;

- підійти до вирішення найбільш значимої проблеми в системі суспільних відносин солідарної відповідальності за стан здоров'я різних прошарків населення.

Перелік позитивних елементів системи медичного страхування нами приводиться не з метою підтвердження доцільності таких механізмів для залучення коштів від населення, а для того щоб підкреслити недоліки існуючих систем "медичного страхування", що поширені у нашій країні.

Стратегія діяльності лікарських кас та фондів сприяння здоров'ю побудованих на принципах благодійності, в своїй більшості спрямована не на захист населення а на створення умов діяльності ЛПЗ. Крім того, значна частина цих фінансових інституцій створена за участю виробників медичних послуг та фармацевтичних фірм. Саме такі ознаки притаманні організаціям, що обстоюють свої корпоративні інтереси, а діяльність спрямована на задоволення своїх потреб, а не населення. Це не тільки суперечить принципам медичного страхування але й філософії соціального захисту населення. А залучення до діяльності щодо створення фінансових пірамід медичних працівників просто аморальне. Легалізація умов фінансового здириства звичайно ж не може розглядатися через призму захисту населення, це є небезпечним прецедентом державної бездіяльності.

З цього погляду викликає сумнів обґрунтованість нарікань керівників від охорони здоров'я на низьку активність населення у фінансовій підтримці ЛПЗ, а чи на відсутність законодавчої бази. Проблема в іншому. Головним є визначення напрямку та мети реформи. Якщо ця стратегія буде сфокусована на оптимізації діяльності закладів охорони здоров'я будь якою ціною, то чекати на позитивні зміни марна справа. Якщо ж на забезпеченні потреб населення, то в цьому напрямку і треба зосереджувати діяльність державних і суспільних установ.

Таким чином, третім обов'язковим компонентом системи реформ, на нашу думку, повинні стати заходи спрямовані на розподіл функцій установ, які займаються акумуляцією коштів від населення чи держбюджету і ресурсним забезпеченням ЛПЗ.

Це може бути втілене через організацію ресурсних центрів. Створення останніх дозволить:

- акумулювати фахівців з проблем маркетингу та економістів в галузі технологічного та медикаментозного забезпечення галузі;
- всі операції щодо закупки ресурсів провести за умов тендерних досліджень, для чого організувати єдину тендерну групу в області;
- створити чітку і прозору систему ресурсних та фінансових потоків на території;
- знизити вартість обладнання та медикаментів більш як на 10-15 %;
- створити умови одержання обладнання та інших матеріалів по лізингу і використати інші механізми оплати ресурсів охорони здоров'я.

Фаховий підхід до проблеми ресурсного забезпечення дозволяє уникнути необґрунтованості закупок, сумнівних угод, нецільового використання фінансів (рис. 1). Схема діяльності ресурсних центрів у запропонованій моделі багатоканального фінансування закладів забезпечує не тільки ефективне викорис-

тання ресурсів у галузі медичної допомоги, але і створює необхідні умови переходу на нові принципи управління системою. Створення неприбуткових підрозділів (ресурсні центри) дозволяє уникнути виконання нехарактерних функцій існуючими управліннями охорони здоров'я, численими фондами і страховими компаніями. А головне, при цій схемі є надія на повернення довіри до медичної галузі та до держави в соціальній політиці. В цій схемі управління охорони здоров'я мають можливість сконцентрувати зусилля на виробленні політики в галузі охорони здоров'я та ідеології державних та регіональних програм медичної допомоги населенню. Особливе місце в роботі органів управління набуває діяльність контролю за якістю медичних послуг. Збільшивши страхові компанії та фонди сприяння охороні здоров'я від нехарактерної роботи щодо ресурсного забезпечення ЛПЗ, вони одержують можливість спрямувати свою діяльність на вдосконалення медичних програм та збільшення обхвату населення медичним страхуванням.

Регіональний ресурсний центр



Рис. 1. Організаційна модель ресурсного забезпечення ЛПЗ.

Список літератури

1. Богатирьова Р.І. Реформа охорони здоров'я України. Сучасний стан, стратегія, термінові заходи. (Аналітичний огляд МОЗ України), - К., 1999.-21 с.
2. Перспектива 2010 р. Програма реорганізації медичинської допомоги в Україні. Общественная инициатива за здоровую націю "Пульс України" - К., 1999 - 95 с.
3. Политика европейских государств в области здравоохранения. (Люблинская хартия)- Европейское бюро ВОЗ, - 1999 - 10 с.
4. Одесса-1999. Медицинское обслуживание (по оценкам населения). Социологический информационно-исследовательский центр "Пульс" - Одесса,-1999.-33 с

ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ПОДДЕРЖКИ РЕГИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ. МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Колоденко В.А. (Одесса)

В статье приведены материалы социологических исследований по участию населения в финансировании региональных систем здравоохранения. Предложены пути защиты экономических интересов пациентов, основные направления и этапы реформирования систем здравоохранения.

POLICY IN REGIONAL HEALTH CARE SYSTEMS OF UKRAINE. MYTHS AND REALITY

Kolodenko V.A. (Odessa)

Materials of sociological research by the participating of population in covering of regional systems of health care in the article are edited. There were offered the ways for protection of economical interests of patients, principal directions and stages in reforming of regional systems of health care.

В.П. БОЙКО, Л.М. РОМАНЮК, М.Є. КРАВЧУК

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ХІРУРГІЧНУ ПАТОЛОГІЮ В СІЛЬСЬКОМУ РАЙОНІ

Борців, Тернопільська область, Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського
Тернопільська лікарня швидкої допомоги

Було визначено вплив різних факторів на захворюваність сільської людності з хірургічною патологією, визначена "вага" кожного фактора. Це було зроблено з допомогою вагових індексів (табл.1-2). Ранжування факторів було проведено як для усіх хвороб, так і для кожної із виділених груп захворювань, а також для усієї людності і для провідної вікової групи. Із таблиць можна зробити такі основні висновки.

В цілому як уся людність, так і провідна група – особи віком 40-59 років – мають схожі фактори хірургічної захворюваності. Перші п'ять місць в обох випадках посідають професія, матеріальний добробут, умови харчування, наявність психічних травм в анамнезі, вік. Ці фактори справляють переважний вплив на поширеність хірургічної патології серед сільських мешканців. На протилежному кінці – фактори, чий вплив на хірургічну патологію слабкий. Це стаття, вживання тютюну і алкоголю, психоемоційний стан.

Що стосується окремих груп захворювань, то слід відмітити певні особливості. Так, професія

посіла перше рангове місце щодо впливу на такі хірургічні хвороби як поранення і забої, кили, виразка шлунка, холецистити і апендицити. Умови харчування мали найбільший вплив на варикозну хворобу, а також виразку шлунка, холецистити і апендицити. Вага матеріального добробуту була значно помітнішою серед хворих на кили, виразку шлунка, холецистити і апендицити порівняно з варикозною хворобою, пораненнями і забоями.

В таблиці 3 відображені рівні захворюваності серед різних професійних груп сільської людності. Найвищою захворюваність була серед тваринників (майже вдвічі вище за пересічний рівень), за ними – серед інших професій (на 59,9 % вище за пересічений рівень), далі – серед механізаторів (на 40,6 % вище пересічного рівня). Серед службовців і рільників показники захворюваності були нижчими за пересічний рівень відповідно на 23,2 % і в 4,4 рази. Захворюваність серед тваринників була в 8,4 рази вищою порівняно з рільниками. Закономірності, характерні для усієї людності, підтверджуються у провідній віковій групі – 40-59 років.

Таблиця 1. Рангове місце факторів захворюваності хірургічною патологією у сільських мешканців (згідно з ваговим індексом)

Фактор	Уся людиність										Х	
	усі хвороби		виразкова хвороба		поранення і забої		кили		виразка шлунка, холецистит, апендицит			
	Ваговий індекс	Р а н г	Ваговий індекс	Р а н г	Ваговий індекс	Р а н г	Ваговий індекс	Р а н г	Ваговий індекс	Р а н г	Ваговий індекс	Р а н г
Стать	1,18	11	2,36	5	2,07	8	3,12	6	1,19	11	1,98	10
Вік	11,54	1	2,15	7	2,03	9	6,05	4	2,64	7	4,88	4
Професія	8,44	2	7,66	2	21,10	1	33,8	1	17,10	1	17,62	1
Матеріальний добробут	2,99	6	2,16	6	2,47	6	24,00	2	7,00	3	7,72	2
Умови харчування	6,85	3	8,73	1	4,42	3	7,10	3	11,21	2	7,66	3
Характер сну	3,12	5	3,23	4	3,60	4	2,77	7	2,76	6	3,10	6
Психоемоційний стан	2,08	7	1,34	10	2,78	5	2,70	8	4,04	4	2,59	7
Наявність психічних травм в анамнезі	3,23	4	4,01	3	5,24	2	1,99	9	1,78	9	3,25	5
Характеріологічні особливості	1,48	10	1,18	11	2,35	7	4,67	5	2,13	8	2,36	8
Вживання тютюну	1,54	9	1,49	8	1,69	10	1,86	10	3,64	5	2,04	9
Вживання алкоголю	1,63	8	1,40	9	1,41	11	1,52	11	1,61	10	1,51	11

Так, захворюваність тваринників у цьому віці у 8 разів вища порівняно із захворюваністю рільників.

Що стосується окремих груп захворювань, то тут відмічені деякі характерні особливості. Поширеність варикозної хвороби згідно професій в цілому повторює загальні закономірності, але на третьому місці, слідом за тваринниками та іншими професіями, йшли службовці, а потім механізатори і рільники. Коливання показників були приблизно такими ж як і для усєї патології, що свідчить ще раз про провідне місце цієї хвороби в структурі хірургічної патології.

Поранення і забої найчастіше зустрічались серед механізаторів (у 3,7 рази частіше за пересічний рівень, у віці 40-59 років – в 4,1 рази), за ними йшли інші професії, тваринники, службовці і рільники. Службовці і рільники мали захворюваність нижчу від пересічного рівня (відповідно в 1,8 і 5,7 раз). Захворюваність механізаторів була в 21 раз вищою у порівнянні з рільниками (у віці 40-59 років – в 11,2 рази). Поширеність кил серед хворих різних професій повторює закономірності поранень і забоїв. У механізаторів і інших професійних груп вона була

вищою за пересічний рівень (відповідно у 2,3 і 1,9 рази), у тваринників, службовців і рільників – нижче за пересічний рівень (відповідно на 2,8 % у 2,3 і 14,7 раз). Захворюваність механізаторів була в 33,8 рази вищою порівняно з рільниками (у віці 40-59 років – у 18,9 раз).

Виразка шлунка, холецистити і апендицити найчастіше зустрічались у механізаторів, потім у тваринників, інші професій, службовців і рільників, у провідній віковій групі 40-59 років розміщення професій було дещо іншим – тваринники, механізатори, службовці і рільники.

Захворюваність механізаторів була в 17,1 разів вищою порівняно з рільниками, а у віці 40-59 років – в 5,6 разів вищою.

Отже на протилежних полюсах розмістилися тваринники, механізатори і рільники. Очевидно, що полярні рівні захворюваності представників цих професій обумовлені відмінностями у їх професії та поведінці.

Було виявлено вплив матеріального добробуту на рівень хірургічної патології (таблиця 4).

Таблиця 2. Рангове місце факторів захворюваності хірургічною патологією у сільських мешканців (згідно вагового індексу)

Фактор	Провідна вікова група 40-59 років										X	
	усі хвороби		виразкова хвороба		поранення і забої		кили		виразка шл., холецистит, апендицит			
	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг
Стать	2,21	10	2,70	6	1,38	9	3,25	5	1,38	10	1,98	9
Професія	7,98	1	8,54	1	11,2	1	18,9	1	9,7	2	11,26	1
Матеріальний добробут	2,37	5	2,63	8	1,84	5	4,03	4	4,00	3	2,97	5
Умови харчування	5,77	2	7,08	2	3,52	3	11,79	2	13,53	1	8,34	2
Характер сну	2,45	4	2,69	7	2,14	4	2,07	7	2,51	7	2,37	6
Психоемоційний стан	2,31	6	1,01	10	1,07	10	3,21	6	3,02	5	2,04	7
Наявність псих. травм в анамнезі	3,15	3	4,19	3	4,70	2	1,94	8	1,59	8	3,11	4
Характеріол. особливості	1,40	9	2,31	9	1,65	7	7,00	3	3,67	4	3,20	3
Вживання тютюну	1,56	7	2,71	5	1,83	6	1,56	9	2,94	6	2,12	8
Вживання алкоголю	1,54	8	2,90	4	1,60	8	1,38	10	1,40	9	1,76	10

Таблиця 3. Професійні особливості хірургічної патології у сільському районі (на 1000 осіб відповідної групи)

Професія (20 років і старші)	Усі хвороби		Варикозна хвороба		Поранення і забої		Кили		Виразка шлунку, холецистит, апендицит	
	вся лю-дність	40-59	вся лю-дність	40-59	вся лю-дність	40-59	вся лю-дність	40-59	вся лю-дність	40-59
Службовець	89,7	110,5	38,5	105,3	5,9	5,8	6,4	16,3	2,9	5,8
Рільник	25,4	32,8	20,5	23,7	1,9	3,6	1,0	1,8	1,0	1,8
Тваринник	214,3	261,9	157,1	202,4	13,8	23,3	14,3	11,9	13,8	11,2
Механізатор	155,4	136,4	27	34,1	40,0	40,4	33,8	34,1	17,1	10,1
Інші (домогосподарки різно-робочі, тощо)	173,4	242,2	74,7	121,7	20,0	28,5	27,4	26,6	11,9	17,5
Пересічно	110,5	135,0	46,4	60,3	10,8	9,9	14,7	15,3	8,7	9,8

Найвищий показник захворюваності спостерігається у осіб з середнім подушним доходом (на 76,1 %) вище за пересічний рівень (у віці 40-59 років – на 50,4 %). Далі йдуть особи із низьким і високим подушним доходом, у яких захворюваність суттєво нижча за пересічний рівень (відповідно 19,5 і 41,2 %). Ця закономірність повторюється для трьох із чотирьох відокремлених груп хвороб – варикозної хвороби, поранень, забоїв і кил. Перевага вищого рівня захворюваності над нижчим була

такою: усі хвороби – 3 рази, варикозна хвороба – 2,2, поранення і забої 2,5, кили - 7 раз. Захворюваність на виразку шлунка, холецистит і апендицит була обернено пропорційна подушному доходу:

найвищий рівень відмічено у осіб з найнижчим подушним доходом, далі йшли особи з середнім подушним доходом і найнижчий рівень захворюваності відмічений у осіб з найвищим по душним доходом.

Захворюваність малозабезпечених була у 9 раз вищою у порівненні з заможними, а у віковій групі

Таблиця 4. Матеріальний добробут і хірургічна патологія сільської людності (на 1000 осіб відповідної групи)

Подушний дохід	Усі хвороби		Варикозна хвороба		Поранення і забої		Кили		Виразка шлунка, холецистит, апендицит	
	вся людність	40-59 рр.	вся людність	40-59 рр.	вся людність	40-59 рр.	вся людність	40-59 рр.	вся людність	40-59 рр.
Низький	68,1	117,1	30,0	52,3	8,5	15,5	5,9	10,0	7,0	10,0
Середній	149,0	203,1	53,7	89,8	8,9	15,6	31,2	11,7	2,8	7,8
Високий	49,8	85,7	24,9	34,2	3,6	8,5	1,3	2,9	1,0	2,5
Пересічно	84,6	135,0	33,7	60,3	8,2	9,9	11,4	15,3	6,2	9,8

40-59 років – в 4 рази вищою.

Суттєвий вплив на рівень хірургічної патології справляло харчування (таблиця 5).

У осіб, що харчувалися один раз або двічі на день, рівень захворюваності був у 2,3 рази вище за пересічний рівень і у 3 рази вищий порівняно з особами, що харчувалися тричі на день (у віці 40-59 років відповідно у 2,6 і 3,6 разів). Ця закономірність в тій чи іншій мірі була характерною для усіх виділених груп хвороб: в найменшій мірі для поранень, забоїв і кил і в найбільшій для виразок шлунка, холециститів і апендицитів. Захворюваність

на ці хвороби осіб, які харчувалися раз – двічі на день була в 11,2 рази вищою порівняно з тими, хто дотримувався триразового харчування (у віці 40-59 – в 13,2 рази).

Ще більш показовими критеріями, що розмежували людність за рівнем хірургічної патології, було захоплення гострими і солоними стравами. У осіб, які захоплюються гострими стравами, захворюваність на хірургічну патологію була в 4,7 разів вищою порівняно із пересічним рівнем (у віці 40-59 років – в 3,9 рази) ця закономірність характерна для усіх груп хвороб: варикозна хво-

Таблиця 5. Стан харчування і хірургічна патологія сільської людності (на 1000 осіб відповідної групи)

Харчування	Усі хвороби		Варикозна хвороба		Поранення і забої		Кили		Виразка шлунку, холецистити, апендицити	
	вся людність	40-59	вся людність	40-59	вся людність	40-59	вся людність	40-59	вся людність	40-59
Один раз - двічі на день	192,3	344,8	64,1	172,4	9,3	27	12,9	13,4	37	54,1
Тричі на день	64,2	96,7	27,2	46,4	7,1	11,3	8,8	8,7	3,3	4
Режим харчування не витримується	93,5	122,2	33,6	45,2	14,3	19,2	11,2	13,6	8	11,5
Переважає стан страв: гострі	397,9	520	231,6	320	31,4	39,8	52,6	40	14,8	15,7
солоні	440	557,9	237,5	280	26,7	29,2	62,5	102,6	17,8	29,2
Пересічно	84,6	135	33,7	60,3	8,2	9,9	11,4	15,3	6,2	9,8

роба – 6,9 і 5,3 рази, поранення і забої 3,8 і 4,0; кили – 4,6 і 2,6; виразка шлунка, холецистити і апендицити – 2,4 і 1,6. Ще більш відчутним було розмежування осіб, які зловживали солоними стравами. Тут відношення до пересічного рівня були такими: усі хвороби – 5,2 і 4,1; варикозна хвороба 7,0 і 4,6; поранення і забої – 3,3 і 2,9; виразка

шлунка, холецистиги і апендицити 2,9 і 3,0.

Звісно, що означені, фактори ризику хірургічної патології діють не поодиноці, а разом, а вкупі. Вони тісно між собою пов'язані. Система медичної допомоги, здійснюючи профілактичні і лікувальні заходи, має брати їх до уваги, прогножуючи можливий рівень хірургічної патології та її наслідки.

На основі всього вищенаведеного можна зробити такі висновки:

1. Умови і спосіб життя сільських мешканців справляють великий вплив на поширеність хірургічних хвороб та структуру хірургічної патології. Провідне місце серед факторів хірургічної патології займають професія, умови харчування, матеріальний добробут, наявність в анамнезі психічних травм. Слабше впливають стать, шкідливі звички.

2. Перелік означених факторів на різні групи хірургічних захворювань в основному ідентичний. Відмінності торкаються головне сили і характеру впливу.

3. Профілактична і лікувальна робота дільничних лікарів, лікарів загальної практики і хірургів на рівні сільських лікарських дільниць і ЦРЛ має оцінюватись не лише загалом і в розрізі певних груп хвороб, а й в розрізі професійних і соціальних прошарків сільської людності.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ В СЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ

В.П. Бойко, Л.М. Романюк, М.Є. Кравчук (Тернополь)

Изучено влияние следующих социальных факторов на хирургическую патологию – материальное благосостояние, профессия, образование, питание, отдых, семейное положение, психозмоциональные нагрузки, вредные привычки. основными из них являются - материальное благосостояние, профессия, условия питания.

EFFECTS OF THE SOCIAL FACTORS ON SURGICAL PATHOLOGY IN RURAL AREA

V.Bojko, L. Romanjuk, M. Kravchuk (Ternopil)

It was investigated the effect of following social factors on surgical pathology – living conditions, profession, education, nourishment, [psychoemotional loadings, harmful habits], rest, family status. There are the main of them: living conditions and profession, nourishment.

УДК 616-037.001:612.013:616/618:613.633

О.Г. ПРОЦЕК, О.М. ОЧЕРЕДЬКО, А.М. НАГОРНА, Т.С. ГРУЗЬЄВА

РОЛЬ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ

Вінницький державний медичний університет, Український інститут громадського здоров'я (Київ)

Без перебільшення можна стверджувати, що епідеміологія є науковою базою профілактичної, соціальної та лікувальної медицини. Незважаючи на сиву давнину свого виникнення, епідеміологія майже не розвивалася до початку ХХ ст. Бурхливий розвиток її відбувся протягом трьох останніх десятиліть. Епідеміологія охоплює не тільки поширеність і причинність (а, отже, і профілактику) хвороб, але й здоров'я та пов'язані з ним процеси в популяції.

Сучасна епідеміологія вступила в найбільш значну стадію свого розвитку. На основі дослідження чинників ризику виникнення хронічних хвороб, винайдення нових методів лікування та можливостей служб охорони здоров'я епідеміологія відкрила нові можливості профілактики, лікування, планування, і покращення ефективності охорони здоров'я. Очевидний інтерес і потреба викорис-

тання медичними науками набутоків епідеміології привели до виникнення нових її відгалужень.

В умовах очевидної недоресстрації захворювань особливе місце посідають вибіркові дескриптивні епідеміологічні спостереження за часом, місцем і контингентами популяції. Ця проблема є особливо актуальною для сільських мешканців (табл. 1). Вивчення загальної захворюваності сільських мешканців за результатами дескриптивних епідеміологічних вибіркових спостережень, проведених різними дослідниками, в тому числі й власних, показало значне перевищення її рівнів над рівнями захворюваності за звертаннями. Саме тому, а також через недорахування чинників ризику та поконтингентної поширеності явищ програми загального моніторингу здоров'я слід доповнювати епідеміологічним вибірковим моніторингом.

