

СТАН ІНВАЛІДНОСТІ З ДИТИНСТВА В УКРАЇНІ У 2000 РОЦІ

Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності

Соціально-економічне та екологічне неблагополуччя, що спостерігається в Україні останнім часом, негативно вплинуло на стан здоров'я населення, насамперед, дітей. У той час як первинна інвалідність дорослого населення знижується, первинна інвалідність з дитинства зростає [3, 4, 8, 9].

Актуальність проблеми інвалідів із дитинства підкреслюється зростанням не тільки їхньої первинної, але й загальної інвалідності, що зумовлено збільшенням накопиченого контингенту дітей-інвалідів. Упродовж 1991–1999 рр. кількість дітей-інвалідів віком до 16 років збільшилася вдвічі: з 72 086 до 149 272 чоловік за станом на 01.01.2000 (за даними Міністерства праці й соціальної політики). При цьому не враховувалися діти-інваліди, які перебувають у будинках-інтернатах, школах-інтернатах на повному державному забезпеченні. За цей час загальна кількість інвалідів з дитинства, старших 16 років, також зросла – з 103 257 чоловік до 149 025, тобто у 1,5 раза. Кількість інвалідів з дитинства (з дітьми до 16 років) склала на 01.01.2000 298 297 чо-

ловік – 12,1% від кількості інвалідів, які перебувають на обліку в органах соціального захисту.

Інтенсивність зростання загальної інвалідності дітей пов'язана також із ліберальнішим підходом до встановлення її у дитячому віці. Суворіші критерії встановлення інвалідності у дорослих пояснюють менш стрімкі темпи зростання інвалідності з дитинства після досягнення 16 років. Переважна більшість первинних інвалідів з дитинства у віці, старших 16 років, є повторними інвалідами, тому що мали інвалідність у дитячому віці. Якщо б існувала єдина система медико-соціальної експертизи для дорослих і дітей, то це дозволяло б забезпечити не тільки єдині підходи до встановлення інвалідності, а й медико-соціальної реабілітації. В Україні ж відсутня наступність між педіатричною та підлітковою службами, медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК).

Останнім часом первинно визнають інвалідами з дитинства у віці, старших 16 років, щорічно понад 19 тис. чоловік, що становить 9% інвалідності дорослого населення (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка первинної інвалідності з дитинства у віці, старше 16 років, в Україні впродовж 1991–2000 років

Роки	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Кількість випадків первинної інвалідності	15 789	16 118	17 542	18 250	17 225	18 232	19 137	19 301	19 721	19 600
Первинна інвалідність, на 10 000 населення	3,1	3,4	3,4	3,5	3,3	3,6	3,8	3,8	3,9	4

Таке явище супроводжується як прямими, так і побічними економічними витратами. Через це страждає також фізичний, трудовий та інтелектуальний потенціал держави. Якщо виділяти пріоритети в охороні здоров'я, виходячи із збитків трудового потенціалу через інвалідність, то пріоритетність профілактики первинної інвалідності з дитинства (ПІД) не викликає сумніву: за даними 2000 р. серед первинно визнаних інвалідами з дитинства працюють лише 9,7%, серед 40 тис. переоглянутих – 13,7%. Тому профілактика інвалідності дітей та інвалідності з дитинства повин-

на стати одним з основних стратегічних напрямів соціальної політики держави в галузі охорони здоров'я.

Профілактика ПІД – це насамперед профілактика інвалідності та реабілітація хворих дітей і дітей-інвалідів. В останні роки в Україні прийнята низка державних і законодавчих документів, спрямованих на профілактику захворюваності, інвалідності дітей, соціальний захист дітей-інвалідів та інвалідів з дитинства: Національна програма "Діти України"; Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів (схвалена По-

становою Кабінету Міністрів України №1545 від 12.09.2000); Комплексна програма профілактики інвалідності серед дітей та населення працездатного віку на період 2000–2005 років (затверджена наказом МОЗ України №117 від 23.05.2000); Закон України “Про державну соціальну допомогу інвалідам із дитинства та дітям-інвалідам” №2109 від 16.11.2000. Слід визнати недостатню ефективність виконання Національної програми “Діти України” стосовно медичної реабілітації та соціальної адаптації дітей-інвалідів, про що свідчить динамічне зростання ПІД у віці, старших 16 років. Тому Указом Президента України “Про додаткові заходи щодо забезпечення Національної програми “Діти України” на період до 2005 року” (№ 42/201 від 24.01.2001) були визначені заходи щодо медичної реабілітації хворих дітей та їхньої соціальної адаптації.

Державна соціальна допомога дітям-інвалідам вкрай недостатня для їх утримання і повноцінної реабілітації. Закон України “Про державну соціальну допомогу інвалідам із дитинства та дітям-інвалідам” передбачає збільшення такої допомоги. Недосконалість державної системи соціального захисту дітей-інвалідів проявляється у тому, що цим законом для дітей-інвалідів віком до 16 років встановлений однаковий розмір соціальної допомоги, тобто без диференціації її за тяжкістю інвалідизації, соціальними чинниками, ступенем потреби у соціальному захисті. Розмір надбавки на догляд за дитиною-інвалідом, згідно з Законом, залежить від віку дитини, а не від тяжкості захворювання.

У цьому питанні доцільним було б перейняти досвід Білорусі, де з 1 серпня 1999 р. соціальні пенсії дітям-інвалідам віком до 18 років призначаються у розмірах, що залежать від ступеня втрати здоров'я (I, II, III, IV), порушення функцій з урахуванням їхнього впливу на можливості соціальної адаптації дитини [12].

У статистичну звітність МСЕК первинно визнаних інвалідами з дитинства у віці, старших 16 років, включають з 1991 р., але без розподілу за нозологічними формами, віком, тяжкістю інвалідизації. З метою виконання Комплексної програми профілактики інвалідності серед дітей та населення працездатного віку на період 2000–2005 років в Українському державному НДІ медико-соціальних проблем інвалідності проведено поглиблене вивчення стану первинної інвалідності з дитинства в Україні за 1991–2000 роки. Для цього відповідно до нозологічної структури інвалідності з дитинства був змінений статистичний звіт МСЕК. Це дало змогу не тільки вивчити рівні та структуру ПІД в усіх адміністративних регіонах України, а й звернути увагу обласних і центральних міських центрів (бюро) МСЕК на не-

обхідність аналізу стану цієї проблеми для подальшої розробки конкретних заходів з профілактики ПІД і реабілітації дітей-інвалідів та інвалідів з дитинства. Для оцінки впливу на ПІД сучасних соціально-економічних умов, стану інвалідності дітей з розробки були вилучені інваліди війни з дитинства.

Аналіз стану інвалідності залежно від місця проживання інваліда свідчить, що рівні ПІД сільського населення вищі, ніж міського: 4,2 проти 3,8 випадку на 10 000 населення відповідно у 2000 р. Таке переважання спостерігається постійно протягом 90-х років. Впливають на інвалідність з дитинства у сільській місцевості не тільки соціально-гігієнічні чинники (демографічні, соціально-економічні, психологічні), а й особливості надання медичної реабілітаційної допомоги хворим дітям: дефіцит активної медико-реабілітаційної допомоги на рівні первинної ланки охорони здоров'я, труднощі з її наданням сільським дітям в умовах обласних лікарень. У сільській місцевості гірші умови для навчання, виховання, всебічного розвитку дитини-інваліда, які сприяли б усуненню викликані хворобою соціальної дезадаптації, частіше зустрічається спадкова патологія, розумові та фізичні розлади, причиною яких нерідко є алкоголізм батьків. Найвищі рівні ПІД у сільській місцевості були у Донецькій (7,4 випадку на 10 000 населення), Луганській і Львівській (по 5,7), Закарпатській (5,5), Одеській (5,3), Кіровоградській і Полтавській (по 5,1) областях.

За всі роки спостереження розрахунки ПІД у віці, старших 16 років, проводилися на 10 тис. усього населення. Природне зменшення його чисельності, низька народжуваність зумовлювали не завжди об'єктивне відображення інтенсивності змін у динамічному зростанні цього показника. Розподіл первинних інвалідів з дитинства за віком у 2000 р. був таким: 98,3% – у працездатному віці (92,1% – до 39 років включно, 6,2 – від 40 до 55 років (жінки) та 60 років – чоловіки), 1,7% – у пенсійному віці. Розрахунки ПІД за 1991–2000 р. на 10 000 населення працездатного віку виявили справжню динаміку цього показника. Частота ПІД у цьому віці зросла на 47,8% – з 4,6 до 6,8 випадку на 10 000 населення працездатного віку. В окремих областях зростання відбулося на 80–90% (у 2 рази). Максимальні рівні цього показника у 2000 р. були у Волинській (9,3), Кіровоградській (8,8), Львівській (8,5), Житомирській (8,2), Закарпатській (7,7), Рівненській та Чернігівській областях (по 7,5) на 10 000 населення, мінімальні – у Черкаській області (3,1), м.Києві (4,7), Київській (5,6) та Хмельницькій (5,7) областях.

У 2000 р. у структурі ПІД перші місця посідали розлади психіки та поведінки (26,8%), хво-

роби нервової системи (14,8%), уроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (10,5%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (9,2%), хвороби ока (8,4%), травми (8,3%) (табл. 2).

Пологова травма, гіпоксично-ішемічні ураження центральної нервової системи у перинатальному періоді формують значну частку інвалідності дітей, а потім інвалідності з дитинства внаслідок

таких провідних причин, як розумова відсталість, дитячий церебральний параліч, епілепсія. Тому розвиток перинатології та ранньої психоневрологічної допомоги дітям набуває особливого значення. У світовій практиці існує система, що сприяє профілактиці інвалідизації дітей з перинатальною патологією – система "раннього втручання". Перший невеликий досвід впровадження цієї системи є й в Україні у м. Харкові [2, 6, 7].

Таблиця 2. Структура первинної інвалідності з дитинства за класами хвороб в Україні у 2000 р.

Клас хвороб	Хвороби (за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду)	Розподіл первинної інвалідності з дитинства серед дорослого населення, %	Розподіл первинної інвалідності з дитинства від 16 до 39 років, %
I	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	0,9	0,7
II	Новоутворення	2,1	2,2
III	Хвороби крові та кровотворних органів	0,8	0,8
IV	Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	4,7	4,9
V	Розлади психіки та поведінки	26,8	27,8
VI	Хвороби нервової системи	14,8	15,1
VII	Хвороби ока та його придаткового апарату	8,4	8,2
VIII	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	5	4,9
IX	Хвороби системи кровообігу	1,6	1,5
X	Хвороби органів дихання	4,1	4,2
XI	Хвороби органів травлення	0,8	0,8
XIII	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	9,2	8,8
XIV	Хвороби сечостатевої системи	1,4	1,5
XVII	Уроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	10,5	10
XIX	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	8,3	8
	Інші причини	0,6	0,6

Розлади психіки та поведінки були зареєстровані у 2000 р. у кожного четвертого інваліда з дитинства та зумовлювали 40% інвалідності дорослого населення з цієї патології. Це найбільший її вплив, ніж при інших хворобах, вважаючи їхню чисельність (5212 інвалідів). У структурі ПІД внаслідок психічних розладів 78% припадає на розумову відсталість.