Таблиця 1. Характеристика загальної захворюваності сільських мешканців за результатами епідеміологічних вибіркових спостережень

Характеристика загальної захворюваності сільських мешканців за результатами епідеміологічних вибіркових спостережень		
джерела інформації	захворюваність, за звертаннями в ЛПЗ, %	перевищення рівнів загальної захворюваності над рівнями захворюваності за звертаннями, рази
[1]	2205	3.0
[2]	2488	4.0
[3]	2250	1.7
[4]	1526	1.5
[5]	620	1.3

Дослідження географії захворювання (чи географічної патології) є важливим аспектом дескриптивної епідеміології. Результати вивчення особливостей поширеності патології в різних регіонах свідчать про значні відмінності (чи варіації) її поширеності не лише між країнами, а й у межах од-

ної країни. Такі дослідження уможливають вивчення відносної важливості спадкових і середовищних чинників, наслідків міграційних процесів, ролі дієти та інших етіологічних чинників.

Світ не є уніформним. Культури, стандарти життя і середовище значно варіюють. Використання

мігрантних досліджень є одним із засобів вивчення ролі спадкових і середовищних чинників. Саме вони дають змогу пояснити і передбачити зростання схильності населення Японії до ІХС, раку стравоходу і шлунка, прослідкувати "інкубаційний період" хронічних захворювань.

Географічні спостереження значно вплинули на наше розуміння ендемічності патології, її природи, детермінантів, наслідків, а також виявились поштовхом і базисом для прийняття національних програм захисту здоров'я. Географічні розбіжності поширеності захворювань визначаються етіологічним агентом, популяцією, чинниками середовища. Класичними прикладами хвороб з регіональними особливостями є жовта горячка, шистосомози, сонна хвороба, ендемічний зоб. Ряд досліджень показує, що бронхіальна астма, рак, серцево-судинні хвороби, групи крові й аномальні типи гемоглобіну мають географічні моделі (особливості) поширеності. Іншими словами, всі захворювання, гострі чи хронічні, комунікантні чи некомунікантні, мають певні моделі географічного поширення.

Важливим видом географічних епідеміологічних спостережень є вивчення місцевих моделей поширеності захворювань. Саме на основі такого спостереження англійський учений-епідеміолог Джон Сноу зміг сформулювати гіпотезу, що холера поширюється через воду, завдяки до виникнення бактеріології. Саме на підставі аналізу точкової карти "місця зайнятості" Максі в 1920 році висунув гіпотезу про існування резервуара збудника тифу серед гризунів. Не так давно вивчення скупченості захворювань навколо джерел статевого зносу і переливання крові дало ключ до розкриття етіології СНІД як інфекційного захворювання.

Іншим важливим напрямком епідеміології є встановлення етіологічних агентів, чинників ризику та груп населення підвищеного ризику. Розглядаючи особливості частоти виникнення та поширеності патології (порушення) у певні популяції за часом, місцем та контингентами, можна обґрунтувати етіологічну гіпотезу та визначити групи ризику. Так, за даними власних епідеміологічних спостережень, основними групами підвищеного ризику виникнення захворювань серед сільських мешканців працездатного віку вірогідно є безробітні та некваліфіковані робітники, а також особи з несприятливим шлюбним станом (розлучені, вдівці/вдови) [1].

Особливе значення мають поздовжні когортні аналітичні епідеміологічні спостереження, що дають змогу встановити роль сезонних, природно-кліматичних чинників, а також закономірності типу тривалість експозиції - ефект. Вони є незамінними для вивчення сучасних епідемій як комунікативних, так і некомунікативних захворювань [6]. Кла-

сичними прикладами когортних спостережень є вивчення зв'язку між курінням і виникненням раку легенів [7, 8, 9], дослідження чинників ризику серцево-судинних захворювань у Фремінгемі, США [10], впливу оральних контрацептивів на частоту виникнення онко- та серцево-судинної патології у жінок [11].

Наступним вартим уваги аспектом епідеміології є оцінка ефективності форм надання медичної допомоги, методів профілактики, обстеження, лікування на підставі експериментальних епідеміологічних спостережень. Досить часто лікарі в щоденній своїй діяльності керуються власним клінічним досвідом чи досвідом своїх наставників, який поступово потрапляє на сторінки наукових видань, підручників, цитується відомими вченими, викладачами, лікарями та їх послідовниками, і набуває авторитетності, хоча й не перевірений науковими спостереженнями. Аналогічно багато заходів служб охорони здоров'я плануються на основі уявних вигід, припущень, реальна користь яких не підлягає строгій науковій перевірці. Історія медицини переповнена такими прикладами. Так, століттями використовували терапевтичне кровопускання і масивну послаблювальну терапію. І лише за останні 30 років були прийняті широкі заходи, направлені на використання наукових технологій для оцінки методів лікування і профілактики. Важливим зрушенням у цьому процесі став розвиток оціночних методик, відомих як контрольовані рандомізовані спостереження (КРС). Це, по суті, і є епідеміологічний експеримент. З моменту свого визнання і застосування КРС дали наукові свідчення про ефективність таких широковживаних методів лікування, як видалення варикозних вен, тонзилектомія, вживання пероральних гіпоглікемічних засобів, госпіталізація всіх пацієнтів з інфарктом міокарда, мультифазний скринінг, а також негативні наслідки і доцільність багатьох превентивних і терапевтичних процедур.

Переважно клінічні "експериментальні спостереження" стосуються оцінки ефективності терапевтичних засобів, зокрема лікарських [12-16].

Виявилось, що в сучасну еру наукової медицини все ще виконується багато ненаукових і недоречних процедур. Так, дослідження ефективності призначення лікарських засобів, проведене за участю групи експертів у США, показало, що лише 23 % з 16 000 обстежених лікарських препаратів, що були призначені, можна класифікувати як ефективні [17]. За даними ВООЗ, сьогодні лише близько 20 % усіх медичних втручань пройшли належні клінічні випробування для оцінки їх ефективності, а 30 % усіх наданих клінічних послуг є вірогідно неефективними.

Багатопротильний скринінг загальної популяції, суцільна диспансеризація не є ефективними

за результатами епідеміологічних, клінічних і превентивних спостережень. Комітет експертів США з питань профілактичної медицини виніс рішення про недоцільність щорічних комплексних профоглядів за критерієм ефективність/затратність. Низка тестів (мамографія, мазки за Папаніколау, ЕКГ) є досить чутливими і специфічними тестами масового скринінгу, тоді як флюорографія, туберкуліновий, глюкозуричний та інші скринінгові тести дають велику кількість хибнопозитивних результатів під час застосування їх у загальній популяції [18].

Галузь застосування контрольованих рандомізованих спостережень розширилась до оцінки ефективності служб здоров'я. Частою проблемою є вибір між альтернативними політиками забезпечення населення послугами охорони здоров'я. Потреба вибору впливає з обмеженості ресурсів, доцільності першочергової уваги саме до пріоритетних заходів покращення здоров'я та благополуччя громади серед множини задіяних процесів і аспектів. Чудовим прикладом є оцінка ефективності хіміотерапії з приводу туберкульозу, проведеної на основі КРС в Індії. Результати дослідження показали, що лікування вдома у випадку легеневих форм туберкульозу є настільки ж ефективним, як і госпітальне чи санаторне лікування. Вони здобули широке визнання і відкрили новий етап боротьби з захворювання - етап лікування туберкульозу в домашніх умовах.

Більш сучасним прикладом є оцінка ефективності мультифазного скринінгу на основі КРС, проведеного в Лондоні. Результати дослідження привели до збереження величезних ресурсів, які були необхідні для забезпечення національної програми мультифазного скринінгу в Англії [19, 20]. Іншим прикладом є експериментальні спостереження, висновки яких переконливо показали, що багато функцій під час надання медичної допомоги

населенню, які традиційно виконувались лікарями, можуть здійснюватися медичними сестрами, парамедичним персоналом, що значно економить час лікаря [21].

Досить новим напрямом застосування епідеміологічних досліджень є розробка ситуаційних і прогностичних сценаріїв розвитку систем. Так, на основі вивчення динамічних, територіальних і контингентних ситуацій формування захворюваності сільських мешканців, нами були змодельовані та обрані перспективні напрями розвитку сільських населених пунктів України - їх укрупнення, розвиток соціальної сфери, нормалізація соціальної та демографічної структури сільського населення, оптимізація ринку зайнятості за допомогою соціометричного моделювання [1]. Цей напрям ефективно поширюється на обґрунтування і перспективи впровадження моделей страхової, сімейної, муніципальної медицини, а також є основою визначення оптимальних параметрів забезпечення населення медичною допомогою від вивчення закономірностей формування здоров'я різних груп популяції, його стану до обґрунтування систем медико-соціального забезпечення. Зокрема, результати епідеміологічного вивчення стану первинної медичної допомоги сільському населенню України, проведеного кафедрою соціальної медицини Вінницького державного медичного університету, свідчать про необхідність забезпечення цього етапу стаціонарною та кваліфікованою лікарською допомогою [1].

Отже, епідеміологічні спостереження і надалі розвиватимуться як необхідна складова частина медичної науки та практики. Створення та розвиток "доказової медицини" є пріоритетним напрямом, який у великій мірі сприятиме підвищенню ефективності надання медичних послуг і збереженню здоров'я населення.

Список літератури

1. *Очередыко О.М.* Умови життя та стан захворюваності сільських сімей України, сценарні моделі збереження їх здоров'я - Вінниця: "УНІВЕРСУМ-Вінниця", 1998. - 310 с.
2. *Рогачев Г.И.* К методике изучения заболеваемости населения // Сов. здравоохранение. - 1991. - № 7. - С. 33-36.
3. *Тинтюк Д.В.* Развитие диспансеризации на селе в условиях перестройки Советского здравоохранения // Сов. здравоохранение. - 1991. - № 5. - С. 50 - 53.
4. *Тюрина О.В.* Здоровье семей рабочих крупных сельскохоззяйственных комплексов. Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1990. - 20 с.
5. *Шидловський П.Р.* Заболеваемость населения в загрязненных радионуклидами районах Брестской области / Здравоохранение Беларуси. - 1992. - № 5. - С. 13 - 17.
6. *Last John M. et al.* A Dictionary of Epidemiology, a Handbook sponsored by the IEA. - Oxford: Univ. Press, 1983. - 412 p.
7. *Royal College of General Practitioners* // Oral Contraceptives and Health. - London: Pitman Medical, 1974 - 275 p.
8. *Dorn H.F.* Repercussions of smoking // Pub. Heals Rep. - 1959. - № 74. - P. 518 - 593.
9. *Hammond E.C. and Horn D.* Horn Association between smoking and lung cancer // JAMA. - 1954. - № 155. - P. 1316 - 1328.
10. *Neutra R.R. et al.* Oral contraceptives and Health // N. Eng. J. Med. - 1978. - № 299. - P. 324 - 326.
11. *Johnson F.N. and Johnson S. et al.* Clinical Trials. - Oxford Blackwell, 1977. - 215 p.
12. *Weser J.K. et al.* Assessment of beta-blockator in treatment of patients with CHD // N. Eng. J. Med. - № 310. - P. 830.

13. *Smithells R.W. et al.* Prevention of neurological abnormalities in fetus with folate treatment before conceiving // *Lancet*. - №1. - P. 1027 - 1031.
14. *Paradise J.L. et al.* Study Randomised Trial on Efficiency of Tonsillectomy // *N. Eng. J. Med.*, 1984. - № 310. - P. 674.
15. *Galaska A.M.* Coronary Artery Surgery Study Randomised Trial // *Also*. - 1984. - P. 750.
16. *Mausner J.S. and Bahn A.K.* *Epidemiology: An Introductory Text*. - Philadelphia: Saunders, 1974. - 115 p.
17. *Guide to clinical preventive services: Report of the US Preventive Services Task Force*. Second edition. - Baltimore: Williams and Wilkins, 1996. - 160 p.
18. *South - East London Screening Study Group.* Assessment of multiphase screening efficiency // *Ing. J Epi*. - 1977. - 6. - № 4. - P. 357 - 363.
19. *Bennet A.E.* *Recent Advances in Community Medicine* // Churchill Livingstone. - 1978. - 211 p.
20. *Sackett D.L. et al.* Participating of Paramedical Workers in Public Health *Ann. Int. Med.* - 1974. - № 80. - P. 137.

РОЛЬ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Е. Г. Процек, А.Н. Очередько, А.М. Нагорная, Т.С. Грузева (Винница, Киев)

Проанализированы современное состояние и перспективы использования эпидемиологических наблюдений. Обсуждены основные направления их практического применения. Сделан вывод, что эпидемиологические наблюдения и впредь будут развиваться как необходимая составляющая медицинской науки и практики. Создание и развитие "доказательной медицины" является приоритетным направлением, способствующим повышению эффективности оказания медицинской помощи и сохранению здоровья населения.

THE ROLE OF EPIDEMIOLOGICAL CONTROL IN NOWADAY MEDICINE

Ye.G. Protsek, A.N. Ocheredko, A.M. Nahorna, T.S. Hruzeva (Vinnysta, Kyiv)

There have been analysed up-today situation and prospects in epidemiological studies development and application. The main approaches have been discussed. It's concluded, that epidemiological studies are and will be developing as important field of medical science and practice. Raising and development of "conclusive medicine" is the matter of top priority, which greatly contributes to improve the efficacy in medical services provision and to preserve the public health.

Б.О. МАТВІЙЧУК

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ОБОДОВОЇ КИШКИ РАКОВОГО ГЕНЕЗУ - РЕАЛЬНІСТЬ І ПЕРСПЕКТИВА

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Організація надання медичної допомоги хворим з гострою непрохідністю ободової кишки ракового генезу (ГНОКРГ) є однією з найбільш складних та нерозв'язаних в ургентній абдомінальній хірургії. Поєднання онкологічного (обструктивний рак) і хірургічного (гостра кишкова непрохідність) аспектів у проблемі ГНОКРГ створює особливі труднощі для її розв'язання. В силу існуючих обставин, пацієнти з ГНОКРГ шпиталізуються у хірургічні відділення всіх рівнів - від районної лікарні до спеціалізованої клініки. Значна частина хірургів, насамперед найчисленнішої периферійної ланки, будучи позбавленою можливості виконання планових втручань хворим на колоректальний рак, як правило обмежується заходами щодо ліквідації гострої кишкової непрохідності (ГКН) формування протиприродних зв'язків, в кращому випадку - операція-м'ягкого Гастрма-а в обсязі, далекому від онкологічного радикального. Значний поступ у вдосконаленні тактики лікування хворих на ГНОКРГ, зокрема виконання одномоментних онкологічно радикальних резекцій з інтраопераційним лаважем кишки і первинним анастомозом залишається надбанням спеціалізованих клінік [4, 9, 10, 13], а відтак поки що не впливає на інтегральні показники якості надання медичної допомоги цьому важкому контингенту пацієнтів.

Проведене в клініці дослідження дало можливість виявити окремі аспекти проблеми надання медичної допомоги хворим з ГНОКРГ і накреслити заходи по їх розв'язанню.

Обстежено 202 пацієнти, оперованих в клініці хірургії ФПДО протягом 13 років (1984 - 1996 р.р.). Лише у 59,2 % випадків у скеруваннях лікарями хворих у клініку було відзначено виключно наявність ГКН. У решти пацієнтів (37,3 %) не було розпізнано ознак порушення кишкової прохідності. Фактично, у 96,5 % хворих рак ободової кишки діагностовано вперше в клініці у зв'язку з виникненням ГКН. Серед обстежених пацієнтів незначно переважали жінки (59,4 %). Вік хворих знаходився

в межах від 18 до 90 років (середній - $65,76 \pm 11,94$). Згідно з особистим переконанням 49,5 % пацієнтів, поява ГКН була першим проявом захворювання.

У невідкладному порядку хірургічні втручання виконано у 69,8 % хворих. Виконані операції мали радикальний, паліативний та експлоративний характер відповідно у 51,5 %, 47 % та 1,5 % випадків. Першу стадію пухлинного процесу виявлено у 4 % хворих, другу - у 28,2 %, третю і четверту - у 39,6 % та 28,2 % оперованих. У 27,2 % хворих розвинулись різні за важкістю та перебігом післяопераційні ускладнення. Післяопераційна летальність становила 24,2 %. Загальне п'ятирічне виживання дорівнювало 20 %. П'ятирічне виживання у пацієнтів з I, II, III стадіями пухлинного процесу становило відповідно 71,4 %, 44,2 % і 4,4 %. Трьом хворим було виконано одномоментні онкологічні радикальні резекції кишки, ретроградний лаваж і накладання однорядного вузлового анастомозу.

Досвід, здобутий у лікуванні пацієнтів з ГНОКРГ та аналіз результатів проведеного дослідження дали можливість висвітлити особливості та окремі недолки сучасної організації медичної допомоги цим хворим, а також накреслити деякі заходи її вдосконалення.

1. Основне значення у наданні первинної медичної допомоги пацієнтам з ГНОКРГ мають і матимуть у найближчій перспективі загальнохірургічні відділення.

Причиною цього є не стільки існуюче співвідношення між онкологічними і загальнохірургічними ліжками, скільки особливість патології і реальність можливості її розпізнання на дошпитальному рівні. У значної частини пацієнтів з ГНОКРГ, як показало дослідження, виникнення ГКН є першим проявом захворювання, що співпадає з повідомленнями клініцистів [1, 7, 8, 12, 14]. Таким чином, субклінічний перебіг захворювання аж до появи ускладнення - ГКН, унеможлиблює своєчасне виявлення раку товстої кишки у низки пацієнтів, відтак -

планове оперативне лікування у спеціалізованому онкологічному стаціонарі. Нозологічна діагностика ГНОКРГ особливо на дошпитальному етапі є незадовільною. У більшості випадків лікарі обмежуються лише синдромним діагнозом "ГКН", не намагаючись з'ясувати дійсну причину гострого порушення кишкового пасажу. Розглядати цю поширену практику як недолік у роботі недоцільно, беручи до уваги хоча б той факт, що навіть у стаціонарних умовах, за повідомленням Д.Г. Ушверидзе [5], дійсна причина кишкової непрохідності у 92,7 % випадків з'ясовується лише на операційному столі. Отже, навіть у разі налагодження умов для надання невідкладної медичної допомоги у онкологічних стаціонарах, більша частина з ГНОКРГ потрапить у загальнохірургічні відділення.

2. Звуження "рамок" програми хірургічного лікування хворих з ГНОКРГ виключно до оперативної ліквідації ГКН є помилковим.

Існуючий донедавна погляд на появу ускладнень раку товстої кишки, зокрема ГКН, як на ознаку занедбаності пухлинного процесу не витримав перевірки часом. Як за отриманими даними, так і за повідомленнями клініцистів [12] майже у кожного другого хворого з ГНОКРГ під час операції не виявляються ознаки дисемінації раку, тобто є умови для застосування онкологічного радикального лікування. Програмою "мінімум" залишається оперативна ліквідація ГКН, програмою "максимум" - онкологічно радикальна резекція кишки з або без накладання первинного анастомозу. Основними детермінантами вибору об'єму і характеру втручання є ступінь операційного ризику, передовсім - важкість стану хворого, та досвід хірурга в царині колоректальної хірургії.

3. Умовою покращення віддалених наслідків лікування хворих на ГНОКРГ є дотримання принципів онкологічного радикалізму хірургічного втручання.

Дотепер діючим орієнтиром у невідкладній хірургії обструктивного раку ободової кишки є резекція кишки в межах 5 -6 см в оральному і стільки ж в аборальному напрямках від краю пухлини [2]. В дійсності, такий об'єм резекції є онкологічно

радикальним, однак лише у випадках I або II стадії пухлинного процесу. Згідно з результатами проведеного дослідження, найчисельнішу групу серед пацієнтів з ГНОКРГ складають хворі з III стадією пухлинного процесу, основною патоморфологічною ознакою якої є наявність метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах. Згадана вище операція у цих пацієнтів у кращому випадку матиме "умовно радикальний" характер. Ні планова, ні тим більше невідкладна хірургія раку товстої кишки дотепер не володіють методикою інтраопераційної верифікації стадії пухлинного процесу (I, II чи III). Тому вимогам онкологічної радикальності, згідно з переконаннями більшості колоректальних хірургів [6, 11], найбільше відповідає широка анатомічна резекція кишки з видаленням всієї зони регіонарного лімфодренажу. Саме виконання сегментарних резекцій у пацієнтів з лівобічним обструктивним раком ободової кишки, як з'ясувалось за ходом дослідження, стало причиною різкого зменшення п'ятирічного виживання хворих з III стадією пухлинного процесу порівняно з пацієнтами з I та II стадіями. Не адаптованість значної частини хірургів до виконання онкологічно радикальних втручань хворим на ГНОКРГ спричинила зростання післяопераційної летальності (39 - 57,2 %) і, як наслідок, відмову від їх застосування [5]. Забезпечення участі онколога у невідкладних хірургічних втручаннях у пацієнтів з ГНОКРГ, запропоноване Д.Г. Ушверидзе [5], видається доцільним, хоч майже нереальним у виконанні. Застосування одномоментних онкологічно радикальних операцій, інтраопераційного лаважу і накладання первинного анастомозу потребує участі хірургів високої кваліфікації і в масштабах країни є неблизькою перспективою.

4. Реальним заходом у покращенні результатів лікування пацієнтів з ГНОКРГ є застосування двоетапної онкологічно радикальної операції.

Впровадження опрацьованого етапного онкологічно радикального хірургічного лікування [3] сприятиме зростанню кваліфікації широкого загалу хірургів, відтак - покращить інтегральні показники лікування цього, одного з найважчих контингентів хворих у невідкладній абдомінальній хірургії.