У сучасних умовах суттєво знизилася активна медико-реабілітаційна допомога дітям з розладами психіки. Утримання дітей-інвалідів у спеціальних інтернатних установах забезпечує потребу лише на 20%. Протягом 90-х років відбулося руйнування інституту загальних і спеціалізованих дитячих дошкільних закладів. Відсутня комплексна система служб для надання медико-психологічної, педагогічної та соціальної допомоги дітям із затримкою психічного розвитку в усі вікові періоди, що призводить до інвалідизації

підлітків після досягнення ними 16 років. Першочергову увагу на вирішення комплексу заходів з профілактики ПІД внаслідок психічних розладів слід звернути в областях з найвищими її рівнями: Волинській (3,1 випадку на 10 000 населення), Кіровоградській (2,8), Чернівецькій (2,6), Житомирській і Львівській (по 2,4 випадку проти середнього рівня ПІД по Україні 1,8 випадку).

Серед первинних інвалідів із дитинства в Україні у 2000 р. хвороби нервової системи є причинами інвалідності у кожного шостого інваліда цієї категорії, що свідчить про вкрай недостатню реабілітацію дітей-інвалідів, у першу чергу хворих на дитячий церебральний параліч (ДЦП). Серед ПІД з неврологічною патологією 40–70% припадає на ДЦП, 17–38 % – на наслідки нейроінфекцій, близько 17% – на епілепсію. Найвищі рівні ПІД унаслідок хвороб нервової системи, в тому числі ДЦП, були у Донецькій і Закарпатській

областях (по 1,5 випадку), Житомирській і Сумській (по 1,4 випадку проти середнього рівня ПІД по Україні 1 випадок на 10 000 населення працездатного віку). Інвалідність внаслідок ДЦП у цих областях становить 1–0,8 випадку, що перевищує середній показник (0,5 випадку) у 2–1,6 рази.

За даними літератури, вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії належать до провідних причин ПІД і можуть спричинюватись як спадковими чинниками, так і порушеннями ембріогенезу внаслідок впливу різноманітних несприятливих і мутагенних чинників зовнішнього середовища. Причому антропогенне забруднення об'єктів навколишнього середовища у сільській місцевості може бути не меншим, ніж у міській [5]. Рівні ПІД унаслідок вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій вищі за середні не тільки у промислових, а й у сільськогосподарських регіонах України: АР Крим, Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Запорізькій, Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській, Тернопільській, Харківській областях (Донецька область не надала таких даних). Серед уроджених вад розвитку 24% припадає на уроджені вади серця. В окремих областях (Кіровоградській – 93,3%, Черкаській – 72,7%, Київській – 46,2%) уроджені вади серця є основною причиною ПІД унаслідок уроджених вад розвитку.

Велика питома вага інвалідності, зумовлена патологією органа зору, значною мірою пояснюється тим, що, згідно з чинною Інструкцією про встановлення груп інвалідності, повна або практична сліпота (різке зниження гостроти зору) одного ока вважається виразним анатомічним дефектом, і з цього приводу встановлюється III група інвалідності. Тому за питомою вагою інвалідів III групи (76%) ПІД унаслідок хвороб ока займає серед інших нозологій друге місце після хвороб вуха. Територіальні розбіжності рівнів ПІД (від 0,2 до 1–1,2 випадку на 10 000 населення працездатного віку) внаслідок хвороб ока свідчать про різні підходи до встановлення інвалідності в разі короткозорості та різкого зниження гостроти зору одного ока.

Значний контингент первинних інвалідів дитинства внаслідок хвороб ока (1606 чоловік) загострює актуальність проблеми профілактики інвалідності та реабілітації інвалідів за цією патологією. Хвороби ока дають великий коефіцієнт накопичення інвалідів: вибуття з накопиченої когорти інвалідів з цією патологією через природне зменшення та реабілітацію значно менше, ніж щорічне прибуття. Рівень повної реабілітації інвалідів працездатного віку з патологією органа зору, за даними офтальмологічних МСЕК,

коливався у 2000 р. від 0,7% до 1,1%, що нижче, ніж онкологічних хворих. З приводу сліпоти навіть одного ока інвалідність встановлюється довічно, тому контингент первинних інвалідів з дитинства внаслідок хвороб ока постійно зростає. Серед нозологічних причин ПІД з хвороб органа зору перше місце належить короткозорості. Значною мірою це зумовлено несвоєчасністю та малою ефективністю лікування, недостатнім використанням хірургічних і лазерних методів профілактики ускладнень цієї хвороби. Серед первинних інвалідів унаслідок патології органа зору у 25,5% причиною є сліпота різного генезу.

Враховуючи інвалідність внаслідок травм органа зору, питома вага ПІД, спричинена порушеннями зору, збільшується і займає провідне місце серед основних причин інвалідності з дитинства. Велика кількість первинних інвалідів із дитинства внаслідок травм ока пов'язана як з погіршенням ситуації з реабілітацією таких дітей, так і зі зміною з 1991 р. визначення інвалідності. Боротьба зі сліпотою та інвалідністю внаслідок порушень зору має велику соціальну значущість, що зумовлює актуальність проведення реабілітації, ефективних медико-соціальних заходів з її профілактики, які повинні охоплювати своєчасну діагностику, лікування, профорієнтацію та раціональне працевлаштування [11].