Висновки

1. Сучасна організація надання медичної допомоги хворим з ГНОКРГ повинна забезпечувати адекватне розв'язання як хірургічного, так і онкологічного аспектів проблеми.

2. Покращення інтегральних показників якості надання медичної допомоги пацієнтам з ГНОКРГ можливе при умові зростання досвіду широкого загалу хірургів у царині колоректальної хірургії.

Список літератури

1. Бонбаренко Н.М., Барвинський В.Н., Яльченко Н.А., Брюшков С.С., Халатко Г.Е., Федьковський В.Т. Обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза в клинике неотложной хирургии // Гостра непроходимость кишечника: Матеріали XIX з'їзду хірургів України (Харків, 21 - 24 травня 2000 р.). - Харків 2000. - С. 125 - 126.

2. Дуденко В.Г., Александров Н.А. Превентивная декомпрессивная колостомия у больных, оперированных по поводу кишечной непроходимости опухолевого генеза // Гостра непрохідність кишечника: Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України (Харків, 21 - 24 травня 2000 р.). - Харків 2000. - С. 133 - 134.
3. Матвійчук Б.О. Застосування етапної радикальної операції з приводу обструктивного раку ободової кишки // Клін. Хірургія. - 1998. - № 6. - С. 19 - 20.
4. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Белянский Л.С., Маркулан Л.Ю., Лаврик А.С., Пустовит А.А. Дифференцированный подход к лечению непроходимости толстой кишки // Гостра непрохідність кишечника: Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України (Харків, 21 - 24 травня 2000 р.). - Харків 2000. - С. 158 - 159.
5. Ушверидзе Д.Г., Симонов Н.Н., Барчук А.С., Организация экстренной хирургической помощи больным осложненными формами рака толстой кишки в крупном промышленном городе // Вопр. Онкологии. - 1996. - Т. 42. № 2. - С. 89 - 92.
6. Jatzko G., Lisborg P., Wette V. Improving survival rates for patients with colorectal cancer // Br. J. Surg. - 1992. - vol. 79. - № 6. - P. 588 - 591.
7. MacKenzie S., Thomson S.R., Baker L.W. Management options in malignant obstruction of the left colon // Surg. Gynec. Obstet. - 1992. - vol. 174. - №4. - P. 337 - 345.
8. Masek J., Kral J., Margaris N. Surgical Treatment of Ileus Stage Caused by Large Intestine Tumour: Abstracts of Central European Symposium of Coloproctology. Brno, Czech Rep., Nov. 7 - 10, 1993. - P. 54.
9. McGregor H., O'Dwyer P.J. The surgical management of obstruction and perforation of the left colon // Surg. Gynec. Obstet. - 1993. - vol. 177. - № 2. - P. 203 - 208.
10. Mochizuki H., Nakamura E., Hase K. The advantage of primary resection and anastomosis with intraoperative bowel irrigation for obstructing left - sided colorectal carcinoma // Surg. Today. - 1993. - vol. 23. - № 9. - P. 771 - 776.
11. Nogueras J.J., Jagelman D.G. Principles of surgical resection. Influence of surgical technique on treatment outcome // Surg. Clin. N. Am. - 1993. -vol. 73. - №1. - P. 103 - 116.
12. Runkel N.S., Schlag P., Schwarz V. Outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine // Br. J. Surg. - 1991. - vol. 78. - № 2. - P. 183 - 186.
13. Stewart J., Diamant R.H., Brennan T.G., Management of obstructing lesions of the left colon by resection, on - table lavage and primary anastomosis // Surgery. - 1993. - vol. 114. - № 3. - P. 502 - 505.
14. Winawer S.J. Colorectal Cancer Screening Comes of Age // N. Engl. J. Med. - 1993 - vol.13. - P. 1416 - 1417.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЦИНСКОЇ ПОМОЦІ БОЛЬНИМ С ОСТРОЇ НЕПРОХОДИМОСТЮ ОБОДОЧНОЇ КИШКИ РАКОВОГО ГЕНЕЗА - РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВА

Б.О. Матвійчук (Львов)

В статье предоставлены результаты лечения 202 больных с острой кишечной непроходимостью ободочной кишки ракового генеза. В 96,5 % случаев рак ободочной кишки впервые диагностирован в клинике в связи с возникновением осложнения. Преобладали лица женского пола (59,2 %). Возраст пациентов находился в пределах 18 - 90 лет (средний - $65,76 \pm 11,94$). В 49,5 % случаев острая кишечная непроходимость была первым признаком заболевания. В неотложном порядке оперированы 69,8 % больных. Выполненные операции имели радикальный, паллиативный и эксплоративный характер соответственно в 51,5 %, 47 % и 1,5 % случаев. Первая стадия опухолевого процесса имела место в 4 % наблюдений, вторая - у 28,2 %, третья и четвертая - у 39,6 % и 28,2 % оперированных. Послеоперационная летальность составила 24,2 %. Общее пятилетнее выживание равнялось 20 %. Пятилетнее выживание пациентов с I, II и III стадиями обструктивного рака ободочной кишки составило соответственно 71,4 %, 44,2 % и 4,4 %. На основании анализа результатов исследования раскрыты особенности действующей организации медицинской помощи больным с острой кишечной непроходимостью ободочной кишки ракового генеза, а также обоснованы реальные пути ее улучшения.

MEDICAL CARE ORGANIZATION IN PATIENTS WITH ACUTE CANCEROUS BOWEL ILEUS - REALITY AND PERSPECTIVE

B.O. Matviychuk (Lviv)

The article gives the results of treatment of 202 patients with acute cancerous bowel ileus. In 96,5 % of cases colon cancer was diagnosed in clinic due to complications' rise. Female patients prevailed (59,2 %). Patients' age ranged between 18 and 90 (average - $65,76 \pm 11,94$). In 49,5 % of cases acute bowel ileus was the first manifestation of the disease. 69,8 % of patients underwent surgery urgently. Performed operations were of radical, palliative and explorative character respectively in 51,5 %, 47 % and 1,5 % of cases. First stage of tumour process took place in 4 % of observations, second - in 28,2 %, third and fourth - in 39,6 % and 28,2 % of patients. Postoperative mortality was 24,2 %. Total five - year survival equaled 20 %. Five - year survival of patients with I, II and III stages of obstructive colon cancer was 71,4 %, 44,2 % and 4,4 % respectively. Peculiarities of current organization of medical care provided to patients with acute cancerous colon ileus were revealed at the basis of investigation results. Real ways of improvement of medical care of this kind of patients were substantiated.

MEDICAL CARE ORGANIZATION IN PATIENTS WITH ACUTE CANCEROUS BOWEL ILEUS - REALITY AND PERSPECTIVE

В.О. Марвиychuk (Lviv)

The article gives the results of treatment of 202 patients with acute cancerous bowel ileus. In 96,5 % of cases colon cancer was diagnosed in clinic due to complications' rise. Female patients prevailed (59,2 %). Patients' age ranged between 18 and 90 (average - $65,762 \pm 11,94$). In 49,5 % of cases acute bowel ileus was the first manifestation of the disease. 69,8 % of patients underwent surgery urgently. Performed operations were of radical, palliative and explorative character respectively in 51,5 %, 47 % and 1,5 % of cases. First stage of tumour process took place in 4 % of observations, second - in 28,2 %, third and fourth - in 39,6 % and 28,2 % of patients. Postoperative mortality was 24,2 %. Total five - year survival equaled 20 %. Five - year survival of patients with I, II and III stages of obstructive colon cancer was 71,4 %, 44,2 % and 4,4 % respectively. Peculiarities of current organization of medical care provided to patients with acute cancerous colon ileus were revealed at the basis of investigation results. Real ways of improvement of medical care of this kind of patients were substantiated.

УДК 618.2-06:618.3-008.6-08-039.57

О.О. ВОРОНЦОВ, Б.О. ОНИСЬКІВ, Н.В. МИХАЙЛЕЧКО, М.В. БОЙЧАК, Н.І. КОРИЛЬЧУК,
І.О. КОРНИЦЬКА, В.В. ПАВЛІКОВСЬКА

АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА ВАГІТНИМ ЖІНКАМ ІЗ ЗАГРОЗОЮ РОЗВИТКУ ПІЗНІХ ГЕСТОЗІВ

Тернопільська медична академія ім. І.Я. Горбачевського, кафедра поліклінічної справи

Сьогодні практично всі вагітні потребують особливо уважного спостереження та медикаментозної підтримки. Одним із складних завдань диспансеризації вагітних є передбачення гестозів та своєчасне проведення лікувально - профілактичних заходів. Пізній гестоз знаходиться в тісному етіопатогенетичному зв'язку з впливом таких поширених негативних факторів як соматичні захворювання, стрес, залізодефіцитна анемія, дефіцит магнію тощо. Реальність розвитку пізнього гестозу при захворюваннях серцево - судинної системи та захворюваннях нирок складає 60 - 80 %, тим часом як частота захворювання нирок у вагітних збільшилась за останні 10 років в 4 рази, а серцево-судинна патологія зросла в 2,2 рази [1]. Залізодефіцитна анемія вагітних спостерігається в 10 разів частіше і сягає в окремих областях України 70-90 % [1,2]. Існує залежність між залізодефіцитною анемією вагітних та станом хронічного стресу (різке підвищення

продукції кортизолу) [3]. Стрес обґрунтовано вважають чи не найголовнішим чинником, що уражає репродуктивне здоров'я населення [4]. Безперечним стресовим фактором є інша поліетіологічна акушерська патологія, яка немає тенденції до зменшення - загроза втратити бажану вагітність [5,6]. В свою чергу, стресові реакції взаємопов'язані з дефіцитом магнію. Стрес збільшує втрату магнію організмом за рахунок впливу катехоламінів на магнієвий гомеостаз. Крім того, магній є антагоністом кальцію та природним антикоагулянтом, який безперечно бере участь в корекції порушень дифузійно-перфузійної здатності плаценти [7,8,22]. Ранні ознаки гестозу пов'язують з гіперкоагуляційними змінами у плацентарному кровотоці [9]. Під час вагітності, навіть при збалансованому харчуванні, потреба в магнії та його дефіцит зростають в 2-3 рази. а у випадках гестозу утворюється хибне коло: в 2-3 рази

збільшується екскреція магнію [10,11]. Найбільш розроблена та чітка кортико-вісцеральна теорія розвитку гестозів розглядає дане ускладнення як "невроз вагітних" [12]. Психосоцистична характеристика вагітних, що страждають пізнім гестозом, свідчить про їх 100 % належність до інтровертованих осіб з вищим рівнем нейротизму, особистої тривожності, яка зростає, починаючи з другого триместру вагітності [13]. Таким чином, все свідчить про актуальність даної проблеми, яка не зникатиме в майбутньому.

Матеріали і методи Диспансеризація - це метод, що полягає у розподілі вагітних на однорідні за станом здоров'я групи з метою планового, систематичного, активного, диференційованого спостереження, профілактики ускладнень та лікування. Належність до певної групи ризику знаходить своє відображення в індивідуальному плані ведення вагітної, який передбачає все:

амбулаторний або стаціонарний режим обстеження, його обсяг, залучення консультантів, зміст та терміни проведення лікувально-профілактичних заходів. На амбулаторному етапі використовуються або уніфіковані плани ведення вагітної із спробою передбачити відразу всі можливі ускладнення, або старі примітивні плани із загальними положеннями окремо для групи жінок із загрозою розвитку гестозу, окремо для жінок із захворюваннями серцево-судинної системи, анемією вагітних і т. д. Починаючи з 1999 року, на базі жіночої консультації Центру перинатальної патології було впроваджено удосконалені індивідуальні плани ведення вагітних. Групи підвищеного ризику формуються, виходячи з конкретної патології, що вже має місце або може розвинути. Отже, для диспансерних груп вагітних із захворюваннями серцево-судинної системи та захворюваннями нирок, відповідну назву індивідуального плану доповнює застереження: "Підвищений ризик пізнього гестозу". На випадок анемії вагітних та хронічної фетоплацентарної недостатності (ХФПН) до планів розроблено додатки-вкладиші, в яких також містяться конкретні, науково обгрунтовані схеми діагностичних та лікувально-профілактичних заходів. Виконання індивідуального плану обов'язкове. Дільничному лікарю не потрібно вигадувати тактику для кожної пацієнтки. З цієї точки зору розподіл вагітних на групи ризику має принципове значення. З іншого боку, в диференціюванні є певна умовність: вагітна може належати водночас до різних груп. Тільки враховуючи всі особливості, план ведення вагітної може відповідати назві - "індивідуальний". Завідувачем жіночої консультації та консультантом кафедри поліклінічної справи систематично оцінюється

відповідність планів, що складені, факторам ризику та перевіряється виконання передбачених планом заходів, вносяться додаткові рекомендації (щотижнева контрольна-експертна комісія - КЕК). На етапі виконання індивідуального плану, під час кожної явки до жіночої консультації, особлива увага, в першу чергу, звертається на добре відомі можливі субклінічні прояви гестозу:

а) патологічне збільшення маси тіла, тенденція до розвитку набряків;

б) асиметрія та тенденція до збільшення кров'яного тиску;

в) поява слідів білку в сечі.

Тактика відрізняється від традиційної тим, що всім вагітним жінкам пропонується можливість в амбулаторному режимі компенсувати дефіцит магнію і таким чином впливати на важливу етіопатогенетичну ланку пізнього гестозу, не вичікуючи його проявів. Препарат Магне-В₆ у вигляді таблеток або ароматизованого сиропу є унікальним вітамінно-мінеральним додатком, значення якого важко переоцінити. Профілактично призначається антиоксидантна терапія (традиційний середник - токоферол ацетат), яка останнім часом набуває додаткового наукового обгрунтування [14].

Результати дослідження та їх обговорення За даними 1998-1999 рр. та першого півріччя 2000 року, кількість жінок, що доношують вагітність і знаходилися під наглядом жіночої консультації, зменшується приблизно на 10 % щорічно. Звертає увагу переважаюча кількість вагітних з високим та середнім ступенем ризику (88,8 %). Майже у половини вагітних (49 %) ступінь ризику оцінений як високий і цей показник збільшився за останній рік на 6 %. Високими, відносно стабільними та відповідними до середньо статистичних по Україні [1], лишаються показники супутньої екстрагенітальної патології: захворювання сечостатевої системи 31,4 - 34 - 43,7 %; хвороби системи кровообігу 9,1 - 7,1 - 7 %. Залізодефіцитна анемія складає не менше 90 %. Приблизно кожна четверта вагітна (25 - 29 - 29,6 %) відчули на собі додатковий стресовий тягар загрози переривання вагітності. На даному фоні відсоток пізніх гестозів виглядає меншим, проте необхідної тенденції цей показник не має: 3,6 - 4,6 - 4,4 %. Аналіз індивідуальних карт вагітних дозволяє сказати, що добре відлагоджена, але очікувальна тактика щодо ймовірних ознак пізнього гестозу продовжує зберігатися. Ще мають місце випадки, коли своєчасно не використовується магнеальна терапія - важливий етіопатогенетичний компонент профілактики і лікування не тільки гестозу, але й невиношування вагітності та ХФПН. Враховуючи

надзвичайну поширеність ХФПН, яка супроводжує всі ускладнення гестаційного процесу і спричиняє затримку внутрішньоутробного розвитку плода [15-21], практичного значення набули запропоновані доповнення до індивідуальних планів ведення даного контингенту. Формувати додаткову нову диспансерну групу для жінок з ХФПН, як це пропонується [15], ми вважаємо зайвим. Використання дезагрегантів, таких як трентал або аспірин [21], повинно, на нашу думку, здійснюватися з лікувальною, а не з профілактичною метою. Довідникова фармацевтична інформація містить застереження щодо їх призначення вагітним,

Диспансерний метод спрощує не тільки завдання дільничному акушеру-гінекологу, але й механізм контролю за повнотою обстеження та виконанням лікувально-профілактичних заходів. Посилання на скрутні економічні обставини, через які, наприклад, замість амбулаторного профілактичного призначення Магне-В₆ доводиться стаціонарно вводити сірчанокислу магнією, виглядають недоречними і певним чи-

ном характеризують дільничного лікаря. Одним з лікувальних ефектів препарату Магне-В₆, крім визнаної та надзвичайно потрібної антистресової дії, є зменшення набрякості, збереження енергетики та підвищення толерантності клітин центральної нервової системи до умов гіпоксії, що вкрай важливо, враховуючи стан плода. Кінцевий результат амбулаторної медичної допомоги вагітним полягає не тільки в своєчасній госпіталізації, безускладненому завершенні пологів та післяпологового періоду. Новонароджена дитина повинна розвиватися з органічно та функціонально збереженою центральною нервовою системою. Завдяки ефективним лікувально-профілактичним заходам, що здійснюються Центром перинатальної патології, в 1999-2000 рр. не відмічено жодного випадку перинатальних втрат та суттєвих ускладнень пологів з причини пізнього гестозу. Віддалені наслідки гестозу щодо розвитку новонародженого, залежно від особливостей наданої допомоги, будуть завданням подальшого дослідження.

Висновки

1. Принцип планового ведення вагітних з підвищеним ризиком пізнього гестозу належить до головних принципів диспансеризації вагітних.
2. Формування диспансерних груп окремо для вагітних з підвищеним ризиком пізнього гестозу та окремо для вагітних із соматичною патологією недоцільно.
3. Удосконалені індивідуальні плани ведення вагітних спрямовані на більш повну реалізацію принципів положень диспансерного методу.
4. Обов'язковим компонентом лікувально-профілактичних заходів для вагітних з підвищеним ризиком пізнього гестозу повинне бути призначення вітамінно-мінерального додатку у вигляді препарату Магне-В₆.
5. Диспансерний метод надання медичної допомоги полегшує керівникам лікувальної установи контроль якості спостереження за вагітними.

Список літератури

1. Н.Г. Гойда. Частота і структура екстрагенітальної патології за вагітністю і пологами та їх вплив на материнську смертність в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.-1999.-№2.-С.17-19.
2. В.Б. Гоцинський, О.О. Воронцов, Н.В. Михайлечко, Д.В. Шундиків. Диспансерний метод надання медичної допомоги вагітним жінкам, що мають підвищений ризик // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. Випуск 5. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.-С. 366-371.
3. В.Г. Карпенко. Клинико-гормональные особенности беременных женщин с анемией, жительниц крупного промышленного центра // Экспериментальна і клінічна медицина.-1999.-№4.-С.90-91.
4. І.А. Жабченко. Стан здоров'я вагітних як показник здоров'я суспільства і держави // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України.-2000.-№1.-С.9-16.
5. Б.М. Венцківський, І.Б. Венцківська. Організаційні та методичні аспекти проблеми невиношування // Невиношування вагітності.-Зб.наук.праць.Київ.-1997.-С.45-49.
6. О.О. Воронцов. Магне-В₆ - перспективи применения в акушерской практике // Лікування та діагностика.-1998.-№4.-С. 61-62.
7. В.Н. Титов. Диагностическое значение определения магния сыворотки крови // Клиническая лабораторная диагностика. 1995.-№2.-С.3-7.
8. И.С. Святков, А.М. Шилов. Магний - природный антагонист кальция // Клиническая медицина.-1996.-№3.-С.34-56.

9. Г.М. Савельева, В.С. Ефимова, А.З. Кашежева. Осложненное течение беременности и гипергомоцистеинемия // Акушерство и гинекология.-2000.-№3.-С.3-5.
10. Ю.В. Н.Ивченко, Г.Ю. Богданова. Эклампсия.-Киев.-1984.-164с.
11. А.П. Николаев. Поздние токсикозы беременных. М.-1972.-336с.
12. В.И. Грищенко. Современные методы диагностики и лечения позднего токсикоза беременных. М.-1984.-265с.
13. К.В. Воронін, К.Б. Акімова, О.П. Рогачевський. Психосоцистична характеристика жінок у окремі критичні періоди життя // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України.-2 000.-№1.-С.47-55.
14. Л.В. Аккер, Б.Я. Варшавский, С.А. Ельчаникова, В.М. Нагайцев и соавт. Показатели оксидантного и антиоксидантного статуса у беременных с гестозом // Акушерство и гинекология.-2000.-№4.-С. 17-20.
15. А.В. Жарких, Д.Е. Барковский. Профилактика осложненной беременности и родов в условиях крупного промышленного центра // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України.-2000.-№1.-С.9-16.
16. В.М. Запорожан, А.І. Даніщенко, Р.Ф. Макульнін. Плацентарна недостатність і її вплив на плід // Одеський медичний журнал.-1999.-№4.-С.82-84.
17. Г.С. Манасова, А.І. Гоженко, О.О. Зелінський. Нові аспекти патогенетичних механізмів фетоплацентарної недостатності // Одеський медичний журнал.-1999.-№4.-С.53-56
18. В.М. Бесєдін, С.А. Томашова, Г.Б. Семіна. Новый взгляд на лечение фетоплацентарной недостатности при преэклампсии // Педіатрія, акушерство та гінекологія.-2000.-№2.-С.81-83.
19. В.В. Ветров. Влияние детоксикационной терапии на состояние фетоплацентарной системы при гестозе, развившемся на фоне хронического пиелонефрита // Акушерство и гинекология.-2000.-№4.-С. 55-57.
20. О.В. Марцелова. Акушерські фактори ризику перинатальних гіпоксичних уражень центральної нервової системи плода та оптимізація способів розродження // Педіатрія, акушерство та гінекологія.- 1999.-№5.-С.75.
21. А.Н. Стрижаков, М.З. Мусаев, Н.Л. Меликова, В.А.Мельников. Дифференцированные подходы к профилактике гестоза и плацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска // Акушерство и гинекология.-2000.-№3.-С.14-17.
22. Mildred S.Seeling, MD, MPH, Master ACN. Consequences of Magnesium Deficiency on the Enhancement of Stress Reactions; Preventive and Therapeutic Implications // Journal of The American College of Futrition, Vol. 13, №5. 429-446 (1994).