Серед інвалідів з дитинства велику питому вагу мають інваліди з хворобами вуха – 5% (серед дорослого населення – 0,8%). У 2000 р. інвалідами з дитинства внаслідок хвороб вуха стали 967 чоловік, що складає більше половини усіх первинних інвалідів з цією патологією. Провідною причиною інвалідності є глухота, спричинена захворюваннями різної етіології. Тяжкість інвалідності внаслідок цієї патології найменша – у 90,7% випадків встановлена III група інвалідності. Приглухуватість III–IV ступеня є показанням до встановлення інвалідності у дитячому віці згідно з наказом МОЗ України від 05.12.1991 за №175. Чинна Інструкція про встановлення груп інвалідності (№16.01./20 від 28.12.1991) не враховує приглухуватість як привід для встановлення інвалідності. Тому приглухуватість найчастіше є причиною конфліктних ситуацій під час проходження дитиною МСЕК після досягнення 16 років. Але ж приглухуватість створює труднощі випускникам допоміжних шкіл-інтернатів, особливо у придбанні ними професії та під час працевлаштування.

Навчально-виробничі підприємства не можуть працевлаштувати усіх глухих. Вони зазнають труднощів у придбанні сировини, під час збуту готової продукції, виплати заробітної плати тощо. Тому вважаємо за доцільне передбачити у новій

редакції Інструкції про встановлення груп інвалідності дітям-інвалідам, у яких причиною інвалідності була приглухуватість III–IV ступеня, встановлювати інвалідність після досягнення ними 16 років на період навчання та раціонального працевлаштування.

Близько 5% первинних інвалідів із дитинства з хворобами вуха інвалідність була встановлена у пенсійному віці, що свідчить про виявлення у сучасних умовах прихованої інвалідності з дитинства серед осіб, які раніше були соціально адаптованими. Однією з причин цього є також можливість глухими інвалідами отримати безкоштовно слуховий апарат.

Рання інвалідизація внаслідок ураження органа слуху, значний коефіцієнт накопичення таких інвалідів, низький показник реабілітації (0,3%) підкреслює важливість вжиття заходів із медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів з слуховими порушеннями. Програми медико-соціальної реабілітації повинні охоплювати: базові реабілітаційні заходи (медикаментозне та оперативне лікування), спрямовані на ліквідацію патологічного вогнища у середньому вусі та відновлення слухової функції; використання сурдотехнічних засобів (слухових апаратів); профорієнтацію, вибір професій і робочих місць для раціонального працевлаштування [10].

Понад 30% ПІД, спричиненої хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини, становить ПІД, зумовлена сколіозом, кіфосколіозом та ювенільним остеохондрозом хребтового стовпа (з коливанням від 25 до 70%). У дітей-інвалідів із хворобами опорно-рухового апарату і наслідками травм через недостатнє проведення реконструктивної реабілітації, недосконале протезування, незабезпеченість технічними засобами пересування утруднене професійне навчання, а після 18-ти років – раціональне працевлаштування. Перелічені проблеми у інвалідів із дитинства внаслідок травм, захворювань та аномалій розвитку опорно-рухового апарату загострилися останнім часом, тому що, за результатами вивчення ПІД за 1991 р., цій патології у структурі ПІД надавалось другорядне значення [1].

Основною інвалідизуючою патологією у структурі ПІД, спричиненою ендокринними хворобами (4,7%), є цукровий діабет: на нього припадає 65,4% усіх випадків. У 2000 р. інвалідами з дитинства внаслідок цукрового діабету стали 608 чоловік. Це засвідчує, що у дітей, хворих на цукровий діабет, перебіг захворювання був обтяжений незворотними ускладненнями, на підставі яких устанавлюють інвалідність. Для профілактики ПІД, зумовленої цукровим діабетом, необхідно покращувати лікування і диспансерний нагляд за хворими дітьми.

У нозологічній структурі ПІД 4,1% припадає на хвороби органів дихання. Хоча бронхіальна астма вважається ніби-то керованим захворюванням, але вона посідає провідне місце (64%) серед причин інвалідності у цьому класі хвороб. Звертає на себе увагу зростання останнім часом частоти інвалідності з дитинства внаслідок бронхіальної астми. Сприяє інвалідизації хворих дітей відсутність можливості у батьків придбати сучасні лікарські засоби профілактики обтяження цього захворювання, а безкоштовне медикаментозне забезпечення у поліклінічних умовах недостатнє.

У 1991 р. за результатами вибіркового вивчення структури первинної інвалідності з дитинства (1211 чоловік) у Дніпропетровській, Житомирській і Львівській областях інвалідність внаслідок туберкульозу була зареєстрована тільки у 1 чоловіка, що становило 0,08%. Останніми роками у зв'язку зі збільшенням захворюваності на туберкульоз у дитячому віці зросла питома вага інвалідності з дитинства за цією патологією. У 2000 р. стали інвалідами з дитинства внаслідок туберкульозу 144 чоловіки, що склало 0,7% усіх випадків ПІД. Серед інвалідів з дитинства значно більша, ніж у решти інвалідів серед дорослого населення, питома вага позалегенових локалізацій туберкульозу – 36,9% проти 9,8. Тяжкість інвалідності внаслідок туберкульозу легень свідчить про за давненість захворювань, недостатні обсяги лікування та реабілітації: у 83,7% випадків відразу встановлена II група інвалідності. В Луганській, Львівській і Харківській областях зареєстровані випадки встановлення навіть I групи інвалідності з дитинства внаслідок туберкульозу. Лікарі-експерти та реабілітологи фтизіатричних МСЕК також недостатньо приділяють уваги реабілітації інвалідів, хворих на туберкульоз легень. За їхніми даними, потребують спеціалізованої медико-соціальної реабілітації тільки 22% таких інвалідів. Найбільші рівні ПІД, спричиненої туберкульозом, були у Донецькій, Львівській, Луганській областях (перевищення середнього показника у 2 рази), Кіровоградській і Рівненській (перевищення на 60%).

За даними Міністерства праці і соціальної політики, в Україні на 01.01.2000 соціальні пенсії отримували 3144 дитини-інваліди у зв'язку з аварією на ЧАЕС. Після досягнення 18-річного віку багатьом із них не встановили причинного зв'язку між хворобою і наслідками Чорнобильської катастрофи, тому що встановлення його у дорослих більш жорстке. Така неузгодженість створює труднощі хворим у одержанні соціальної допомоги. Ті підлітки, яким такий зв'язок був подовжений, мають категорію "інвалід у зв'язку з аварією на ЧАЕС", а не "інвалід із дитинства", тому неможливо навести розподіл таких інвалідів після

18 років за нозологічними формами. Про інвалідів з дитинства у зв'язку з аварією, яким причинний зв'язок був встановлений у дорослому віці, звітували тільки окремі області. У більшості таких осіб інвалідність встановлена на підставі наявності новоутворень (44,4%) і хвороб щитоподібної залози (31,5%).

Через зміну підходів до визначення інвалідності у дорослих, а також погіршення умов для навчання і працевлаштування інвалідів, у зв'язку з чим встановлюють інвалідність за соціальними причинами, змінився розподіл ПІД за групами інвалідності порівняно з 1991 р. У 1991 р. розподіл був таким: I група 22,4%; II – 58,2%; III – 19,4%; у 2000 р. – відповідно 11,4%; 39,3%; 49,3%. При туберкульозі, новоутвореннях, розладах психіки та поведінки, хворобах нервової системи встановлюється переважно I–II групи інвалідності.

Результати переогляду інвалідів із дитинства свідчать про стабільність інвалідності у них і низькі показники реабілітації: повна реабілітація – 0,7, часткова – 7,2, сумарна – 4,9 на 100 переоглянутих (у решти дорослих інвалідів у 2000 р. показники реабілітації відповідно дорівнювали 2,7; 10,7; 8,4 на 100 переоглянутих).

Комплексною програмою розв'язання проблем інвалідності (1992) передбачалося створити впродовж 1992–1997 рр. у кожній області центри медико-соціальної реабілітації інвалідів з відділеннями для дітей-інвалідів. Проте у такому вигляді центри не були створені. В окремих областях за програмою "Діти України" та підтримкою Фонду України соціального захисту інвалідів і міжнародною донорською допомогою організовані невеликі реабілітаційні центри для дітей з ДЦП, відхиленнями у розумову та фізичному розвитку. В них застосовують реабілітаційні методики, прийняті у США, Швеції, Франції. Потребує вивчення та узагальнення досвіду організації таких центрів, поширення його на інші області, розроблення положення про дитячий центр реабілітації.

Нині утруднене працевлаштування інвалідів, тим більше інвалідів із дитинства, більшість яких не має професії, ніколи не працювали, що заважає

їм на рівних конкурувати зі здоровими на ринку праці. Майже половина первинних інвалідів із дитинства мають часткову втрату працездатності та можуть працювати, що покращило б не тільки їхнє матеріальне забезпечення, але й сприяло б реабілітації. Тим часом серед інвалідів з дитинства III групи працюють лише 22,5% (серед решти дорослих інвалідів III групи – 35,6%).

Спеціалізовані навчальні заклади інтернатного типу для дітей-інвалідів системи Мінпраці та соціальної політики України мають обмежену кількість місць для професійного навчання інвалідів. Тому професійно-технічна та вища освіта інвалідів повинна бути невід'ємною частиною загальної освіти, як це рекомендується "Стандартними правилами забезпечення рівних можливостей для інвалідів", що були прийняті 20 грудня 1993 р. на 48-й сесії Генеральної асамблеї Організації Об'єднаних Націй, членом якої є Україна. Необхідно визначити можливості та потребу у професійній підготовці інвалідів підліткового і молодого віку, внести пропозиції щодо створення спеціалізованих навчальних закладів і відділень для інвалідів у вищих навчальних закладах.

На підставі аналізу стану в Україні інвалідності з дитинства у віці, старше 16 років, можна зробити такі **висновки**: для цієї категорії інвалідності характерне динамічне зростання і несприятливі тенденції в її структурі; для оцінки динаміки ПІД за нозологічними формами слід продовжувати вивчення її стану; значні територіальні розбіжності нозологічних рівнів ПІД свідчать про необхідність цілеспрямованого аналізу якості реабілітаційної допомоги дітям-інвалідам та інвалідам із дитинства в усіх регіонах держави; поряд з відомчою Комплексною програмою профілактики інвалідності серед дітей та населення працездатного віку на період 2000–2005 років слід розробити Національну міжгалузеву комплексну програму "Діти-інваліди", передбачити комплекс заходів з медичної реабілітації дітей-інвалідів у поєднанні з психологічними, педагогічними, соціальними, професійними та юридичними реабілітаційними заходами.