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ ИЗ УГРОЗОЙ РАЗВИТИЯ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ

О.О. Воронцов, Б.О. Оныськив, Н.В. Михайлечко, М.В. Бойчак, Н.И. Корильчук, И.О.Корницкая, В.В. Павликовская (Тернополь)

Отмечено, что основой профилактики поздних гестозов есть диспансерное наблюдение за беременными. Назначение им витаминно – минерального комплекса Магне-В6 предупредит развитие гестоза и обеспечит новорожденному здоровую центральную нервную систему.

AMBULATORY CARE TO THE PREGNANT WOMEN FROM THREAT OF DEVELOPMENT LATE HESTOZY

O.Vorontsov, B Onyskiv, N. Mychailechko, M. Bojtchak, N. Koryltchuk, I. Kornytska, V. Pavlikovska (Ternopil)

It is marked that the basis of preventive maintenance late hestoses is a dispensary observation of the pregnant women. The assigning to them vitamine - mineral complex Magne-B6 will anticipate development hestosis and will supply a neonatal able-bodied central nervous system.

УДК 614.8 + 614.88

В.О. ВОЛОШИН, Г.Г. РОЩИН, М.М. МИХАЙЛОВСЬКИЙ

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ КОНЦЕПЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ ЗА УМОВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Фізико-географічні особливості території України, насиченість її хімічними, вибухо- та пожежо- небезпечними об'єктами створюють передумови для виникнення різних надзвичайних ситуацій (НС). Крім того, в нашій країні функціонує близько 1600 промислових підприємств, що виробляють або використовують понад 250 тис.т сильнодіючих отруйних речовин. Половину електроенергії країни виробляють не дуже досконалі та надійні атомні електростанції. По території нашої держави проходить розгалужена мережа аміакопроводів, нафтопроводу "Дружба" (545 км), газопроводів, залізничних колій (27,8 тис.км). Штучні каскади гідровузлів Дніпра, Дністра, Бугу створили зони можливого катастрофічного затоплення, що поширюються на великі міста, в тому числі столицю України місто Київ (3).

Процеси децентралізації управління промисловістю, умови політичної та економічної кризи, некерівана криміногенна обстановка є дестабілізуючими чинниками, що створюють передумови виникнення надзвичайних ситуацій, призводять до зростання травматизму, впливають на стан здоров'я нації.

За останні 5 років на території України скоїлося понад 750 офіційно зареєстрованих серйозних надзвичайних ситуацій, причому кількість їх безперервно зростає. Так, якщо у 1991 р. кількість ситуацій, що віднесені до надзвичайних, дорівнювала 87, то у 1993 р. вона зросла в 1,5 раза, у 1995 - у 3,2 раза, а у 1996 р. - 4,5 раза порівняно з 1991 р.

Слід зазначити, що впровадження в практику обліку тимчасового класифікатора надзвичайних ситуацій [5], прийнятого Кабінетом Міністрів України у 1996 р., розширило коло подій, що підпадають під цю категорію. Це формально збільшило кількість НС., тому у 1997 р. МНС України зареєструвало 1902 надзвичайні ситуації, внаслідок яких постраждало 2820 чол., загинуло 750 чол. Ще більше жертв несуть нещасні випадки, оскільки від травматизму та отруєння на території нашої дер-

жави загинуло з розрахунку на 10 000 населення у 1987р. 8,37 чол., 1991р. - 11,73 чол., 1995р. - 15,06 чол., 1996р. - більше, ніж 16 чол. (у Англії за цей самий період величина аналогічного показника становила 2,7 чол.). Якщо цей показник перевести в абсолютні значення, то кількість тих, хто загинув, зросла з 60 000 чол. у 1991р. до 80 000 чол. у 1996р.

На тлі викладеної ситуації стає зрозумілою потреба створення державної системи медичного реагування в умовах надзвичайної ситуації. Розбудова такої системи традиційно починається з розроблення її основних концептуальних положень. Концепція організації надання екстреної медичної допомоги в умовах НС об'єднала різні системи поглядів, щодо організації екстреної медичної допомоги населенню: основні принципи управління службою медицини катастроф (МК), її структуру та склад, систему підготовки кадрів, медичного і матеріально - технічного постачання, правові основи, нормативну та директивну бази функціонування, взаємозв'язки служби МК з органами державного і місцевого управління, медичні проблеми організації лікувально - діагностичного процесу під час НС, систему наукового забезпечення функціонування служби МК тощо.

Системи медичного захисту населення під час надзвичайних ситуацій є в усіх розвинених країнах. Але концепції розбудови і функціонування цих систем залежать від рівня розвитку, транспортної інфраструктури, соціально - економічного стану держави. Це, наприклад, простежується під час порівняння концепцій організації надання екстреної медичної допомоги за умов НС Російської Федерації [1] та США [4].

Виходячи з потреб гарантії безпеки населення і територій України, ще в 1994р. була розроблена і затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 501 від 07.06.95р. Концепція створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації; яка ґрунтується, насамперед, на принципах пріо-

ритету охорони життя і здоров'я людей над будь-якими іншими інтересами в державі, компенсації збитків, завданих здоров'ю людей і навколишньому природному середовищу. Концепцією передбачалося прогнозування і виявлення потенційних джерел виникнення НС, створення, підтримка та забезпечення готовності системи реагування на НС, забезпечення ефективності дій у НС та організація ліквідації їх наслідків, розвиток і координація внутрішньодержавних і міжнародних дій у НС. Концепція визначила потребу створення багаторівневої системи управління під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, а також загальні принципи організаційної побудови та режимів діяльності єдиної системи запобігання НС. Як одне з найважливіших умов реалізації концепції, передбачалося розроблення й реалізація програм розвитку науково - теоретичного, методичного, нормативно - правового, економічного та кадрового забезпечення єдиної системи запобігання й реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації.

Виходячи із завдань, що стоять перед охороною здоров'я з проблем організації медичного захисту населення під час катастроф згідно з положеннями державної Концепції, та враховуючи вітчизняний і міжнародний досвід, за дорученням Міністерства охорони здоров'я України фахівцями Київського науково - практичного об'єднання швидкої медичної допомоги та медицини катастроф (нині Українського Науково - практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф) був розроблений проект Концепції організації надання екстреної медичної допомоги населенню України під час катастроф, за якою виділялися чотири основні групи принципів.

І. Принципи організації надання екстреної медичної допомоги населенню України під час катастроф:

1. Держава реалізує гарантію надання безоплатної, своєчасної та адекватної медичної допомоги громадянам у надзвичайних ситуаціях.

2. Для надання екстреної медичної допомоги населенню України під час надзвичайних ситуацій залучаються всі потрібні сили і засоби системи охорони здоров'я незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності.

3. Підґрунтям організації надання екстреної медичної допомоги населенню під час надзвичайних ситуацій є загальні принципи охорони здоров'я і медичного забезпечення населення України, проте враховуються медико - соціальні особливості цього періоду, що пов'язані з виникненням великої кількості санітарних втрат, частковим чи повним руйнуванням територіальної системи охорони здоров'я у вогнищі НС і погіршенням умов життєдіяльності населення.

4. Для оперативного реагування на НС, організації і надання екстреної медичної допомоги створюється державна служба медицини катастроф, що є складником єдиної загальнодержавної системи запобігання та реагування під час надзвичайних ситуацій.

5. Базою створення державної служби медицини катастроф є територіальна та відомча система охорони здоров'я.

II. Принципи організації та структури державної служби медицини катастроф:

1. Служба медицини катастроф є державною.

2. Організаційна структура державної служби медицини катастроф передбачає два рівні управління: державний і територіальний.

Державний рівень управління охоплює спеціально визначені для цього рівня медичні сили і засоби МОЗ України, інших міністерств і відомств та органів управління охорони здоров'я адміністративних територій, що призначені діяти у будь-якому районі України після виникнення НС, медико - санітарні наслідки якої не можуть бути ліквідовані за допомогою медичних сил і засобів територіального рівня управління.

Територіальний рівень управління охоплює медичні сили і засоби адміністративно - територіальних органів управління охорони здоров'я та сили і засоби інших міністерств і відомств, розміщених на цій території, та призначених ліквідувати медико - санітарні наслідки катастроф на даній території (Автономна Республіка Крим, області, міста центрального підпорядкування).

3. Головними закладами державної служби медицини катастроф є: на державному рівні

- Український науково - практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, на територіальному - територіальні Центри надання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф.

4. У структурі служби передбачено поєднання принципів централізації та автономії. Територіальні Центри повністю автономні в діях під час надзвичайних ситуацій на своїх територіях і одночасно є складовими ланками державного рівня при надзвичайних ситуаціях державного масштабу.

5. Основними завданнями державної служби медицини катастроф є:

- надання екстреної медичної допомоги потерпілим і хворим як у повсякденній роботі, так і під час ліквідації медико - санітарних наслідків катастроф;

- надання екстреної санітарно - гігієнічної та протиепідемічної допомоги населенню у вогнищах катастроф, на шляхах евакуації та на територіях, що використовуються для розміщення населення, евакуйованого із вогнища катастрофи;

- створення запасів медичних, матеріальних і

технічних засобів для ліквідації медико - санітарних наслідків катастроф;

- прогнозування медико - санітарної обстановки на адміністративних територіях України, що може скластися під час катастроф природного і техногенного характеру, та аналіз досвіду ліквідації їх наслідків;

- підготовка і підтримка оперативної готовності сил і засобів, необхідних для ліквідації медико - санітарних наслідків катастроф;

- підготовка кадрів для державної служби медицини катастроф;

- проведення наукових досліджень із проблем медицини катастроф і впровадження їх результатів у практику охорони здоров'я.

6. Створення службою медицини катастроф штатних і позаштатних рухливих формувань, основним завданням яких є організація і надання екстреної медичної, санітарно - гігієнічної та протиепідемічної допомоги населенню у вогнищі катастрофи та в районах, визначених органами управління охорони здоров'я, яким вони підпорядковані.

2.7. Санітарно - гігієнічне та протиепідемічне забезпечення населення в умовах ліквідації медико - санітарних наслідків покладається на санітарно - протиепідемічні заклади, визначені органами управління охорони здоров'я.

III. Принципи управління надання екстреної медичної допомоги під час НС.

1. Управління надання екстреної медичної допомоги під час ліквідації медико - санітарних наслідків катастроф покладається:

- на державному рівні - на Міністерство охорони здоров'я України;

- на територіальному - на Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, обласні управління охорони здоров'я, Київське та Севастопольське міські управління охорони здоров'я;

2. Для координації дій системи охорони здоров'я та її взаємодії з органами управління державної системи запобігання й реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації, міністерствами і відомствами, медичні сили і засоби яких входять у державну службу медицини катастроф, створюються міжвідомчі координаційні комісії державного й територіального рівнів.

3. Управління наданням екстреної медичної допомоги під час катастроф покладається на оперативні групи, що призначаються на державному рівні Міністром охорони здоров'я України, на територіальному - начальником управління охорони здоров'я відповідної адміністративної території.

4. У разі потреби, зумовленої медико - санітарною обстановкою у вогнищі катастрофи, оперативна група територіального органу управління охорони здоров'я має право використовувати сили і засоби медичних установ, що не залежать від

відомчого підпорядкування та форми власності, а також запрошувати посилення за рахунок сил і засобів державної служби медицини катастроф державного рівня.

5. Інформація про хід і результати ліквідації медико - санітарних наслідків НС передається органами управління охорони здоров'я адміністративної території у визначені органи управління державної системи запобігання та реагування на аварії, катастрофи та інші НС та МОЗ України через систему зв'язку Центрів екстреної медичної допомоги і медицини катастроф.

6. Відповідальність за планування, підготовку та забезпечення оперативного реагування служби медицини катастроф покладається:

- на державному рівні - на Міністра охорони здоров'я України;

- на територіальному - на начальника управління охороною здоров'я відповідної адміністративної території.

IV. Принципи матеріально - технічного і фінансового забезпечення державної служби медицини катастроф:

1. Основним джерелом фінансування державної служби медицини катастроф є державний та місцеві бюджети.

2. Додатковими джерелами фінансування можуть бути:

- відрахування із страхових внесків (під час упровадження страхової медицини, створення фондів безпеки тощо);

- добровільні внески організацій, установ, окремих громадян.

3. Матеріально - технічне постачання служби медицини катастроф покладається на МОЗ України, відомчі органи управління охорони здоров'я міністерств і відомств, медичні сили і засоби яких належать до державної служби медицини катастроф, та органи управління охороною здоров'я Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва і Севастополя.

4. Стратегічні резерви медичних і матеріально - технічних засобів ліквідації медико - санітарних наслідків надзвичайних ситуацій створюються, накопичуються та використовуються згідно з чинним законодавством.

5. Тактичні та оперативні резерви створюються за рахунок місцевих бюджетів і зберігаються на базі Центрів екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, лікувальних закладів, що входять до складу державної служби медицини катастроф і використовуються за наказом органу управління, що керує ліквідацією медико - санітарних наслідків НС. Формування цього резерву проводиться як за рахунок централізованих поставок, так і децентралізованих, виходячи з місцевих можливостей.

6. Бюджетні витрати на ліквідацію медико - санітарних наслідків катастроф компенсуються за рахунок організацій, установ чи юридичних осіб, винних у спричиненні НС, або за рахунок відповідних фондів і частки державного бюджету, передбаченої на випадок стихійних лих.

Розроблений проект Концепції організації надання екстреної медичної допомоги населенню України в умовах НС враховував вимоги Основ законодавства України про охорону здоров'я (1992), Закону України "Про надзвичайний стан" (1992), "Про Цивільну оборону України" (1993), положення Концепції створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації, Постанови Кабінету Міністрів України "Про взаємодію медичних

служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я ф про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини" № 819 від 16.10.95 і був відкорегований для повного збігання з правовим простором Конституції України. Проект документа пройшов обговорення та узгодження на всіх рівнях управління охороною здоров'я, доповідався на кількох науково - практичних конференціях і семінарах, став підґрунтям для розроблення Постанови Кабінету Міністрів України "Про утворення державної служби медицини катастроф" №343 від 14.04.97 і затвердженого цією постановою "Положення про державну службу медицини катастроф" і "Положення про координаційні комісії державної служби медицини катастроф".

Список літератури

1. Камышенко И.Д., Кипор Г.В., Немцев А.Н. Концепция государственной системы здравоохранения Российской Федерации по предупреждению Чрезвычайных ситуаций и оказанию экстренной медицинской помощи. (Служба экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях) // Медицина катастроф. М., 1993, № 1
2. Основные понятия и определения медицины катастроф: Словарь. - М., ВЦМК "Защита", 1997. - 246с.
3. Рощин Г.Г. Пути реорганизации службы экстренной медицинской помощи // Медицина Украины. - М., 1996. - №1. - С.8 - 10.
4. Рощин Г.Г., Нацюк М.В., Юрченко В.Д. Американская система медицинского реагирования при катастрофах. Учеб. пособие // КНПО СМП и МК, ГИУВ. - К., - 1995. - 28с.
5. Тимчасовий класифікатор надзвичайних ситуацій: Дод. до доручення Кабінету Міністрів України № 17803 / від 07. 09. 96р.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

В.А. Волошин, Г.Г. Рощин, Н.М. Михайловский (Киев)

Изложены основные положения концепции организации оказания экстренной медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций, разработанные по заказу Министерства здравоохранения Украины УНПЦЭМП и МК, которые явились основанием проектов Положения о Государственной службе медицины катастроф и Положения о координационных комиссиях Государственной службы медицины катастроф, утвержденных Постановлением Кабинета Министров Украины "Про створення Державної служби медицини катастроф" №343 от 14.04.97.

MAIN POSITIONS OF THE CONCEPTION OF URGENT MEDICAL AID PROVISION ORGANIZATION FOR UKRAINIAN POPULATION IN EMERGENCY STATES

V. Voloshyn, G. Roshchyn, N. Mychailovsky (Kyiv)

The main positions of the conception of urgent medical aid in emergency states have been developed by a team of the Ukrainian public health services, which are base of Position of States emergency medicine service and Position about coordination committees of emergency States medicine service, have been developed by Cabinet of Ministers of Ukraine.

УДК 616.-089:658.516:658.3.018:615.07

Р.Й. ВАСИЛИЩИН

ЕКСПЕРТНІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ І МЕДИЧНІ СТАНДАРТИ – ГОЛОВНИЙ ВАЖІЛЬ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СЬОГОДНІ

Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації м. Дніпропетровська

В системі охорони здоров'я України сьогодні ще недостатньо вирішеними залишаються питання стандартизації надання медичної допомоги, контролю за їх дотриманням. Розробка експертних оцінок якості та медичних стандартів – є важливим і перспективним напрямком підвищення якості медичної допомоги, орієнтованої на перехід від традиційно - стереотипної практики – до науково виваженої, основаної на досягненнях сучасної медичної науки.

Громадське здоров'я, як об'єкт соціальної політики, має не тільки медичне, а й соціальне та політичне значення. Будучи критерієм якості життя, здоров'я є невідмінною складовою соціального, економічного та культурного розвитку суспільства. Переважаючими чинниками незадовільного перебігу процесів громадського здоров'я залишаються з одного боку - ризикові соціально-гігієнічні умови життєдіяльності людей, а з другого - відсутність або недостатність розробки та запровадження експертних оцінок якості та медичних стандартів, регламентуючих надання різних видів медичної допомоги.

Надання якісної та безпечної медичної допомоги населенню є генеральною метою будь-якого медичного закладу. Відомо, що якість завжди визначається певними критеріями. Загальна оцінка якості медичної допомоги включає: якість структури, якість процесу і якість результату [33]. Підлеглими частинами чого є: - ліцензування і акредитація медичних закладів, атестація медичних працівників [16,17], розробка науково-обґрунтованих стандартів [7,20,26,30].

У Глобальній стратегії ВООЗ "Здоров'я для всіх" має місце розділ - "Якість обслуговування та відповідна технологія", яким передбачено, що "всі країни-члени повинні мати відповідні структури та механізми для забезпечення безперервного підвищення якості медико-санітарної допомоги та вдосконалення відповідного розвитку і використання технології охорони здоров'я" [13]. Згідно з визначення ВООЗ компонентами якості вважаються:

1) адекватність - відповідність фактично наданої технології обслуговування потребам і очікуванням населення, які відносяться до медичних проблем; 2) економічність – економне і раціональне використання наявних засобів для вирішення поставлених задач на відповідному науково-технічному рівні. При цьому вважається, що кінцева інтегральна оцінка діяльності закладу складається із суми коефіцієнтів: коефіцієнта якості, затрат, відповідності технології і соціальної задоволеності (кожний коефіцієнт – це відношення нормативних і фактичних значень) [14].

Для кількісного вираження якості медичної допомоги може визначатися за пропозицією деяких авторів [3-6], як коефіцієнт відношення числа випадків досягнутих медичних результатів до загальної кількості оцінюваних випадків наданої медичної допомоги. Коефіцієнт соціальної ефективності являє собою відношення числа випадків задоволеності споживача відносно загального числа надання медичної допомоги; коефіцієнт співвідношення затрат являє собою відношення нормативних затрат по відношенню до фактично проведених витрат на оцінювані випадки наданої медичної допомоги. Інтегральний коефіцієнт ефективності, за даними вказаних авторів, являє собою вихідне значення від наведених вище коефіцієнтів.

На наш погляд, доцільним буде навести історичний огляд розробки експертних оцінок якості і стандартів у медичному обслуговуванні. Основною і найбільш розповсюдженою серед медичних закладів світу є розроблена у 70-х роках американська система діагностично-зв'язаних груп, в основі якої лежать близькі по методам дослідження і лікування, а також по витратам на надання медичної допомоги форми [31,32]. Перевагами даної форми є залучення до однієї групи хворих з приблизно рівними витратами на лікування, усі параметри, які входять до складу класифікації – доступні, можуть бути відібрані із історій хвороб, чітка система виявлення підгрупи. Її недоліками є: варіабельність рукописної інформації, необхідність

машинної обробки при значних обсягах інформації, неточності при визначенні тяжкості захворювання.

На сучасному етапі у Російській Федерації, як свідчать дані [23], розробка аналогів стандартів проводилася по двом напрямкам: розробка стандартів прогресивних технологій лікування хворих у стаціонарах та методика фінансування лікарень при розрахунку на одного госпіталізованого в межах наявних засобів. Одним із напрямків поліпшення суспільного здоров'я – є використання методів цільового нормативного і пошукового прогнозування [19].

Поряд з цим слід навести інформацію про існуючі медико-економічні стандарти, в основі розробки яких лежать стандарти технології діагностики і лікування [15,25]. В інформаційному розумінні вони охоплюють перелік груп ризику, методи діагностики і лікування, характер протікання захворювань їх ускладнень, матеріальних затрат, витрачених на лікування. При цьому, на погляд деяких авторів [10], незважаючи на складність і високу вартість розробки деяких методик, вказаний метод має ряд переваг. Реально, для кожного лікувального закладу, в тому числі і поліклініки, найбільш значимими є показники захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності, відсоток розходження поліклінічних та стаціонарних діагнозів, показник диспансеризації хворих, а також показники дефектів [10, 11].

На сьогодні в ОЗ Російської Федерації уже розроблені: - оцінки здоров'я населення працездатного віку [1], - комплексна оцінка якості роботи у відділеннях медико-соціальної допомоги для престарілих [3-5,8], - методи формування регіональної сітки стаціонарних медичних закладів [10], - шляхи раціонального використання ліжкового фонду в умовах ОМС [9], - методологічні основи експертизи медичних послуг [27].