Список літератури

1. *Войтчак Т.Г., Сергієні О.В., Філюк В.Ф.* Інвалідність з дитинства в Україні // Демографічна ситуація в Україні: Тез. доп. наук. конф., Київ, жовт. 1993 р. – К., 1993. – Ч. 2. – С. 55.
2. *Гойда Н.Г., Мартинюк В.Ю.* Основні напрямки розвитку дитячої неврологічної служби в Україні та зниження інвалідності у дітей //Укр. вісн. психоневрології. – 1999. – Т. 7, вип. 2 (20). – С. 6–7.
3. *Іпатов А.В.* Організаційні проблеми медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів // Медико-соціальні аспекти реабілітації дітей-інвалідів: Матеріали наук.-практ. конф., Харків, 25–26 жовт. 2000 р. – Харків, 2000. – С. 40–42.
4. *Картиш А.П.* До питання надання медичної допомоги при захворюваннях, які формують рівень і структуру основних показників здоров'я населення України (доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 24.03.2000 р.) //Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С. 13–16.
5. *Коновалов О.Е.* Факторы риска и частота заболеваний у детей, проживающих на территории техногенного загрязнения //Здравоохранение Рос. Федерации. – 2000. – № 3. – С. 23–40.

6. Кукуруза В.А., Михановская Н.Г. Проблемы и перспективы развития системы раннего вмешательства для оказания помощи детям с нарушениями развития, детям-инвалидам и их семьям //Медико-соціальні аспекти реабілітації дітей-інвалідів: Матеріали наук.-практ. конф., Харків, 25–26 жовт. 2000 р. – Харків, 2000. – С. 120–122.
7. Мальцева Л.О. Варіант моделі неврологічної допомоги дітям промислового міста в умовах реформування охорони здоров'я // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 80–82.
8. Медико-соціальні аспекти дитячої інвалідності в Україні / Н.Г. Гойда, М.М. Коренев, Л.Ф. Богмат та ін. // Укр. мед. часопис. – 1999. – № 3/11. – С. 112–114.
9. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2000 рік: Аналітико-інформаційний довідн. / Уклад. В.В.Маруніч, А.В.Іпатов, О.В.Сергієні та ін.; За ред. В.Ф.Москаленка та Ю.В.Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – 112 с.
10. Профессиональная ориентация, профессиональный отбор и рациональное трудоустройство выпускников спецшкол для глухих и слабослышащих детей: Метод. рек. / В.М.Марченко, Н.Н.Кондаков, Д.И.Клименко. – Днепропетровск, 1992. – 31 с.
11. Система заходів по вдосконаленню реабілітації дітей з тяжкою патологією очей в Україні / І.М.Логай, М.М.Сергієнко, І.Л.Ферфільфайн та ін. // Медико-соціальна експертиза і реабілітація інвалідів: Сб. науч. тр. – Днепропетровск: РВА "Дніпро-VAL", 2000. – Вып. 31. – С.213–222.
12. Смычек В.Б., Копать Т.Т., Емельянова Н.А. Динамика и структура первичной детской инвалидности в Республике Беларусь и ее регионах в 1998–1999 гг. // Там же. – Минск, 2000. – Вып. 2. – С. 251–255.

СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ С ДЕТСТВА В УКРАИНЕ В 2000 ГОДУ

А.В.Ипатов (Днепропетровск)

Приведены результаты углубленного изучения инвалидности с детства в возрасте старше 16 лет во всех регионах Украины. Отмечен динамический рост инвалидности этой категории детей и неблагоприятные изменения в нозологической структуре в сторону увеличения частоты и удельного веса основной инвалидизирующей патологии. Основными медико-социальными причинами инвалидности с детства в возрасте старше 16 лет, наряду с социально-экономическими, экологическими, наследственными, являются: отсутствие в Украине единой для детей и взрослых системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов; недостаточный уровень медицинской и социальной реабилитации детей с перинатальной, наследственной и приобретенной психоневрологической, соматической патологией, заболеваниями глаз, опорно-двигательного аппарата и последствиями травм; недостаточное организационное обеспечение профессиональной реабилитации инвалидов молодого возраста.

SITUATION OF CHILDHOOD DISABLEMENT IN UKRAINE IN 2000

A.V. Ipatov (Dnipropetrovsk)

The analytic results have been presented after expansive investigation of disablement from childhood in the age over 16, which was run in all regions of Ukraine. In that disablement category there was shown dynamic growth and unfavourable changes in nozological structure with increased frequency and specific weight of principal invalidation pathology. Equally with social-economical, ecological, and hereditary causes of disablement from childhood in people aged above 16 the main medical-social ones were the following: absence of unified system for medical-social examination and rehabilitation for children and adult invalids in Ukraine; low level of medical and social rehabilitation of children with prenatal, hereditary and acquired psycho-neurological and somatic pathology, ophthalmologic diseases, diseases of locomotor system and trauma consequences; insufficient organization provision of professional rehabilitation of young invalids.

УДК 616-036.86-053(477)

А.В.ПАТОВ, О.В.СЕРГІЄНІ, Т.Г.ВОЙТЧАК (Дніпропетровськ)

ПЕРВИННА І ЗАГАЛЬНА ІНВАЛІДНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У 90-Х РОКАХ

Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності

Інвалідність належить до важливих інтегрованих показників, що характеризують стан здоров'я населення. Різниця між захворюваністю та інвалідністю полягає у тому, що інвалідність відображає не тільки стан здоров'я, а й соціального захисту державою осіб із захворюваннями, наслідками травм, уродженими дефектами. Хвора людина стає інвалідом тільки тоді, коли функціональні порушення призвели до обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності (деадаптації) і потреби у соціальному захисті. Значною мірою інвалідність є соціально стимульованим феноменом, що підтверджується динамікою інвалідності населення України у 90-х роках.