В Україні розроблені "Методичні підходи до розробки медичних стандартів" [18], які націлені на досягнення найбільш можливого за наявних ресурсів зменшення рівнів захворюваності та смертності. Зокрема, в методичних підходах наведена схема клінічного протоколу, як інструменту багатоцільового використання для вирішення цілого комплексу клінічних задач.

Таким чином, якість медичної допомоги можна визначити прямою лінійною залежністю між лікарем і хворим, основою на ефективній лікувально-профілактичній роботі, здатній зменшити ризик загострень і прогресування хвороб, виникнення нових патологічних процесів, задовольнити пацієнта від його взаємодії з медичною підсистемою [21,24,28,29].

Забезпеченню і контролю якості медичних послуг повинні бути супутні гарантійні обов'язки [23]. На погляд автора, кожне гарантійне зобов'язання повинно враховувати 4 групи показників:

1) функціональні (показники призначення, доступності, надійності, ресурсоемкості); 2) природозбереження (показники безпеки, екологічності, фізичного, хімічного, психофізичного впливу на споживача); 3) естетичності і комфорту; 4) інформаційного обслуговування.

Основними формами гарантійних зобов'язань [23] є :

1) повторне виконання послуг або заміна неякісного виробу новим; 2) безкоштовне вилучення недоліків; 3) зменшення цін на послуги; 4) повернення повної вартості послуги; 5) відшкодування споживачу витрат на вилучення недоліків (дефектів); 6) відшкодування прямого ущербу споживачу; 7) розповсюдження договору на послуги і відшкодування збитків; 8) правила отримання послуг.

Говорячи про якість медичного обслуговування, необхідно постійно підтримувати всі ланки його надання на відповідному рівні, оскільки загальновідомим є факт розриву у нагляді за хворим між поліклінікою і стаціонаром. Так, згідно літературних даних та даних власного дослідження [2,12] було встановлено, що серед хворих із захворюваннями органів кишкового-шлункового тракту доля недобслідуваних на достаціонарному етапі коливалась від 8,6% до 34,5%, різниця у розходженні діагнозів укладалась від 6% до 15%. Як свідчать літературні дані однією з причин високої летальності від серцево-судинних захворювань сприяє відсутність єдиної інформаційної бази про пацієнтів між швидкою допомогою, поліклінікою та стаціонаром. До недоліків зворотнього характеру можна віднести і невиконання спеціалістами стаціонарів тих рекомендацій, які надаються поліклініками.

Висновок

Таким чином, в системі охорони здоров'я України сьогодні ще недостатньо вирішеними залишаються питання стандартизації надання медичної допомоги, контролю за їх дотриманням. По деяким клінічним спеціальностям вони відсутні, тому розробка експертних оцінок якості та медичних стандартів – є важливим і перспективним напрямком підвищення якості медичної допомоги, орієнтованої на перехід від традиційно-стереотипної практики – до науково виваженої, основою на досягненнях сучасної медичної науки.

Список літератури

1. Беликов В.В. К оценке здоровья населения трудоспособного возраста//Здравоохран. Рос. Федерации. – 1996. - №4. – С. 6-9.
2. Василюшин Р.И. Статистический анализ распространенности язвенной болезни желудка по анкетным данным//Вісник проблем біології і медицини. – 1999. - №2. – С. 42-44.
3. Галкин Р.А., Гехт И.А., Павлов В.В. Организация медико-санитарной помощи лицам старшего возраста в лечебных учреждениях// Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1997. - №3. – С.31-33.
4. Галкин Р.А., Гехт И.А., Павлов В.В. Медико-демографические тенденции в сельском районе//Здравоохранение Рос. Федерации.–1997.–№6.– С.43-45.
5. Галкин Р.А., Гехт И.А. Медико-социальные аспекты здоровья работающих пенсионеров//Мед. и соц. вопросы в геронтологии. Сб. статей и тезисов докл. 2-го междунар. семинара по вопросам пожилых “Самарские лекции”. Часть 1. Самара, 1997. – с. 16-17.
6. Галкин Р.А., Гехт И.А., Павлов В.В. Комплексная оценка качества работы в отделениях медико-социальной помощи для престарелых//Здравоохран. Рос. Федерации. – 1998. - №6. – С. 35-37.
7. Галкин Р.А., Тьякин В.П. Экспертиза качества лечения хирургических больных//Здравоохран. Рос. Федерации. – 1993. -№3. – С. 13-15.
8. Галкин Р.А., Гехт И.А., Павлов В.В. Комплексная оценка качества работы в отделениях медико-социальной помощи для престарелых //Здравоохранение Рос. Федерации. – 1998. - №6. – С.35-36.
9. Галкин Р.А., Шевский В.И., Кузнецов С.И. Оптимизация работы коечного фонда области в условиях ОМС// Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения (медико-социальные, экономические и организационно-управленческие аспекты. Матер. Поволжско-уральской науч.-практ. конф. 11 июня 1999 г. Казань, Медицина, 1999. – Ч.2.- с.6-8.
10. Галкин Р.А., Павлов В.В., Корякин С.А. Организация внебольничной помощи на территории Самарской области//Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения (медико-социальные, экономические и организационно-управленческие аспекты. Матер. Поволжско-уральской науч.-практ. конф. 11 июня 1999 г. Казань, Медицина, 1999. – Ч.2.- с. 81-82.
11. Галкин Р.А., Павлов В.В., Скуратова Н.М. Концепция развития здравоохранения-конкретное решение территориальных задач//Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения (медико-социальные, экономические и организационно-управленческие аспекты. Матер. Поволжско-уральской науч.-практ. конф. 11 июня 1999 г. Казань, Медицина, 1999. – Ч.2.- С.87-88.
12. Грандо А.А., Циборовский О.М., Витер Н.Ф. Некоторые показатели преемственности поликлинической и стационарной помощи больным при заболеваниях органов пищеварения//В кн.: Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицинской помощи. Сб. науч. трудов МЗ УССР. – Вып. 13. – К.: “Здоровье”, 1982. – С. 14-17.
13. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993. – 322 с.
14. Капралова Н.Ф. Единая система оценки качества медицинской помощи//Новости медицины и фармации.- М., 1994. - №2 (29). – С.35.
15. Кудрявцев А.А. Математические модели обоснования величины взносов по медицинскому страхованию: Автореф. дис. канд. экон. наук. –СПб., 1994. – 18 с.
16. Куликова Н. Лицензирование медицинских учреждений в системе медицинского страхования//СПб врач. ведомости. – 1993. - №3.–С. 65-67.
17. Кучеренко В.З., Сырцова Л.Е. Проблемы профилактики в условиях реформ здравоохранения//Пробл. соц. гигиены и исто. медици. – 1996. - №1. – С.42-46.
18. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів.- К., 2000. – Асоціація психіатрів. – 23 с.
19. Могулая О.В. Целевое нормирование и поисковое прогнозирование в медицине и здравоохранении//Здравоохран. Рос. Федерации. – 1993. - №10. – С. 18-20.
20. Мильникова И.Г., Крычагин В.И., Индейкин Е. Стандарты медицинской помощи.- М.: Присцелье, 1993-1996. – 96 с.
21. Основы экспертизы качества медицинской помощи и автоматизированная технология его оценки//Методическое пособие. – СПб., 1994. – 42 с.
22. Особенности информатизации здравоохранения Самарской области/Галкин Р.А. и др. Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения (медико-социальные, экономические и организационно-управленческие аспекты. Матер. Поволжско-уральской науч.-практ. конф. 11 июня 1999 г. Казань, Медицина, 1999. – Ч 2.- С.83.
23. Павлов В.В. Научное обоснование организационных форм и пути совершенствования внебольничной терапевтической помощи населению региона (на примере Самарской области): Дис... докт. м. н.- Самара, 1998.– 12 с.
24. Положение о системе оценки качества медицинской помощи в ОМС. – Ростов-на-Дону, 1993. – 14 с.
25. Поляков И.В., Кудрявцев А.А. Особенности применения результатов коллективной теории риска в практике медицинского страхования//Бюл. СПб института медицинского страхования. – Вып.1. – 1995. – С.33-38.

26. Руксин В.В. Основные направления совершенствования внестационарной экстренной кардиологической помощи//В кн.: Здоровье населения Российской Федерации и пути его улучшения. – М., 1994. – С. 229-230.
27. Тогунов И.А. Информационный контроль в системе обязательного медицинского страхования территориального уровня// Здоровоохранение Рос. Федерации. – 1998. - №5. – С. 41-43.
28. Чавпецов В.Ф., Бершадский Б.Г., Реснянский А.В. Подразделение для экспертизы качества медицинской помощи и обоснования эффективного развития его деятельности//Бюлл. Санкт-Петербургского института медицинского страхования. – Вып. 1. – СПб, 1995. – С. 44-49.
29. Чавпецов В.Ф., Кудрин К.А. Качество медицинской помощи, проблемы и перспективы обеспечения его гарантий в системе ОМС//Международный медицинский обзор. – 1995. - Т. 3. - №3. – С. 209-215.
30. Шведова Н.А. Здоровоохранение: американская модель.– М.: "Наука", 1993.–44 с
31. Шленкер А.К. Здоровоохранение США и рыночная экономика//В кн.: Современные проблемы стационарной медицинской помощи. – СПб. – 1994. – С.68-69.
32. Cowel M. (M. Коуэл). Взгляд на систему диагностически связанных групп (DRG)//В кн.: Современные проблемы стационарной медицинской помощи. – СПб, 1994. – С. 43-47.
33. Donabedian A. The Quality of Care//J. Amer. Med. Ass. – 1988. – Vol. – 260. - №14. – P. 1743-1748.

ЭКСПЕРТНЫЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И МЕДИЦИНСКИЕ СТАНДАРТЫ – ГЛАВНЫЕ РЫЧАГИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕГОДНЯ

Р.И. Васишлин (*Днепропетровск*)

В системе охраны здоровья Украины сегодня еще недостаточно разрешенными остаются вопросы стандартизации оказания медицинской помощи, контроль за их выполнением. Разработка экспертных оценок качества и медицинских стандартов – есть важным и перспективным путем повышения качества медицинской помощи, ориентированной на переход от традиционно-стереотипной практики – к научно обоснованной, основанной на достижениях современной медицинской науки.

THE EXPERT ESTIMATES OF THE QUALITY AND MEDICAL STANDARDS – AT THE MAIN LEVERS OF THE HEALTH PROTECTION REFORMING TODAY

R. Y. Vasylyshyn (*Dnepropetrovsk*)

Today in the system of the health protection of Ukraine the problems of standardization of medical help and control of their realization are remaining still insufficiently solve. Working out these problems – is important and perspective way to rise quality of the medical help which is oriented to transition from intuitive or stereotype practice to scientifically well-founded and provided with achievements of contemporary medical science.

УДК 618.2:613,16

С.В. ЛУКАЩУК-ФЕДИК

МІСЦЕ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ В СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Тернопільська академія народного господарства

В структурі гінекологічної захворюваності запальні захворювання жіночих статевих органів займають одне з ведучих місць. Саме вони обумовлюють основні втрати працездатності серед контингенту працюючих жінок (у зв'язку із частими рецидивуваннями захворювання, розвитком вторинних ускладнень). В той же час проблема лікування запальних захворювань геніталій жінки є досить складною і різноманітною. Ефективність проведеного лікування визначається не лише особливостями протікання патологічного процесу, його розповсюдженням, але й видом і вірулентністю збудника, станом імунної реактивності, нервової системи і алергізації організму. За останні роки значно змінилась структура запальних захворювань, на перше місце вийшли ураження додатків матки, менше зустрічаються параметрити, гнійні форми запалення, переважають стерті атипові форми, які протікають без підвищення температури і змін картини крові. Гостре протікання запального процесу зустрічається досить рідко, - характерний тривалий хронічний перебіг із неодноразовими рецидивами.

Значно змінилась еволюція збудника, поряд із частими асоціаціями грампозитивних і грамвід'ємних мікроорганізмів виросла роль анаеробної флори, мікоплазми, хламідій. Останні, як свідчать дослідження ряду авторів, виділяються із клітин каналу шийки матки в 48,4% випадків, а із тканин маткових труб – в 34%. Причому у 22,8% вони виділяються в асоціації з мікоплазмами. Висока частота запальних захворювань внутрішніх статевих органів жінки, перехід гострих форм у хронічні, різноманітність збудників запального процесу, змінений клінічний перебіг захворювання ускладнює діагностику і проведення цілеспрямованого лікування. Лікування запальних процесів геніталій сьогодні вимагає комплексної обґрунтованості і повинно бути спрямовано не лише на відновлення порушених функцій, але і на корекцію (стимуляцію) захисних і адаптаційних механізмів, як місцевого (піхва), так і організму хворої в цілому.

Терапія лінійно-поляризованим світлом відноситься до порівняно нового виду лікування, яка за короткий період практичного застосування у медицині дала високі позитивні результати. Опромінення лінійно-поляризованим світлом позитивно впливає на тканини, клітини, обмін речовин та імунну систему організму в цілому.

Світлотерапія апаратом Біоптрон-1 отримала широке застосування у лікувальній практиці, а саме: при загальнотерапевтичних показаннях, при фізіотерапії, у спортивній медицині (гематоми м'яких тканин, запалення сухожиль), в хірургії (опіки, норіці, трансплантація шкіри, профілактика утворення келоїдних рубців), в ревматології (при м'язевих болях), в дерматології, акушерській практиці.

Мета даного дослідження полягала у вивченні клінічної ефективності застосування поляризованого світла при лікуванні запальних захворювань геніталій, які супроводжуються вагінітами різної етіології.

Апарат лінійно-поляризованого світла Біоптрон-1 проходив апробацію у "Центрі корекції репродуктивної культури молоді" Тернопільської Академії народного господарства. Апарат призначений для світлотерапії, випромінює лінійно-поляризоване світло з довжиною хвилі 400 – 2000 нм і інтенсивністю випромінювання 40 Вт/см². Світлове випромінювання знаходиться в діапазоні видимого світла (400 – 761нм), в його складі відсутнє ультрафіолетове випромінювання. Терапевтичний пристрій містить галогенову лампу – 20 Вт, охолоджуючий вентилятор, таймер, який подає звуковий сигнал кожні 2хв.

Основні характеристики світлового потоку апарату (які мають значення для використання):

1. поліхроматичність світла;
2. мала інтенсивність випромінювання (порівняно із лазерним випромінюванням);
3. чітко фіксована довжина хвилі;
4. спектр випромінювання знаходиться вище діапазону ультрафіолетового світла;
5. поляризація світла за рахунок відображення в спеціальному багатшаровому дзеркалі із степінню поляризації 95%, що значно ефективні-

ше, ніж при поляризації циркулярним методом;

6. некорегентність, що дозволяє впливати на ділянки шкіри із постійною невисокою інтенсивністю;

7. питома інтенсивність потоку випромінювання залежить від інтенсивності джерела випромінювання і відстані між цим джерелом і ділянкою шкіри;

8. відсутність побічної дії при дотриманні рекомендованих показників тривалості світлового впливу;

9. глибина проникнення, яка залежить від тривалості впливу світла і складає до 2,5 см під шкірою;

10. температурний ефект у процесі лікування складає 37°C, тобто на 1°C вище, ніж звичайна температура шкіри.

Переваги терапії поляризованим світлом полягають у широкому спектрі впливу, відсутності небажаної побічної дії і протипоказів, безконтактності, стерильності, можливості використання у поєднанні із іншими традиційними та нетрадиційними методами лікування.

Основні показання для використання лінійно-поляризованого світла лампи Біоптрон-1 у гінекологічній практиці, які визначені в даний час, виходячи із практичного і теоретичного об'єму знань:

Показання до проведення сеансу із Біоптрон – 1	Кількість сеансів на протязі дня	Тривалість одного сеансу
1. Вульвовагініти	1-2	4-6
2. Вугрева висипка на фоні гіперандрогенії	1-2	4-6
3.Свербіння жіночих геніталій	3	5
4. Фурункули вульви	2	4
5. Патологія шийки матки: а) ендоцервіцит; б) ерозія шийки матки	1 2	4 6
6. Комплексне лікування при урогенітальній, хламідійній інфекції	1-2	4-6

Згідно даним сучасної літератури, - запалення піхви, це є динамічний процес, який складається із ушкоджуючої дії мікроорганізму і його токсинів та реакції судинної та лімфатичної систем, які саме і обумовлюють локалізацію впливу етіологічного і патогенетичного факторів. На початкових етапах розвитку запального процесу відбуваються виражені порушення метаболічних процесів у тканинах піхви. До найбільш ранніх ознак відносяться порушення цілості поверхневих клітинних і плазматичних мембран, що проявляється у зміні їх проникної здатності, порушення транспорту електролітів і зміненому іонному балансі. Однією із типових ознак вагініту є порушення кровообігу, так званої мікроциркуляції. При цьому розвивається гіперемія (запального характеру), скоплюються лейкоцити і фагоцити, виникає патологічна серекція, поступово формується патологічний інфільтрат. Найбільш поширеними симптомами вагінітів вважають специфічні виділення із піхви, свербіння зовнішніх статевих органів, набряк та почервоніння зовнішніх слизових статевих органів. При більш тривалому перебігу у жінок можуть з'явитися болі, розлади зі сторони статевої сфери, порушення менструальної функції та інші зміни.

Під наглядом знаходилось 73 жінки із запальними процесами – геніталії і вагініт у них спостерігався як вторинний процес. 63 пацієнтки склали основну групу, у комплексному лікуванні яких разом із призначеною антибактеріальною, проти-запальною і розсмоктуючою терапією проводили обробку слизових зовнішніх статевих органів лінійно-поляризованим світлом (у відповідності із методичними вказівками про експлуатацію пристрою проводили сумісний вплив поляризованим світлом із попередньою обробкою слизової поверхні водно-кисневою сумішшю "OXY SPRAY". Параметри впливу поляризованим світлом встановлювались диференційовано, згідно до показань). Контрольну групу склали 10 пацієнток, лікування яких проводилось без використання апарату Біоптрон-1. Вік пацієнток коливався в межах 18-24 років. У всіх хворих було проведено повне комплексне обстеження, зібрано анамнез, загальне соматичне і гінекологічне обстеження, колопоскопія, PH-метрія виділень, загальний аналіз крові і мочі, реакція RW та на австралійський антиген. Всім жінкам проведено бактеріоскопічне і бактеріальне дослідження. Основні скарги: це ниючі болі внизу живота, свербіння зовнішніх статевих органів, болі при статевих зносинах, виділення із статевих органів. При огляді в дзеркалах: набряк

слизової піхви і вульви, їх потовщення і гіперемія. У всіх хворих захворювання мало хронічний характер (не менше 2 років).

Кількість сеансів залежала від важкості стану, тривалості запального процесу в ділянці геніталій, наявності больового синдрому. Експозиція світлом лампи Біоптрон-1 в середньому тривала 4 хвилини.

В процесі динамічного спостереження у жінок, в лікуванні яких використовувався Біоптрон-1, було відмічено позитивну динаміку в клінічній картині (значно зменшились болі, практично зникла гіперемія та набряк слизової геніталій) та у результатах мазків. Вже на 6 добу кількість лейкоцитів у мазках на степінь чистоти із піхви зменшилась практично вдвічі, а на 10 добу лікування – кількість лейкоцитів у мазках коливалась від 1 до 5 в полі зору. Всі пацієнти відмічали присутність теплового ефекту під час проведення сеансу опромінення лінійно-поляризованим світлом. При проведенні сеансів не було відмічено патологічних змін загального клінічного стану пацієнтів, не було виявлено токсичного і алергічного компонентів, а також не було випадків підвищеної чутливості у вигляді подразнення опромінюваних ділянок при систематичному використанні апарату Біоптрон-1, що викликало б

необхідність припинити застосування даного виду лікування. Не було випадків припинення лікування, з причин поганої переносимості.

Враховуючи невеликий термін апробації (на протязі 1-го року), автор цього подання ставить перед собою мету продовжити вивчення впливу лінійно-поляризованого світла на лікування ряду гінекологічних захворювань, проаналізувати динаміку захворювань як по клінічних, так і по лабораторних показниках. Планується подальше дослідження більш однорідних клінічних груп хворих, у порівняльному аспекті - співставлення результатів лікування із ефектом застосування інших традиційних і нетрадиційних методів лікування в гінекологічній практиці.

Проведені дослідження дозволяють зробити наступні висновки:

1. Місцеве застосування лінійно-поляризованого світла лампи Біоптрон сприяє більш швидкому очищенню піхви від бактеріальної флори.

2. Світлотерапію із використанням Біоптрон-1 можна використовувати як самостійний метод так і в комплексному поєднанні із іншими традиційними і нетрадиційними методами лікування.

3. Простота і доступність методу лікування апаратом Біоптрон-1 сприяє широкому впровадженню цієї методики у практику.

Список літератури

1. Агулова Л.П. Синхронизирующая роль электромагнитных полей в биосфере: аргументы «против» // Биофизика. – 1995., Т.10., № 4. – с.927-937.
2. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз. Диагностика и лечение // Диссерт.кан.мед.наук., М., 1996., -141с.
3. Барабой В.А., Сутковский Д.А. Окислительно-антиоксидантный гомеостаз в норме и патологии // К., Наукова думка., - 1997. - 420с.
4. Гуляр С.А. Антиоксидантный профиль и долголетие // Киев.: Изд.Центер., - 1999., с.50.
5. Гуляр С.А. Новая технология лечения // Центер-информатор., 1999., с.6-9.
6. Гуляр С.А. Биоптрон: новая технология лечения // Центер новости., К., 1999., №6, с.10-11.
7. Гуляр С.А. Биоптрон – Цветотерапия: расширение лечебных возможностей поляризованого света // К. Центер новости., 1999., №9, с.10-11.
8. Жаровский В.В., Толкачева Н.В., Пасечников Ю.П. и др. Диагностика и лечение стресса у хирургических и гинекологических больных // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: Сб.науч.тр.:Крымский мед.ин-т., 199. – Т.132., ч.11, с.35-50.
9. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Современные представления о вагинальном кандидозе // Русский мед.журнал.,1998., №1., с.1-7.
10. Тондий Л.Д. Конспект лазеротерапевта. Лечение поляризованным светом от лампы Биоптрон. // Харьков: «Фототерапия», 1998., 12с.
11. Самойлова К.А. О механизмах лечебного действия видимого холяризованого света // Материалы 1 Украинской конференции по Биоптрон, К., 1998., рукопись.
12. Седой А. Проблемы преодоления побочного действия фармакотерапевтических средств.// Традиционные и нетрадиционные методы лечения в современной фармакотерапии: Материалы ЁЫІ Украинско-Австрийского симпозиума., Киев., 22.ХЫ.1998., с.10-17.
13. Сердюк А.М. Екологічна безпека України// Довкілля і здоров'я., 1996., №1., с.4-7
14. Скробич М. Биоптрон – фізіологічні і патофізіологічні механізми дії// Матеріали І Української конференції по Біоптрон., К., 1998., рукопись.