Ретроспективний статистичний погляд на стан інвалідності населення України в останнє десятиріччя ХХ ст. дає можливість зробити висновок, що для її показників було притаманне як "вибухове" зростання, так і обвальне падіння. Зумовлено це складною медико-соціальною природою багатокомпонентного комплексу чинників, що впливають на формування та виявлення інвалідності. Провідне значення в ньому, поряд із за-

хворюваністю і травматизмом, належить соціально-економічним, демографічним, екологічним чинникам, а останнім часом і стану охорони здоров'я населення.

У перші роки незалежності України були прийняті законодавчо-нормативні документи з питань встановлення інвалідності, посилення соціального захисту інвалідів, відшкодування порушення здоров'я, пов'язаного з виконанням трудових обов'язків (внаслідок трудового каліцтва, професійного захворювання). Збільшення кількості інвалідів у зв'язку зі зміною пенсійного законодавства, введенням соціальних пільг було у 1992–1993 рр. стимульованим процесом, що на підставі сталого зростання інвалідності у 1986–1990 рр., пов'язаного з постарінням населення, наслідками Чорнобильської катастрофи, призвело до "вибуху" інвалідності (рис. 1).

До медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) масово звернулися за визначенням інвалідності та ступеня втрати професійної працездатності тисячі працівників, переважно шахтарів, металургів, які постраждали на виробництві через небезпечні чи шкідливі умови праці та яким

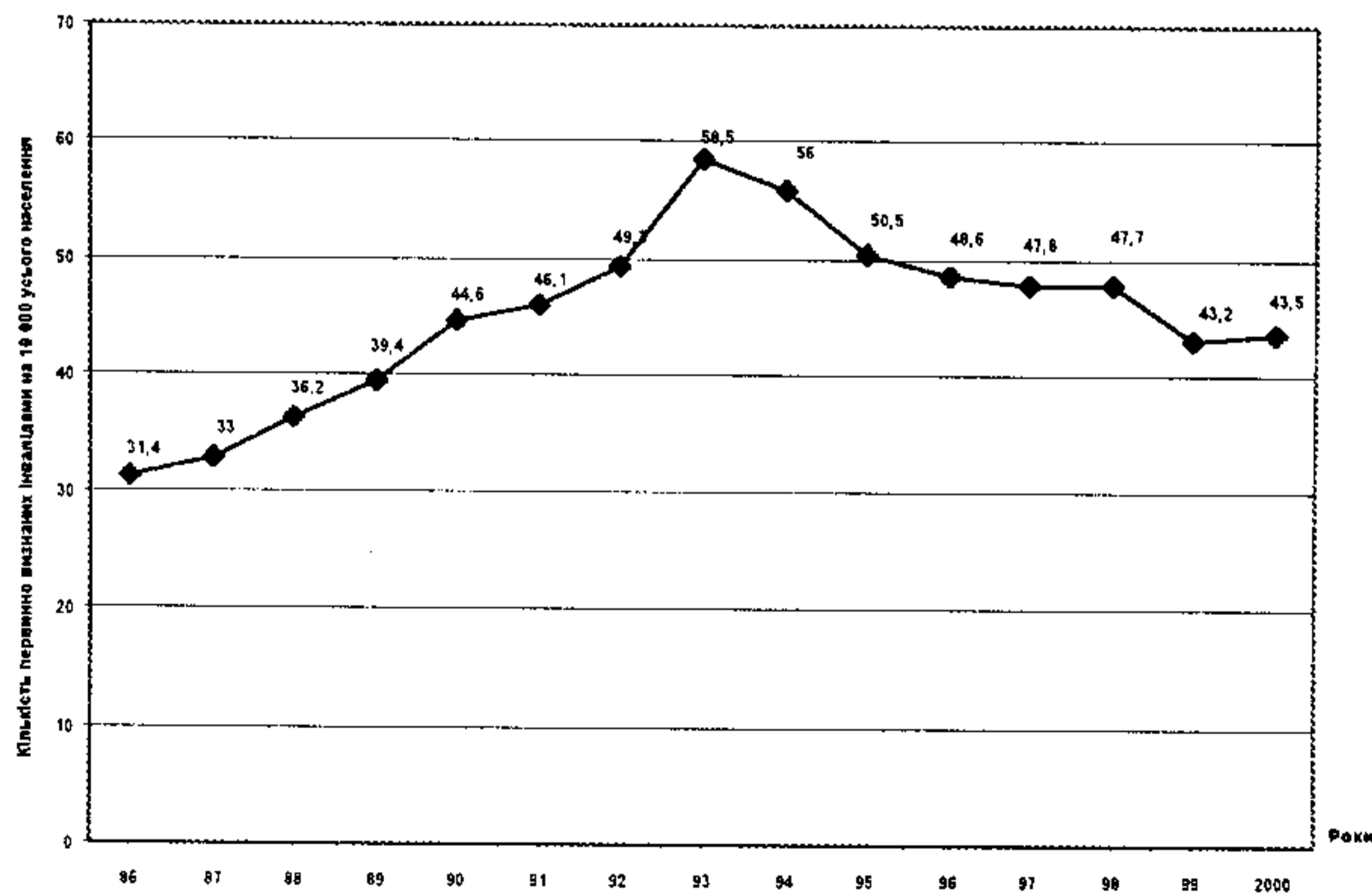


Рис. 1. Динаміка первинної інвалідності населення України впродовж 1986–2000 рр.

це ушкодження здоров'я раніше не відшкодовувалося. Вже з 1994 р. рівні цих показників почали знижуватися.