15. Хазенсен Л.Б., Чайка Н.А. Иммунологические основы диагностики и эпидемиологического анализа клеточных инфекций.// Л., 1987.
16. *Bioptron AG*. CH-8617, Monchaltorf 1, Edition, 1997, 54p.
17. *Bioptron Color Therapy Treatment Manual*. Edition by Bioptron AG, 1998, 56p.
18. *Bioptron Color Therapy Basics*. Edition by Bioptron AG, 1998, 47p.
19. *Hass H.L.* The therapeutic potentials of the Bioptron light: treatment of disorders of wound healing// *Krankenpfl J.*, 1998., 36., №11., p.451-453.
20. *Krutmann J.* Therapeutic photoimmunology: photoimmunological mechanisms in photo (chemo) therapy.// *J. Photochem. Photobiol. B.*, 1998., Jul. 10., 44 (2): 159-164.
21. *Kubasova T., Horvath M., Kosis K., Fenyó M.*: Effect of visible light on some cellular and immune parameters// *Immunol. Cell. Biol.*, 1995., Jun., 73(3): 239-244.
22. *Popp Fritz- Albert.* Bioptrons and their regulatory rollin cells// *Frontier Perspectives.*, Vol. 7., №2., p.13-23.
23. *Shell J.D.* Gystology and microbiology of the vagina// *Basel.*, 1975.
24. *Ulet G.A., Han S. and Han J.S.* Electroacupuncture: mechanisms and clinical application// *Biol. Psychiatry.*, - 1998., 44., №2., - p. 129-138.

МЕСТО ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

С. В. Лукашук-Федык (Тернополь)

В статье приводятся результаты лечения 63 гинекологических больных с помощью линейно-поляризованного света лампы Биоптрон-1. По сравнению с контрольной группой больных местное применение Биоптрона – 1 способствует более быстрому очищению влагалища от бактериальной флоры. Дается рекомендация использовать Биоптрон – 1 как самостоятельный метод так и в комплексном сочетании с другими традиционными методами для реабилитации гинекологических больных.

PLACE OF PHYSIOTHERAPEUTIC METHODS OF TREATMENT IN A SYSTEM OF AN AFTERTREATMENT OF GYNAECOLOGICAL PATIENTS

S. Lukashchuk - Fedyk (Ternopil)

In the article the outcomes of treatment of 63 gynaecological patient by means of linearly - polary light of a lamp Bioptron-1 are resulted. As contrasted to monitoring group of patients the local application of Bioptron - 1 promotes more fast refinement of a vagina from bacterial flora. The guideline is given to use Bioptron - 1 as an independent method and in complex combination to other conventional methods for an aftertreatment of gynaecological patients.

УДК 614.8 + 614.88

В.А. КОЛОДЕШКО, М.М. ТИЩУК

РЕОРГАНІЗАЦІЯ АМБУЛАТОРНО - ПОЛІКЛІНІЧНОЇ МЕРЕЖІ. УЧАСТЬ ГРОМАДСЬКОСТІ

Одеський державний медичний університет,
Одеська крайова організація Всеукраїнського лікарського товариства

Європейська політика здоров'я для всіх виразно підкреслює необхідність участі громадськості у вирішенні питань охорони здоров'я. Особливо доцільним і природним є залучення громадян та їх об'єднань до вироблення політики в питаннях охорони здоров'я на муніципальному рівні, а зокрема, на рівні сіл та міських мікрорайонів, тобто там, де громадяни безпосередньо отримують (мають отримувати) первинну медико-санітарну допомогу.

В сучасній Україні розширення участі громадськості у вирішенні проблем охорони здоров'я на місцевому рівні, на наш погляд, найбільш доцільне у два способи:

- через створення спеціалізованих громадських рад (бюро, комітетів) з питань охорони здоров'я і збереження довкілля;

- через створення лікарняних кас (фондів) або спеціалізованих кредитних спілок, які надаватимуть своїм членам додаткову фінансову підтримку на випадок хвороби.

Ці способи не є альтернативною один одному, а навпаки, можуть підсилювати і розширювати можливості кожного з них або можуть бути безпосередньо поєднані відповідно до рішення місцевої громади.

Загальновизнано, що система охорони здоров'я, як галузь де переважно використовується професійна праця лікарів та іншого медперсоналу, не є самодостатньою для вирішення завдань охорони здоров'я в їх сучасному розумінні. Для того, щоб бути ефективною в контексті громадського здоров'я власне медична діяльність потребує більш широкої опори. Потрібні системні зміни соціальної політики держави, зміни, які б давали змогу громадянам та їх об'єднанням реально впливати на вирішення питань охорони здоров'я в їх місті, районі або селищі, стимулювали б людей відповідально і дієво вирішувати питання власного здоров'я і проблеми охорони здоров'я їх громади. Потрібні також зміни в механізмах прийняття рішень з питань, що стосуються охорони здоров'я.

Слід відзначити, що можливість долучення широкої громадськості до вирішення проблем охоро-

ни здоров'я сприймається досить скептично не тільки адміністративними структурами, але й медичним загалом. Безперечно, ми маємо малий досвід такої співпраці, оскільки в галузевій політиці охорони здоров'я населення розглядається як пасивне дифузне середовище, об'єкт медичної опіки та санітарно-просвітницької роботи. Перехід від галузевої до публічної політики в охороні здоров'я означає насамперед зміну відношення до людей та їх активності, як головного ресурсу розширення можливостей професійної медичної діяльності. Це особливо актуально по відношенню до організації і поліпшення первинної медико-санітарної допомоги, оскільки фінансування та управління нею фактично відбувається на місцевому рівні.

Дуже важливо щоб розпочався рух назустріч один одному кожної із сторін: розумна і чесна адміністрація, медична еліта і зацікавлена громада повинні мати спільний план дій і волю для його запровадження. Віриться, що ініціатором такого поступу має стати саме медична еліта, тобто кваліфіковані, відповідальні і суспільно активні лікарі, як найбільш підготовлені та поінформовані партнери в спільній роботі з поліпшення громадського здоров'я.

Досвід багатьох країн показує, що розширення участі громадян позитивно впливає на вирішення проблем фінансування, управління, контролю якості та ефективності медичної допомоги.

Завданням, можливо навіть місією, об'єднань українських лікарів є ініціація і підтримка такого партнерства в якомога широкому просторі у всіх регіонах України.

В плані державного регулювання для цього необхідно точне визначення обсягу та критеріїв оцінки якості медичної допомоги, а на рівні регіонального регулювання визначення обсягу і механізмів фінансування залежно не від форми власності та організаційної структури закладу ПМСД, а від кількості і якості роботи. Питання фінансування та управління закладами повинні вирішуватися разом з громадою з врахуванням специфіки кожного регіону.

Загально визнано, що дефіцит фінансування та застаріла форма організації медичної допомоги призводить до зниження її доступності і якості. Слід зазначити, що стосовно оцінки якості і ефективності медичної допомоги завжди є два підходи: професійний та споживацький. І хоч їх методи онтогенетично різні, але результати порядної професійної експертизи і розумної споживацької оцінки рідко розходяться, та й то в незначних деталях. Ця теза в певній мірі справедлива для будь-якого виду медичної допомоги, але особливо актуальна стосовно її первинної ланки. Більш того, можливості оцінки загальних якостей цієї допомоги саме хворими є найбільш показовими, а результати "голосування ногами" потрібно уважно аналізувати і робити відповідні висновки.

Сьогодні, коли зменшилась вагомість лікарняних листків і усвідомлення необхідності оплати медичних послуг на побутовому рівні стало домінуючим (хоч суб'єктивно, як і раніше, мало прийнятним для більшості хворих), коридори поліклінічних закладів спорожніли. Та всім відомо, що відсутність звичних в радянські часи черг не є досягненням ефективного медичного менеджменту, доказом вдалої раціоналізації роботи закладу. Реалії життя такі, що більшість людей звертаються за допомогою тоді, коли стан здоров'я стає зовсім загрозливим або нетерпимим, відповідно хворі потрапляють до лікарні, а первинна ланка в тому, як вона продовжує існувати, фактично ігнорується і поступово відмирає.

Стає очевидним, по-перше, що ефективна реформа системи охорони здоров'я потребує в першу чергу реорганізації саме цієї ланки і, по-друге, що ця реформа не повинна обмежуватися зусиллями зверху і зсередини медичної галузі, а повинна отримати підґрунтя в ефективній співпраці медичних працівників (професіоналів) і організації споживачів, укорінених саме на цій території.

В цій великій і складній праці знайдеться місце для зусиль:

- різних державних органів (саме різних державних органів, а не одного лише управління охорони здоров'я);
- професійних медичних товариств та інших громадських організацій, які опікуються проблемами охорони здоров'я та здорового довкілля;
- окремих громадян та їх територіальних об'єднань.

Потрібне усвідомлення людьми того очевидного факту, що твоє здоров'я і здоров'я твоїх близьких значною мірою залежить від природних умов проживання та соціального оточення і тому ефективна і доступна медична допомога, збереження і відновлення природного середовища є загальними благами і предметом загальної турботи. Це

усвідомлення в рівній мірі необхідне, як професійним медикам, так і суспільству в цілому.

Три головні чинники поганого стану здоров'я людей, що виходять за межі безпосередньої компетенції лікаря або медсестри, є:

поганий стан економіки та обмеженість соціальної орієнтації в економічній сфері, занедбане або зруйноване довкілля, нездоровий спосіб життя та практична відсутність умов та стимулів для індивідуальної та спільної профілактики.

Ці фактори певною мірою взаємопов'язані, а також негативно впливають і на саму медичну допомогу, яка є кінцевим, а тому найважливішим місцем для хворої людини.

Щонайменші зрушення в кожному з трьох чинників, якщо вони відбуваються на регіональному, а тим більше на об'єднаному рівні і будуть вірно скеровані, можуть дати відчутний результат в аспекті поліпшення здоров'я.

Система первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), як першооснова всієї системи охорони здоров'я, покликана задовільнити основні потреби охорони здоров'я кожної спільноти дюдей. Організація відповідних служб, забезпечення їх доступності, залучення населення до розробки, планування та підтримки діяльності цих служб - так визначає це завдання ВООЗ в своїй глобальній стратегії "Здоров'я для всіх".

Ефективна ПМСД сприяє скороченню потреби в ліках, підвищенню рівня довіри і поліпшенню здоров'я через використання додаткових ресурсів, людських, матеріальних, інформаційних і духовних, що знаходяться поза межами власне медичних установ та практик.

Навіть незначне збільшення ресурсів в цій ланці дає відчутний результат, а якщо воно буде опиратись на більшу зацікавленість і разом з тим узаляженість лікарів від тих, здоров'ям кого вони повинні піклуватись, то ефект буде ще більший.

Недоцільно чекати поки запрацює вся економіка і коштів вистачатиме на всіх і на все, потрібно досягти максимальної кумуляції і ефективності наявних ресурсів за рахунок поєднання можливостей різних джерел фінансування та організації.

Зрозуміло, що на тлі великих розчарувань, фінансових махінацій та здирства більшість громад обмежується вимогами збереження державного фінансування амбулаторії чи іншого закладу ПМСД. Додати свої, можливо не дуже великі, зате "живі" кошти до спільної скарбнички, люди захочуть тільки тоді, коли будуть певні, що вкладають у своє. Тобто за умови безпосередньої причетності до планування та організації роботи цього закладу і його підзвітності цій громаді.

Підзвітність громаді, а не одній лише медичній бюрократії, не може жаяти доброго лікаря чи медсестру, а їх постійна співпраця з тими, кому

вони надають свою допомогу є великою силою. Скерована авторитетним фахівцем об'єднана громада може вплинути на стиль життя окремих людей, зупинити тих, хто руйнує їх довкілля, підтримувати фінансово заклад ПМСД. Останнє можливо тоді, коли більшість людей переконані в кваліфікації персоналу та якості медичної допомоги в цьому закладі і визначають його "своїм".

Через родину і найближче оточення, через групи підтримки та інші засоби впливу громадськості можна поліпшити спосіб життя різних людей, покращити профілактику захворювань і досягти поліпшення якості життя для людей похилого віку та інвалідів.

Принциповим моментом є юридично коректне поєднання державного, громадського і приватного секторів охорони здоров'я саме на рівні первинної медико-санітарної допомоги, що в свою чергу вимагає більш детальної розробки критеріїв діяльності лікаря (фельдшера) та закладу ПМСД в цілому. Чітко визначені критерії оцінки якості та показники державного контролю, а згодом і фахового контролю з боку лікарських товариств, будуть важливою умовою і стимулом для розвитку мережі закладів первинної ланки.

Одним із конкретних кроків в регламентації діяльності закладу ПМСД може стати типове Положення (Статут) лікарняної амбулаторії, ФАПу, та типові угоди між закладом ПМСД (незалежно від форми власності) та органом місцевого самоврядування і територіальним управлінням охорони здоров'я. Ці регламентуючі документи повинні розроблятися в пакеті з розробкою територіальних медичних програм у кожному регіоні.

Підтримка з боку держави цього рівня медичної допомоги була б відчутною і ефективною завдяки кільком простим і зрозумілим крокам:

- повне звільнення від оподаткування закладів ПМСД, та коштів, які спрямовують на їх підтримку;
- встановлення пільгового оподаткування для лікарів та іншого медперсоналу в сільських районах;
- перегляд нормативів відррахувань в пенсійний фонд і фонд пенсійного страхування та звільнення від усіх позабюджетних нарахувань на заробітну платню лікарів та іншого медичного персоналу закладів ПМСД.

Загальний рівень чистого доходу лікаря загальної практики, що працюватиме в акредитованому на даній території закладі ПМСД, повинен бути не менше, ніж 75 % від суми, спрямованої на зарплатню. У ці суми не повинні зараховуватись не тільки прямі витрати на утримання закладу та забезпечення медичної допомоги, але й затрати на підвищення кваліфікації.

Іншим кроком могла б стати абсолютно спрощена процедура реєстрації приватного закладу ПМСД, а саме:

лікар загальної практики, що має відповідну кваліфікаційну категорію або отримав тимчасовий акредитаційний сертифікат, подає заяву у місцеву адміністрацію про свій намір створити такий заклад на умовах, визначених типовим статутом, який надається йому відповідним органом управління охорони здоров'я,

укладається угода про заснування або акредитацію закладу ПМСД, в якій визначається його розташування, права власності на його майно, участь у виконанні територіальної програми та інші конкретні деталі. (За бажанням лікаря цією угодою може також затверджуватись окремий статут закладу ПМСД, який розробляється на основі доповнення та уточнення типового). Аналогічно укладаються і групові практики лікарів.

Укладання угод на діяльність закладу ПМСД за участю:

- органу місцевого самоврядування або його повноважного представника, наприклад, місцевого комітету (ради) з питань охорони здоров'я, наглядового комітету амбулаторії тощо;
- територіального управління охорони здоров'я;
- лікаря (групи лікарів) або фельдшера - стануть достатньо надійним засобом попередження зловживань у використанні пільг з боку держави.

Ці заходи потрібні на перехідний період до загального реформування системи соціального страхування і введення медичного страхування, оскільки вже сьогодні фактично існує, щонайменше, двоканальне фінансування медичної допомоги. При цьому недостатність легальних ресурсів, які надаються із загальносупільних фондів і мають забезпечити допомогу всім громадянам, а також існуючі способи їх використання об'єктивно закладають умови несправедливості в їх розподілі: фактично більшість видів медичної допомоги доступні лише тим хто хоче, а точніше, може доповнити їх з власної кишені, хоч і незаконно, зате дієво. Якщо людина неспроможна придбати ліки, оплатити діагностичні послуги, заплатити лікарю чи іншому медперсоналу, забезпечити догляд, то вона не може скористатись і мережею закладів, що залишаються на дефіцитному державному утриманні.

Це є порушення принципів справедливості, які декларовані Європейською спільнотою та чинним законодавством України. виправити такий стан справ можна, якщо легалізувати ту частину доходів, яку отримують медики в «тіні» і запропонувати людям простий і зрозумілий спосіб часткової компенсації витрат на медичну допомогу з залучення їх власних коштів.

Мається на увазі створення недержавних територіальних або виробничих фондів, достатніх для повного забезпечення своїх членів ефективною ПМСД і часткового доповнення вторинної ланки,

перш за все забезпечення ліками і доглядом. Одночасно на зазначених вище засадах мають створюватися як самостійні господарські суб'єкти лікарняні амбулаторії або приватні практики і упорядковуватись діяльність державних закладів ПМСД на єдиних для даної території принципах діяльності та фінансування, визначених територіальною програмою. Вибір групової або приватної практики має бути вільним і раціональним. Амбулаторії і лікарі загальної практики, в тому числі сімейні, укладають відповідні угоди з територіальним управлінням охорони здоров'я і органом самоврядування в міському мікрорайоні або в сільському населеному пункті. За цими угодами створюється громадський комітет (рада) з питань охорони здоров'я, до складу якого входять авторитетні члени общини (трудового колективу), яка має відповідні повноваження щодо контролю за діяльністю амбулаторії (лікаря) в питаннях управління і фінансування амбулаторії.

Залежно від прав власності на приміщення та обладнання амбулаторії (лікарського кабінету) чи іншого закладу ПМСД, розвитку органів місцевого самоврядування угоди можуть передбачати різні умови, але основні засади мають бути універсальними:

- лікарі повинні мати відповідний вишкіл, можливість і бажання подальшого навчання і удосконалення;
- професійно лікарі та інші медпрацівники підзвітні

територіальному управлінню охорони здоров'я;

- в атестації лікарів беруть участь (а надалі проводять її самостійно) товариства лікарів;
- населення має право вибору лікаря, а також повинно мати можливість відмовитись від послуг лікаря або медсестри і запросити інших з допомогою відповідної процедури, як це передбачено угодою, якщо на цій території працює лише один спеціаліст;
- пацієнт має право зажадати проведення незалежної експертизи;
- додаткова оплата певних послуг лікаря не повинна позначатись на якості доступності медичної допомоги всім зареєстрованим у цього лікаря пацієнтам, незалежно від їх платоспроможності;
- загальний рівень оплати лікаря та іншого персоналу амбулаторії (кабінету, іншого закладу ПМСД) повинен сприяти авторитету лікаря і бути достатнім для його зацікавленості, лояльності і готовності працювати за правилами;
- співпраця лікаря ПМСД з лікарнями та іншими закладами вторинної ланки повинна стати більш врегульованою і підтриманою територіальним управлінням охорони здоров'я.

Узагальнюючи, можна визначити участь громадськості в розв'язанні питань охорони здоров'я, як фактор стабілізації та потенціювання діяльності професіоналів, але саме від ініціатив останніх залежить напрямок і сутність реформування системи охорони здоров'я.

Список літератури

1. М. Тищук. Публічна політика в охороні здоров'я і роль громадських організацій лікарів, в кн. "Політика і стратегія Української держави у галузі охорони здоров'я. Проблема перехідного періоду". - Одеса, 1999р.
2. Перспектива - 2010. Програма реорганізації медичної допомоги в Україні. Громадська ініціатива за здорову націю. "Пульс України". - Київ, 1999р.
3. *Community involvement in health development: a review of the concept and practice.* Edited by Haile Mariam Kuhsay, WHO, Geneva, 1999.
4. *Health Promotion and community action for health in developing countries.* H.S. Dhillon. Lois Philip, WHO, Geneva, 1994.

РЕОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ. УЧАСТИЕ ОБЩЕСТВЕННОСТИ.

В.А. Колоденко, М.М. Тищук (Одесса)

Наиболее целесообразными являются два способа участия общественности в разработке вопросов организации здравоохранения на уровне сел и городских микрорайонов:

- 1) путем создания специализированных общественных советов по вопросам здравоохранения и охраны окружающей среды;
- 2) путем создания кредитных касс для оказания финансовой поддержки на случай болезни.

THE REORGANIZATION POLYCLINICS NETWORKS. PARTICIPATION OF SOCIABILITY

V. Kolodenco, N. Tyshchuk (Odessa)

Most expedient are two ways of participation of sociability in mining problems of organization of public health services at a level sat also of urban microdistricts:

- 1) by creation of specialized public advices on public health services and environmental protection;
- 2) by creation of credit cash departments for rendering of financial support on a case of illness.

ДЕЯКІ ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ УКРАЇНСЬКОЇ ЗДОРОВООХОРОНИ НА МІКРОРІВНІ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Горбачевського

Під мікрорівнем в системі медичної допомоги слід розуміти проблеми, які виникають на рівні "пацієнта-лікаря", медичного закладу та об'єднань медичних закладів, які існують на територіях, обмежених адміністративними межами міста чи сільського району.

Тут потребують дослідження та регулювання процеси функціонування ринку медичних послуг, економічні пропорції в межах медичного закладу, зокрема співвідношення факторів медичних послуг, співвідношення заробітної платні та інших видатків на медичну допомогу, ціноутворення, зміни рівня попиту людності на медичні послуги тощо. Основною проблемою на цьому рівні є задоволення оптимальної потреби людей в якісній та ефективній медичній допомозі.

Досягнення цієї мети йде через принцип обмеження задоволення потреб і необхідність вибору. Дія цього принципу виникає там і тоді, де і коли з'являється альтернатива вибору між двома або більше можливими варіантами. Цей принцип зумовлюється обмеженістю можливостей і передбачає вибір оптимального варіанту, який максимально економічно вигідний. Так, перед головним лікарем постійно стоїть альтернатива вибору між різними факторами виробництва. Кошти, що знаходяться в розпорядженні головного лікаря, завжди обмежені. Він мусить знайти оптимальний варіант розвитку медичного закладу: відкрити нову дільницю або спеціалізоване відділення, придбати новий діагностичний чи лікувальний апарат чи зробити акцент на купівлі нових ефективних ліків тощо.

Правда слід зазначити, що і за радянських умов і, особливо тепер, можливості вибору для головного лікаря обставлені багатьма перепонами. В радянських умовах – статтями кошторису, за рамки яких він не мав права вийти, тепер – фінансовою скрутою, за якої фактично проплачуються лише дві статті кошторису – заробітня платня та комунальні послуги.

Мусимо констатувати, що основна проблема на мікрорівні – оптимальне задоволення потреби

людей в якісній та ефективній медичній допомозі – не є вирішеною. З багатьох сучасних видів допомоги – пересадка органів та систем, операції на серці тощо – вона є просто недоступною для основної маси пацієнтів, в інших випадках кінцеві результати або т.з. якісні показники допомоги не можуть задовольнити. Як правило, дослідники аналізують медичну сторону цієї проблеми, оминаючи або нехтуючи економічною, між тим остання є першопричиною або початковою ланкою у її вирішенні. Іншими словами, економічна неефективність медичної допомоги тягне за собою і медичну і соціальну її неефективність.

Не потребує доказів твердження, що якість товару прямо залежить від його ціни. Це – аксіома ринку. Рівною мірою це стосується і медичної послуги, яка є таким же товаром, як і інші, виробництво яких має узгоджуватись із економічними законами. В радянських умовах ці фундаментальні положення заперечувались, а тому в тактиці і стратегії розвитку медичних закладів мало проглядалась економічна доцільність, її просто не існувало. Тому констатуючи економічну неефективність медичної допомоги на мікрорівні мусимо розібратись в її механізмі і окреслити можливі варіанти виходу із цього становища.

Проблему доцільно, на наш погляд, зобразити у вигляді "зачарованого кола", в рамках якого перебувають наші медичні заклади (рис.1). Аналіз можна почати з будь-якого елемента "кола", але найдоцільніше його почати із деформації факторів медичної допомоги.

Економічна наука поділяє усі фактори виробництва на постійні та змінні. Вирішальну роль у виробництві товару відіграють змінні фактори.

У виробництві медичних послуг змінними факторами виробництва є працівники, апаратура, обладнання, медикаменти, електроенергія, паливо, транспорт, зв'язок, інші комунікації, банківські та бухгалтерські послуги тощо. В розвитку змінних факторів виробництва колишня радянська і теперішня українська медицина безсумнівний пріоритет



Рис. 1. "Зачароване коло" української системи медичної допомоги.

надавала і надає кадрам (працівникам). "Кадри вирішують усе". Нестримне нарощування кадрів призводило до зниження пересічного рівня їхньої кваліфікації, що обумовлювало падіння продуктивності їхньої праці згідно закону зменшення граничної продуктивності змінних факторів виробництва, який економічна наука формулює так: введення додаткових одиниць змінного фактору виробництва призводить до поступового зниження граничної продуктивності, якщо значення хоча б одного фактору залишається постійним протягом певного періоду виробничого процесу. У обернено пропорційній залежності від величини граничної продуктивності перебуває розмір граничних витрат. Отже, введення додаткового числа змінних факторів виробництва (переважно кадрів) призводить до зростання кількості продукції (медичних послуг), але супроводжується збільшенням розміру граничних витрат у процесі виробництва. Іншими словами зростання змінних факторів виробництва (кадрів) вимагало адекватного зростання витрат.

Витрати ніколи не встигали за зростанням кадрів. Невпинне зростання числа медичних послуг за умови відставання обсягу коштів призводило до постійного падіння ціни (вартості) пересічної медичної послуги, а отже її якості й ефективності.

Виходів із цієї ситуації є два: по-перше, зміщення акценту із нарощування числа кадрів на інші змінні фактори виробництва, передовсім на медичне обладнання, апаратуру і медикаменти; по-друге, досягнення такого їхнього співвідношення, яке б забезпечило своєрідний баланс між числом зростаючих медичних послуг і обсягом нарощуваних витрат на медичну допомогу. При цьому бажано забезпечити випереджаючі темпи нарощування витрат порівняно з числом медичних послуг.

Не можна заперечувати, що і в радянській і в теперішній українській медицині не відбувалось нарощування й таких змінних факторів медичного

виробництва як медичне обладнання, апаратура, медикаменти тощо. Однак воно не тільки відставало від нарощування кадрів, а сприяло ще більшому їхньому зростанню. Так, наприклад, оснащення медичних закладів УЗД-апаратами супроводжувалося не озброєнням ними дільничних лікарів, а реєстрацією додаткових посад фахівців, які займалися виключно УЗД-діагностикою. Побороти цю тенденцію, повернути її в економічне русло – одна з ключових проблем розвитку української охорони здоров'я.

Дія "зачарованого кола" на цьому не закінчується. Зменшення ціни та якості медичних послуг призводило і призводить до зростання потреби в них. Чим це обумовлено? Механізмом балансування попиту на медичну допомогу і пропозиції на неї. Регулятором цього механізму виступає ціна медичної послуги. У виробництві товарів (і виробництво медичних послуг не є тут винятком) діють закони попиту та пропозицій. Попит перебуває в обернено-пропорційній залежності від ціни: чим вища ціна, тим менша кількість попиту і навпаки. Пропозиція перебуває у прямо пропорційній залежності від ціни – чим нижча ціна товару, тим менша кількість товарів пропонується; вища ціна обумовлює вищий рівень пропозиції.

До чого призводила низька ціна, а отже й якість медичних послуг в умовах недавньої радянської медицини? До перевищення попиту над пропозицією, до існування дефіциту між попитом і пропозицією. На практиці це призводило до нестримного зростання числа відвідувань медичних закладів, яке пересічно припадало на одного пацієнта. І як це не дивно, подібне нарощування числа відвідувань наводилось як показник розвитку медичної допомоги. Потреба у зростанні відвідувань тягла за собою необхідність нарощування числа медичних кадрів, яке в свою чергу, ще більше деформувало співвідношення факторів медичного виробництва. Коло замикалось.

Теперішня українська дійсність внесла у механізм балансування попиту і пропозиції суттєві корективи. Держава різко применшила свої витрати на медичну допомогу і фактично переклала їх на плечі пацієнтів. Механізм балансування попиту і пропозиції діє, так би мовити, в оголеному вигляді. Пацієнт, який самотужки оплачує медичні послуги, прагне отримати їх якісними і ефективними. Але за це треба платити високу ціну. Для більшості пацієнтів вона не по кишені. Тому пацієнти обмежуються дешевими послугами: вони просять лікаря призначити дешеві ліки або замість дорогого консервативного лікування ендартеріїту просять лікаря ампутувати ногу або просто відмовляються від лікування. В 1999 р. 37% пацієнтів онкологічного диспансеру в одному з обласних центрів Ук-

обласних центрів України відмовились від лікування цебто прирекли себе на вірну смерть. Але це явище вже виходить за рамки економічних категорій.

Отже, як і раніше потреба хворих людей в якійсій медичній допомозі не задовольняється, як і раніше,

українська медицина йде торованим шляхом: вона нарощує число кадрів. За роки незалежності забезпеченість лікарями в країні збільшилась на 10%, цебто щороку пересічно зростала на один відсоток.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА МИКРОУРОВНЕ

А.А. Голяченко (Тернополь)

Анализируются экономические проблемы украинского здравоохранения на микроуровне: соотношение факторов медицинского производства, причины низкого качества медицинской помощи, действие экономических законов производства медицинских услуг на уровне пациента и врача, а также медицинского учреждения.

ECONOMIC PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH SERVICES AT A MICROLEVEL

A.A. Golyachenko (Ternopil)

The economic problems of the Ukrainian public health services at a microlevel are analyzed: a ratio of the factors of medical manufacture, reasons of poor quality of a medical care, action of economic laws of manufacture of medical services at a level of the patient and doctor, and also medical establishment.

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 616.-089:658.516:658.3.018:615.07

О. НИКИТЮК

МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВОЯКІВ УКРАЇНСЬКОЇ ПОВСТАНЧОЇ АРМІЇ /за матеріалами споминів українських повстанців/

Боротьба Української Повстанчої Армії за свободу і незалежність України обіймає період з 1942 до 1953 року. Особливого розмаху вона набула на Волині, Галичині, Лемківщині, Перемищині та інших західних теренах України.

Це була модерна військова сила, вишколена в партизанських діях, яка в тому часі не мала собі рівної, зокрема, коли взяти до уваги, що УПА не користувалась будь-якою чужосторонньою допо-

могою. Майже дев'ять років УПА протистояла жорстокій, озброєній до зубів машині НКВД, військовим підрозділам радянської та польської армій.

Стиснута з обох боків чисельно переважаючою збройною силою, вона змогла вести тривалу боротьбу, лише опираючись на підтримку народу.

Військова організація УПА була такою. Вояки УПА гуртувались в рої, що склались з десяти чоловік на чолі з ройовим. Чотири рої склали

чоту, а три-чотири чоти – сотню. Чотири сотні склали курінь. До складу куреня входила також польова жандармерія, спеціальний рій для окремих завдань, інтендатура, відділ зв'язкових і розвідки та санітарний відділ. В 1944-47 рр. УПА налічувала до 120 тис. вояків.

УПА спиралась на розгалужену сітку ОУН, боївки якої були практично в кожному селі. Звідси йшло поповнення до лав УПА та інша підтримка.

Санітарний відділ куреня складався, як правило, з кількох лікарів та їх помічників, із розрахунку – один лікар або його помічник на сотню стрільців, та санітарів, із розрахунку – один санітар на рій. Лікарський персонал був багатонаціональним, але більшість склали українці та євреї. Санітарський персонал готувався на спеціальних курсах із числа добровольців, як правило, дівчат та жінок. В умовах автономних рейдів, які здійснювались сотнями, чотами й роями, що постійно між собою взаємодіяли, хворих та поранених, що не могли бути в строю, відправляли на лікування до шпиталів, які облаштовувались в селах або спеціально викопаних криївках в лісах.

Під час коротких перепочинків, перегрупування сил лікарі здійснювали періодичні перегляди стрільців. Хворих або таких, що не могли виносити тяготи партизанського життя, звільняли або переводили до боївки. Для порівняння, відділи НКВД, що йшли за наступаючою радянською армією, гнали усіх чоловіків від 17 до 60 років до мобілізаційних пунктів, а звідти неозброєних і не вишколених кидали на фронт. Там вони масово гинули. З національно свідомих районів (а про них більшовики знали ще з окупації 1939 р.) “мобілізованих” гнали до штрафних батальйонів. Отож тепер майже в кожному галицькому та волинському селі бачимо монумент, на якому викарбувані сотні імен, що загинули в лавах “героїчної радянської армії” і декілька імен, що загинули від рук “українських буржуазних націоналістів”.

У військових підрозділах УПА був заведений суворий рекрутський вишкіл. У всяку пору року, за

любих погодних умов, день починався на світанку (влітку – з п'ятої ранку, взимку – дещо пізніше) рухавкою, миттям і молитвою. Після обіду – знову вправи та лекції. Після вечері – о сьомій годині – молитва й дозвілля. Тому вояки УПА були загартовані і могли тижнями зносити тяжкі рейди, що чергувались постійними сутичками з ворогом.

Але не бракувало і хвороб. Окрім ран це були інфекційні хвороби, короста та обмороження. При виникненні інфекційних захворювань негайно робився лікарський або санітарський перегляд і хворих ізолювали до шпиталів. Ліків, звісно, не вистачало. Як і продукти харчування, ліки добувались з допомогою місцевого населення та підпільної мережі ОУН. Широко застосовувались народні методи лікування.

НКВД у боротьбі з вояками УПА застосовували тактику “выжженной земли”, що поєднувалась із підступом та підкупом. В полон вояків УПА не брали та й останні не здавались, обираючи смерть замість полону. Ось як описує останній бій одного з повстанських шпиталів стрілець Іван Дмитрик.

“В шпиталі були лікар Рат, його дружина Дора, помічник лікаря Орест, санітарки Пчілка і Калина, санітар Арпад та хворі: референт СБ Гуцул, командир боївки Мірник, стрільці з нашої сотні: Сметана, Лук, Кавка, Дружба, Жук і з боївки Шугая – Когут та ще деякі з сотні Хріна...”

Шпиталь був випадково виявлений і оточений ворогом. Було запропоновано здатись, мовляв, нічого вам не буде. Повстанці на здачу не погодились. “Бій тривав від ранку до вечора. Наші боролися до останньої кулі, а тоді висадили себе в повітря”.

Тільки депортувавши три мільйони українців із західних теренів України до Півночі та Сибіру Росії та виселивши майже усіх українців із Лемківщини та Перемищини на західні терени Польщі (операція “Вісла”) вороги зламали збройний опір УПА. Але не зламали прагнення українського народу до свободи і незалежності.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОИНОВ УПА /за матеріалами воспоминаний воинов Украинской Повстанческой Армии/

О.Никитюк (Тернополь)

Отражена структура и деятельность медицинской помощи воинам Украинской Повстанческой Армии. Работа медиков протекала в исключительно сложных и героических условиях.

MEDICAL MAINTENANCE THE SOLDIERS URA /Behind materials of memoirs the soldiers Ukrainian Revolt of Army/

О.Никитюк (Тернопіль)

The frame and activity of a medical care the soldiers Ukrainian Revolt of Army is reflected. The work the medical workers proceeded in extremely complex and heroic conditions.

УДК 614.8 + 614.88

Г. КОНОПЕЛЬКО, Ю. БАБ'ЯК

ЖИТТЯ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ ВИДАТНОГО УКРАЇНСЬКОГО ВЧЕНОГО БІОХІМІКА С.З.ГЖИЦЬКОГО

Українська земля щедра талантами. Зокрема, Тернопільщина дала світу таких велетнів науки як Юліан Гірняк (фізика, хімія), Іван Пулюй (фізик), Роман Цегельський (фізик), Іван Горбачевський (біохімік), Олександр Смакула (фізик), Володимир Левицький (математик), Мирон Заницький (математик), Микола Чайковський (математик), Іван Верхратський (природознавець), Степан Гжицький (біохімік).

Серед імен, що збагатили біологічну науку, зокрема, біохімію, почесне місце належить видатному українському вченому і педагогові, докторові біологічних наук, докторові ветеринарної медицини, дійсному членові Наукового товариства імені Т.Г.Шевченка, члену-кореспонденту НАН України, академіку Української академії сільськогосподарських наук, заслуженому членові об'єднання українських лікарів США і Канади, професорові Степанові Зеноновичу Гжицькому.

Про Степана Гжицького є ряд публікацій і журнальних статей, та коротких повідомлень учнів і колег. Автори статей не тільки слухали лекції й практичні заняття видатного вченого, але й впродовж багатьох років спілкувались з ним у невимушеній (хатній) обстановці, відчували на собі благотворну дію якоїсь невловимої, і життєствердуючої енергії. В його присутності хотілось працювати, творити щось нове, корисне собі і людям. Природу такого впливу особистості ще ніхто не пояснив, але люди з характером С.Гжицького народжуються один раз в століття, залишаючи глибокий слід в душах багатьох поколінь. Про них звичайно говорять "Він мав іскру Божу", і це щира правда.

На урочистому засіданні з нагоди 95-річчя уродин С.З.Гжицького в заснованому ним інституті фізіології і біохімії тварин (ІФБТ) була виголошена ґрунтовна розвідка "С.З.Гжицький – учений, педагог, людина", підготовлена кандидатом біологічних наук В.І.Немировським. Однак, повна біографія Гжицького, має бути написана згодом.

Степан Гжицький народився 14.01.1900 року в селі Острівець, Тереховлянського району, Тернопільської області, ставши третьою дитиною вчителів Зенона Гжицького та Станіслави (з Роцаковських).

В родині вчителів Гжицьких, які пізніше переїхали в село Довге, росли старший син Володимир – в майбутньому відомий український письменник, і дочка Наталія – вона успадкувала фах батьків і, крім того, прекрасно малювала. Початкову освіту діти одержали вдома та у сільських школах Тереховлянщини, а середню – у Тернопільській гімназії. Це єдиний заклад на Тернопіллі на ті часи, де навчання велося українською мовою.

Історичне минуле нашого Поділля та традиційний гарт тернопільських та бережанських гімназистів були середовищем формування і для Володимира та Степана Гжицьких.

Володимир Гжицький – старшина Української армії Січових Стрільців, учасник визвольних змагань України в 1917 – 1920 роках, а у 1933 – 1957 – в'язень сталінських ГУЛАГівських таборів.

У його творах "У світ широкий" і "Великі надії" легко можна взнати і малого Степана – майбутнього українського вченого.

Гімназійні роки Гжицького припали на лихоліття першої світової війни. Заняття відбувались нерегулярно, отож, основні знання майбутній вчений здобув шляхом самоосвіти, склавши 1920 року натуральні екзамени екстерном. В гімназійному атестаті Степана одні відмінні оцінки. Час, коли Гжицький закінчив гімназію, був складним і важким. З розпадом Австро-Угорської імперії владу у Східній Галичині захопили польські окупанти і у всьому: житті, роботі, навчанні перевага віддавалась саме полякам.

За цих умов С.Гжицький приїхав до Львова з надією стати студентом хоч якогось вузу, але єдиним шансом для таких як він був Український підпільний університет (УПУ). Це безприцендентне явище в освітній історії організували професори українці ще австрійського виховання, які прагнули прислужитись своєму народу і яких польська влада не допустила до викладацької роботи. Степан став слухачем юридичного відділення і до 1923 року супроги власних уподобань штудював юриспруденцію. Заняття відбувались нерегулярно, у приватних помешканнях за систематичних переслідувань поліцією. У розпалі навчання в УПУ С.Гжицький познайомився з професором Львів-

ської академії ветеринарної медицини (ЛАВМ), графом з Варшави Вацлавом Морачевським.

За яких обставин це сталося, С.З.Гжицький не розповідав, але наслідком їх знайомства була радикальна зміна статусу "юриста-підпільника", - він став легальним студентом Академії ветеринарної медицини. Як це вдалося облаштувати Морачевському невідомо, але цей факт засвідчує, що світ не без добрих людей і, навіть, за найдикіших ідеологічних систем місцевий діяч здатний обійти будь-які бюрократичні перепони.

Покровительство Морачевського – великого гуманіста і українофіла (очевидно, таким його зробила дружина – видатна діячка жіночого руху в Галичині Софія Окуневська) над Степаном не обмежилось сприянням вступу до ЛАВМ. Оцінивши талант і працелюбність свого протеже, Морачевський залучив його до наукової роботи в себе на кафедрі лікарської хімії і загальної патології. З третього курсу Степан Гжицький був зарахований у штат кафедри на посаду заступника асистента по курсу фізіологічної хімії. Про ту пору вчений згадував, як про золотий вік: відпала потреба у постійному страхі за день сьогоднішній і прийдешній, а на зміну немилому серцю зазубрюванню вигаданих людьми законів і правил, прийшла можливість пізнання об'єктивних передумов функціонування живого організму. У заліковій книжці студента Гжицького, яку можна оглянути в музеї ЛАВМ, стоять переважно відмінні оцінки. Є й одна "задовільно" – за ветеринарно-поліцейний нагляд. Ні, не вийшов би з нього юрист навіть за умови легалізації УПУ.

Кажуть, що місце народження людини, має таємничий містичний вплив на її долю і стосовно Гжицького, в багатьох матеріалах про нього зазначається таке: назва села Острівець на латині звучала б як "Insula", а саме гормон підшлункової залози інсулін (названий так тому, що продукується спеціальними структурами – острівками Лангенгарса) став об'єктом особливого зацікавлення вченого, і дослідженнями дії цього гормону він зробив свої найголовніші відкриття. Містичний зв'язок – с.Острівець – інсулін – висунули не біографи вченого, а він сам. Згадуючи початки наукової кар'єри, професор Гжицький любив повторювати, що не міг оминати увагою інсулін, оскільки в назві гормону звучить ім'я його родинного села.

У 1929р. закінчив академію і залишився старшим асистентом кафедри. Поряд з викладацькою роботою Степан ініціативно займався науковими дослідженнями і вже через два роки захистив дисертацію на тему: "Про вплив односторонньої і мішаної дієти та додатку солей на деякі компоненти крові і сечі" і одержав науковий ступінь доктора ветеринарної медицини. Він стажувався в Берліні, Відні, у відомих вчених Нойберга, Вірта.

В тридцять роки йшло становлення біохімії, як самостійної науки, зокрема, з'ясувались докладні механізми розчеплення глюкози в м'язах (гліколізу). Зусиллями німецьких вчених Майєргофа та Ембдена були розшифровані етапи окислення глюкози до молочної кислоти, механізм синтезу АТФ, яка використовується у м'язовому скороченні. Були висунуті гіпотези щодо механізмів розвитку післязабійної контрактури м'язів (дозрівання м'яса), а також м'язевої втоми і генезу м'язевого паралічу робочих коней (паралітична міоглобінурія – хвороба). Вона була справжнім лихом для господарів, бо в ті часи кінь був основною робочою силою сільського господарства. Теорія пояснювала генез хвороби, але лікування не пропонувала. Гжицький вирішив перевірити справедливості теоретичних побудов. Взнявши пробу м'яза паралізованого коня, він визначив рівень молочної кислоти в ньому. Рівень цієї сполуки був надзвичайно низьким, хоча теорія передбачала протилежне. Додатковими дослідженнями С. Гжицький з'ясував, що причиною паралітичної міоглобінурії є порушення обміну вуглеводів. Це була зоряна хвиля молодого вченого: опираючись на власні результати, а не на думки авторитетів, Гжицький сформулював свою теорію захворювання на м'язевий параліч і лікування недуги без побічних впливів. Його робота одержала світове визнання і була виконана на кафедрі Морачевського, за його підтримки і сприяння.

Степан Зенонович згадував сам: "Морачевський, який вільно володів німецькою, французькою та італійською мовами, погодився лише на одне – відредагувати рукопис повідомлення і надрукував його власноруч одним пальцем на своїй портативній машинці". Автор відкриття був один – Степан Гжицький. Він неодноразово розповідав про цей момент і ставив його в приклад учням: давати можливість самостійно працювати підлеглим і сприяти їх професійному росту. В усі часи наукової діяльності Гжицький ніколи не вписувався в автори своїх аспірантів, співробітників і колег, а наявність значної кількості друкованих праць обумовлена одним: його просили прочитати і виправити текст, а після цього вписували в авторський колектив – це гарантувало прийняття матеріалів до друку, особливо в престижних журналах.

В 1935 році в ЛАВМ відкрили кафедру біохімії, першим завідувачем якої призначили Гжицького. Знову ж таки це сталося за сприяння Морачевського – графа не лише за офіційним титулом, але й справжнього графа в царині науки. Відомо, що він був дуже тонким психологом, і бачив свого учня і вихованця, як кажуть, наскрізь, знав, що той нестиме людям тільки добро.

В 1934 році за наукові праці Гжицькому було присуджено наукове звання приват-доцента.

В 1937 році – Гжицький вдруге їде до Відня, де проводить дослідження в клініці дрібних тварин відомого австрійського вченого професора Вірта.

Протягом 1939 – 1940 р.р. Гжицький розгорнув велику наукову і педагогічну роботу, за що йому було присуджено науковий ступінь доктора біологічних наук і звання професора.

В 1939 році Львівська школа біохімії займала дуже високі позиції в Європі. Крім В.Морачевського і Гжицького передові рубежі утримувала школа Якова Панала (медінститут), яка вивчала механізми м'язевого скорочення. В 1939 разом з “визволителями” (представленими переважно НКВС) до Львова прибули визначні біохіміки СРСР О.Палладін і В.Енгельгард. Інтелегенти старої генерації, вони відіграли позитивну роль в тому, що львівська професура не була репресована відразу як “класово чуждий елемент”. Особливо це стосувалося Гжицького, брат якого Володимир, як вище згадувалось, в той час відбував строк в сибірських таборах. Степан Зенонович часто наголошував на цьому факті.

Не всім ученим Галичини більшовицька влада дарувала такі привілеї. В короткі часи були розпущені і політичні, і громадські організації, де витав національний дух, як наприклад, Наукове Товариство імені Т.Г.Шевченка (НТШ). На той момент Гжицький не був членом НТШ, але після відступу більшовиків у 1941 році взяв активну участь у відновленні авторитетного об'єднання українських вчених. Учень С.З.Гжицького професор І.Головацький в архівав виявив заяву Гжицького про вступ до НТШ 1942 року. Товариство відроджувалось і діяло підпільно: німці теж не сприяли підвищенню свідомості “нижчої раси”. Залишаючись на кафедрі впродовж всього лихоліття війни, професор Гжицький піклувався про одне: як уберегти від репресій співробітників і наукове об'єднання. З болем в серці згадував як відступаючи, німецька служба евакуації забрала куплену ним за власні кошти у Відні аналітичну вагу, комплект наукової літератури, ре-активи...

Щоб організувати роботу після війни, довелося докласти чимало зусиль і засобів для виходу на звичні позиції. Лише енергія і велика любов до праці сприяли тому, що колектив очолюваний, С.Гжицьким, ввійшов в усталений ритм.

Основним напрямом досліджень кафедри та її завідувача стало з'ясування генезу патологій на молекулярному рівні. Степан Зенонович не переставав повторювати, що будь-яка хвороба розпочинається і супроводжується порушенням обміну речовин, отже лікар має бути добрим біохіміком. До нього йшли на консультації хворі, яким не могла зарадити класична медицина і він дуже нервувал, коли пацієнтам з очевидним діагнозом призначали неадекватне лікування, ускладнюючи тим

самим перебіг хвороби.Одного разу прийшов до нього чоловік з набряклими руками і ногами, якому приписували серцеву і ниркову недостатність. Степан Зенонович поставив правильний діагноз буквально з порога: “У вас – дефіцит гормону щитовидної залози, ліками служитиме препарат тироїдин”. Хворий, якому пророкували смерть через 1-2 місяці прожив ще...25 років повноцінним і здоровим життям. Щороку, в день першого візиту до С.З.Гжицького, він приносив йому букет квітів та своє щире захоплення мудрістю вченого.

С.З.Гжицький допомагав також багатьом організувати правильне лікування інсуліном при цукровому діабеті, відкинувши необгрунтовані рекомендації щодо режиму харчування. Докладно знав клінічні дисципліни, особливо терапію. По суті С.Гжицький сформував нову науку – клінічну біохімію, яка офіційно визнана в останні роки (в ЛАВМ тепер читають такий курс).

В 1951р. Степана Гжицького було обрано членом-кореспондентом АН України, йому доручено у новоорганізованому Науково-дослідному інституті агробіології керівництво лабораторією біохімії сільськогосподарських тварин. Саме лабораторія біохімії сільськогосподарських тварин цього інституту, який згодом був реорганізований в Науково-дослідний інститут землеробства і тваринництва західних регіонів України, відіграла значну роль для підготовки наукових кадрів. За заслуги в розвитку біохімії тварин С.З.Гжицький був обраний академіком Української академії сільськогосподарських наук. В 1960р. на базі лабораторії біохімії сільськогосподарських тварин Науково-дослідного інституту землеробства і тваринництва західних регіонів України у Львові було створено Український НДІ фізіології і біохімії сільськогосподарських тварин. Ініціатором і першим директором цього інституту став С.Гжицький, який одночасно залишався завідувачем кафедри біохімії зооветінституту. Тоді ж академіку С.Гжицькому присвоєно почесне звання заслуженого діяча науки України.

Предметом особливої уваги вченого залишався інсулін. Завжди, коли при патологіях різного походження спостерігалось порушення обміну вуглеводів, він вивчав можливість застосування цього гормону, аналізуючи і його побічний клінічний ефект. Так було запропоновано його використання при атоніях передшлунків, встановлено, що періодичне введення гормону здоровим тваринам стимулює прирости живої маси, а також вовни у овець. У співавторстві з І.Головацьким Степан написав монографію “Інсулін”. Вона була прийнята до друку, здана у виробництво, але, на жаль, так і не побачила світу через бюрократичні перепони та корисливість ділків від науки.

Всією душею С. Гжицький цурався протекціонізму, нечистоплотності і закулісних інтриг. Всіх но-

вих людей він вважав чесними та порядними, допомагав їм чим міг і дуже страждав, коли хтось виявлявся не тим, за кого себе видавав. Академік УААН Федір Планфій згадував ось який випадок: "Йому, молодому аспіранту, необхідно було здійснити перегонку якоїсь речовини. Вислухавши технічне завдання на виготовлення приладу, складув Шиманський заявив: "Нічого не вийде. Потрібна трубка із срібла, а це щонайменше 150 крб. готівкою" (стипендія аспіранта тоді була 60 крб.) і тоді професор Гжицький засунув руку в кишеню, витягнув портмоне, відрахував суму і дав її здивованому складуву зі словами: "Зробіть. Хлопці так хочуть працювати!".

Це була виняткова людина, всі працівники від лаборанта до найбільшого науковця з нетерпінням чекали приходу професора Гжицького. Мабуть, тому мав багато учнів, допомагав усім, хто хотів працювати, відстоював право на власну думку, підтримував тих, хто з якихось причин втратив ласку у начальства. І, навпаки, з огидою ставився до пристосуванців та протезистів. Вислухавши якось дзвінок з керівного кабінету про необхідність виставити позитивну оцінку якомусь "родовитому", Степан Зенонович взяв у того залікову книж-

ку, записав без опитування рятівне "задовільно" і... викинув через вікно зі словами: "Якщо не хочете працювати головою, працюйте ногами". Невдиха стрімголов вилетів з кабінету, бо вікно виходило на вулицю Левицького з інтенсивним рухом пішоходів і транспорту, а щоб дістатись місця, де впала залікова, необхідно було обійти високий інститутський мур, затративши багато часу. Здані на перевірку праці і статті він правив контрастним, переважно червоним, чорнилом, і нерідко після правки текст був одного кольору - червоного. Водночас змінював свою думку, якщо наводили переконливі докази – так, як це і належить робити істинному науковцю.

Серед учнів вченого 15 докторів і 47 кандидатів наук. Учнями Гжицького є академіки Пафій Ф.Д., Лагодюк Л.Ж., Макар І.А., професори Головацький І.Д., Яковенко О.Ф., Лумішко О.М., Туревський А.А., Пупін І.Г., Калачнюк Г.І., Розгон І.І., Шуст І.В., Дрель К.О., Германюк Я.Л., Береза І.Г. та інші.

Пам'ять про видатного вченого увіковічена іменною академічною премією його імені та меморіальною дошкою, встановленою на фасаді Львівської академії ветеринарної медицини.

ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВЫДАЮЩЕГОСЯ УКРАИНСКОГО УЧЕНОГО – БИОХИМИКА С.З.ГЖИЦКОГО

Г.Г. Конопелько, Ю.И. Бабьяк

Освещен жизненный, педагогический и научный путь выдающегося украинского ученого – биохимика, работавшего в области медицины и ветеринарии, С.З. Гжицкого.

LIFE AND ACTIVITY OF OUTSTANDING UKRAINIAN SCIENTIST - BIOCHEMIST S. GZHYTSKY

G. Konopelko U. Babjak

The pedagogical and scientific path of outstanding Ukrainian scientist - biochemist Gzhytsky, working in the field of medicine and veterinary medicine, is lighted.

О.Н. ЛИТВИНОВА, П.Л. ПЕРЕБЕЙНОС

СОЦІАЛЬНА, ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПРОФЕСІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЕРІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ БАЗОВОГО РІВНЯ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського, управління охорони здоров'я Хмельницької облдержадміністрації

Для визначення професійної характеристики управлінських кадрів в системі охорони здоров'я України, нами проведено соціологічне опитування останніх. У вибірці брали участь головні лікарі лікувальних закладів та їх заступники по мережі та лікувальній роботі Хмельницької області.

Опитувальний лист містив 40 запитань, які характеризували управлінські кадри в напрямку соціальної, психологічної та професійної характеристики.

Аналіз анкетування керівників охорони здоров'я Хмельницької області показав, що в обстеженні прийняло участь 70 респондентів віком від 26 до 68 років.

За віковим складом керівники лікувальних закладів Хмельницької області розподілились таким чином: 9,8 ± 4,6 % віком за 60 років, 29, 3 ± 7,1 мають вік 50-60 років, 40-50 років - 48,8 ± 7,8 % і до 40 років - 12,2 ± 5,1 %. Серед всіх керівників охорони здоров'я - 32,85 ± 5,5 % жінки.

Тернопільський медінститут закінчило 17,14 ± 3,9 %, Вінницький 27,14 ± 4,68 %, решта - інші заклади, (7,14 ± 2,6 %) навчалось в вищих медичних закладах різних регіонів Росії.

Лікувальний факультет закінчили 85,7 ± 5,85 %, стоматологічний - 5,7 ± 2,34 %, педіатричний - 7,1 ± 2,6 % керівників системи охорони здоров'я, із них 46,4 ± 7,8 % закінчили інтернатуру з терапії, а 12,67 ± 3,42 % - з хірургії, з педіатрії - 7,1 ± 2,6 %, 21,24 ± 4,26 % з інших спеціальностей, 12,86 ± 4 % чоловік не проходило інтернатуру.

Керівники закладів охорони здоров'я походять із селян 51,4 ± 6 %, із робітників - 17,14 ± 4,53 %, із службовців 31,42 ± 5,6 %.

92,85 ± 5,7 % управлінців одружені і лише 1 розлучений. 57,14 ± 5,85 % мають по двоє дітей і 24,2 ± 4,48 % - по одній дитині, 3 дітей - 10 ± 35 %, не мають дітей - 8,57 ± 5,85 %.

Аналіз умов проживання керівників системи охорони здоров'я показав, що 24,2 ± 4,48 % за-

безпечені житлом із розрахунку 8-12 м² на одного проживаючого, 41,6 ± 5,8 % - 13-19 м² і 24,2 ± 5 % - більше 20 м² - на одного члена сім'ї.

Щомісячний дохід в гривнях на одного члена сім'ї в межах 100 грн мають 38,57 ± 4,9 % респондентів, в межах 160 грн - 44,2 ± 5,51 % і більше 160 грн - 17,14 ± 3,88 %, один респондент перебуває на дотації.

Аналіз матеріального добробуту проводився за наявністю особистих речей вищого рівня забезпеченості, як наявність автомобіля, комп'ютера, морозильної камери, приватного будинку, відеокамери, автоматичної пральної машини.

Всіма предметами вищого добробуту не забезпечений жоден респондент, 51,4 ± 5,73 % мають власний автомобіль, 45,7 ± 5,57 % забезпечені автоматичною пральною машиною, 18,57 ± 4 % - морозильними камерами, лише 4 мають комп'ютери, 40 ± 5,3 % мають свій приватний будинок.

Оцінка ризику для здоров'я проводилась за окремими чинниками, які мають відомий негативний вплив на стан здоров'я, а саме: вживання тютюну та алкоголю, нераціональне харчування, сидячий спосіб життя, психоемоційні перевантаження, наявність стресових ситуацій, інше.

Так, епізодичне вживання тютюну характерне для 10 ± 3,3 % респондентів, постійне - для 8,57 ± 2,8 %. Епізодично вживають алкоголь 44,2 ± 5,52 % керівників системи охорони здоров'я, постійно вживає алкоголь лише 1 респондент.

Постійно нераціонально харчуються 28,5 ± 4,78 %, епізодично - 35,7 ± 5,1 % респондентів, сидячий спосіб життя ведуть 56,1 ± 7,8 % респондентів. Як показав аналіз, негативному психогенному впливу в тій чи іншій мірі піддаються всі керівники системи охорони здоров'я. Постійні психоемоційні навантаження відмічають 38,5 ± 5,3 %, періодичні - 30 ± 4,86 %, не відчувають такого пресу 8,57 ± 2,8 % керівників. Епізодичні стресові ситуації відчувають

40,0±5,36 % управлінців, а в постійному стресі знаходяться 22,8±4,38 %.

Дослідження типів темпераменту за Гіппократом показало, що 50±5,7 % керівників переважно сангвініки, 40±5,36 % - холерики.

Загальний стаж на керівній посаді значний у більшості керівників, що підтверджує положення, яким основною вимогою до майбутнього керівника є наявність стажу на керівній посаді. Так, 15,7±3,7 % керівників системи охорони здоров'я мають стаж керівної роботи 16 - 20 років, 28,57±4,78 % - більше 20 років, з них 2 респонденти мають стаж 44 роки, однакова кількість респондентів 45,7±5,57 % мають стаж роботи 10-15 років і 22,8±4,38 % керівників працюють на керівній посаді до 5 років.

Аналіз стажу роботи на даній керівній посаді показав досить високу сталість кадрового керівного складу. Працюють на останній посаді до 5 років 34,28 ±5 %, 6 -10 років - 20±4,1 %, 17,1±5,9 % респондентів працюють 11-15 років і 27±4,68 % працюють на даній посаді більше 16 років, з них 4 більше 30 років.

Викликає інтерес аналіз загального стажу перед вступом на керівну посаду. Без стажу і зі стажем до 3 років на посаду керівників вперше потрапило 14,28±3,58 % респондентів, а з 6-10 років 28,57±4,78 %. В період від 10 до 20 років роботи практичним лікарем керівниками стало 22,8±4,38 %, після 20 років роботи 11,42±3,24%.

В резерві на керівну посаду знаходилося лише 21,4±4,26 % керівників, з них до 3 років 14,28±3,58 % респондентів, з 3 до 5 років 2,85±1,67 %, більше 5 років - 2 чоловіки, 78,57±5,94 % керівників призначені на дану посаду, не перебуваючи в резерві на неї.

Курси спеціалізації з 003 закінчили лише 32,86±5 %, 67,14±6 % з інших спеціальностей. Ординатуру по 003 проходили 4,43±2,04 %, аспірантуру - 3 (3,33±1,78 %). Ніякої післядипломної підготовки по організації та управлінню охорони здоров'я не проходили 20,0±45 сьгоднішніх керівників. Курси з тематичного удосконалення пройшли 31,5±4,73 % респондентів, на передатестаційних циклах навчалося 30,4±4,68 % опитаних.

21,2±4,2 % керівників системи охорони здоров'я мають вищу атестаційну категорію з 003, 34,8±5,18 % - другу, а 27,27±8,12 - жодної, з інших спеціальностей вищу 13,6±3,52 %, першу - 37,8±5,3 %, другу - 4,5±2 %, жодної -43,9±5,58 %.

Всього атестовано з 003 - 87,8±5,1 % керівників системи охорони здоров'я, 82,9±5,9 % також мають атестаційну категорію з іншої спеціальності.

7,14±6 % керівників системи охорони здоров'я не мають наукових публікацій, серед тих, що займаються певною науковою діяльністю 20±4 % мають публікації з питань організації охорони здоров'я.

Участь в міжнародних заходах керівників охорони здоров'я області дуже нерівномірна: 57,14±1,85 % керівників не брали жодної участі в міжнародних заходах щодо організації системи охорони здоров'я, інші - брали участь переважно в кількох заходах: конференціях - 37,14±5,24 %, семінарах - 20±4 %, програмах -7,41 %, стажуванні - 3,41 %, візитах- 5,71 % тощо.

З органами державної влади співпрацює 64,28 ± 6 % керівників, 15,7 ± 3,73 % співпрацюють з МОЗ України, в інших органах державної влади 45,7 ±5,57 %. Аналіз стимулювання управлінської діяльності показав, що 74,28±6 % керівників отримували подяки, 47,14±5,6 % - грошові винагороди, 20±4 % отримали почесні звання та 18,57±4 % - державні винагороди.

Негативні стимули, зокрема - догани застосовувались до 20±4 % керівників і ніяк не відзначилась робота на керівній посаді вказали 22,85±4,38 % респондентів.

Під час соціологічного опитування виявилось, що на думку респондентів, найголовнішим для керівника системи охорони здоров'я є характеристики, які розмістимо за важливістю:

1. Компетентність (професіоналізм) - 55±6 %
2. Порядність 20±4,8 %
3. Людність - 12±3,9 %
4. Комунікабельність 6±2,8 %
5. Самоорганізованість - 16±4,4 %
6. Харизма (лідерство) - 6 ±2,8 %

Судячи з останніх відповідей анкети : "Що Ви вважаєте найголовнішим для керівника системи охорони здоров'я?", ідеальний керівник повинен бути професіоналом, знавцем своєї справи, чесною і порядною людиною, дисциплінованим працівником, ще викладено думки, що він повинен бути впевненим у завтрашньому дні, а вже на сьогодні - вміти організувати роботу в умовах відсутності відповідного бюджетного фінансування.

Висновки

1. Основу управлінського в Хмельницькій області складають переважно чоловіки, віком - 40-50 років.
2. Характерна висока сталість кадрового керівного складу.
3. Матеріальний добробут більшості керівників низький.
4. Переважна більшість керівників відносяться за темпераментом до сангвініків та холериків.
5. Негативні впливи у вигляді стресів та нервових перевантажень відчувають 91,43 ±5,73 %.

СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РУКОВОДИТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ БАЗОВОГО УРОВНЯ

О.Н.Литвинова, П.Л.Перебейнос (*Тернополь, Хмельницкий*)

Для определения профессиональной характеристики руководителей системы здравоохранения Украины на базовом уровне нами проведено социологическое исследование последних.

Результаты опроса показали, что в Хмельницкой области большинство руководителей системы здравоохранения мужчины в возрасте 40-50 лет, преимущественно сангвиники и холерики, 91,43 ±5,73 % из них испытывают влияние стрессовых ситуаций. Материальное состояние большинства из них низкое. Отмечается высокая стабильность кадрового состава.

SOCIAL, PSYCHOLOGICAL AND PROFESSIONAL FEATURES OF LEADERS OF PUBLIC HEALTH SYSTEM OF UKRAINE OF BASE LEVEL

О. Lytvynova, P. Perebeynos (*Ternopil, Khmelnytskyi*)

For the determination of professional features of leaders of public health system of Ukraine on the base level we conducted sociological study of the last.

Results of questioning have shown that in Khmelnytsky area the majority of leaders of public health system are 40-50 year old males, mainly sanguine and choleric persons, 91,43+5,73 % of them feel an influence of stress situations. Material condition of majority from them is low. It was noted high stability of personnel.

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 друківані 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 наведеному 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 (СИ), 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. Абrevіатура 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/uiph

http: www.uact.kharkov.com/uiph.

- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер юридичними та фізичними особами 12 грн. 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 22-80-09.

Адреса редакції: 01601, м.Київ

вул.О.Гончара, 65

Український інститут громадського здоров'я

тел. (044) 216-81-51, 216-71-49