Рівень первинної інвалідності усіх категорій у 2000 р. (43,5 на 10 000 населення) менший на 5,6% від такого у 1991 р. (46,1). У структурі первинної інвалідності за категоріями населення відбулися такі зміни: у 2,6 раза зменшилася кількість первинно визнаних інвалідами внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання, в тому числі через професійні захворювання – майже у 4 рази (з 3890 до 999 чоловік), трудове каліцтво – на 40,5%. На 23,6% зменшилася кількість первинно визнаних інвалідами учасників бойових дій у роки війни та колишніх військовослужбовців. Питома вага інвалідності з цих соціальних причин зменшилася (від трудового каліцтва або професійного захворювання з 5,9% у 1991 р. до 2,5% – 2000 р., військовослужбовців та учасників війни – з 6,8% до 5,7), але зростала домінуюча роль інвалідності від загального захворювання – 82,7% у 2000 р.

Негативні зміни відбулися за 10 останніх років в інвалідності з дитинства у віці, старше 16 років. Щорічно зростає кількість первинно визнаних інвалідами цієї категорії, тому рівень інвалідності з дитинства у 2000 р. перевищив такий у 1991 р. на 29% – 4 проти 3,1 на 10 000 населення. Питома вага інвалідів із дитинства становить 9,1% усіх первинно визнаних інвалідами у 2000 р., тобто кожний одинадцятий інвалід – інвалід із дитинства.

Первинна інвалідність у зв'язку з аварією на ЧАЕС дорівнювала у 2000 р. 1,5 на 10 000 усього населення. Таким цей показник був і у 1992 р., коли до статистичної звітності МСЕК була віднесена інвалідність цієї категорії населення. За цей термін у структурі первинної інвалідності дорослого населення України частка інвалідності у зв'язку з аварією на ЧАЕС становила у середньому понад 3%, у 2000 р. – 3,5%. Якщо в Україні цей показник був більш-менш стабільним, то в окремих її областях у зв'язку зі зміною структури інвалідності чорнобильського контингенту за групами обліку питома вага і рівень первинної інвалідності різко змінилися.

На початку 90-х років серед первинно визнаних інвалідами-чорнобильцями 76,7% становили учасники ліквідації наслідків аварії. У 2000 р. на них припадає 47,6%, евакуйовані, переселенці та мешканці забруднених радіонуклідами територій склали 52,4%. У зв'язку з цим змінився вплив інвалідності чорнобильців на інвалідність населення в окремих областях. У 1992 р. найбільша питома вага та частота розвитку інвалідності серед чорнобильців реєструвалися в областях, де мешкало багато учасників ліквідації

аварії. Поступово вагомість частки інвалідності чорнобильців у структурі інвалідності дорослого населення зміщувалася в області, території яких були забруднені радіонуклідами, і склала у 2000 р. у Київській області 30,5%, Житомирській – 12,3, Чернігівській – 8,4, Черкаській – 7,7, Рівненській – 7,5, Волинській – 7,1%.

Нозологічна структура первинної інвалідності чорнобильського контингенту у 2000 р. порівняно з 1992 р. така: новоутворення – 39% проти 8,3, хвороби нервової системи – 6,4 проти 40,9, системи кровообігу – 40,9 проти 30,6, органів травлення – 3,2 проти 8,6, ендокринної системи – 4,4% проти 3,5.

Протягом останнього десятиріччя первинно встановлюють інвалідність щорічно більш як 200 тис. осіб із дорослого населення, а чисельність інвалідів, які отримували пенсії за інвалідністю в органах соціального захисту, збільшується лише на 30–50 тис. чоловік. Хоча останнім часом первинна інвалідність дорослого населення стабілізувалася, накопичена (загальна) інвалідність продовжує неухильно зростати. На початку 90-х років загальна кількість інвалідів в Україні становила 2,9% усього населення (1 504 696 чоловік, або 290,5 на 10 000 населення). За станом на 01.01.2000 вона досягла 5% (2 471 627 чоловік, або 499,8 на 10 000 населення).

У накопиченому контингенті інвалідів відбуваються такі самі зміни щодо розподілу за соціальними категоріями, як і у первинній інвалідності. Останнім часом щорічно зменшується на 3–4% кількість інвалідів від трудового каліцтва і професійних захворювань, на 7–8% – інвалідів війни та інвалідів-військовослужбовців, зростає на 2,8–3% кількість інвалідів від загального захворювання, 5,3–6,3% – інвалідів із дитинства. Чисельність інвалідів із дитинства, які отримували соціальні пенсії, збільшилася за 1991–1999 рр. на 123 тис. чоловік і на 01.01.2000 становила 298 297 чоловік.

Стрімкими темпами зростає загальна інвалідність у зв'язку з аварією на ЧАЕС – на 12–21% щорічно. За період з 1992 р. чисельність інвалідів-чорнобильців, які перебували на обліку в органах соціального захисту, збільшилася у 2 рази – з 76 272 до 161 049 чоловік за станом на 01.01.2000. Інтенсивність такого зростання інвалідності зумовлена тим, що поряд зі встановленням щорічно 7,5–8 тис. чорнобильців первинної інвалідності, ще 2,5–3 тис. інвалідів від загального захворювання МСЕК змінюють причину інвалідності на зв'язок з аварією на ЧАЕС. Таким чином, щорічно близько 10 тис. чорнобильців уперше отримують пенсію з інвалідності.

Наприкінці 90-х років на інвалідність дорослого населення та у працездатному віці найбільше впли-

вали соціально-економічні чинники та стан охорони здоров'я. Обмежене фінансування соціальних програм для інвалідів і скорочене надання їм пільг призвели до різкого зменшення кількості звертань

пенсіонерів за віком за встановленням інвалідності і спричинили обвальне падіння інвалідності дорослого населення у 1999 р., коли ці пільги були фактично анульовані (рис. 2).

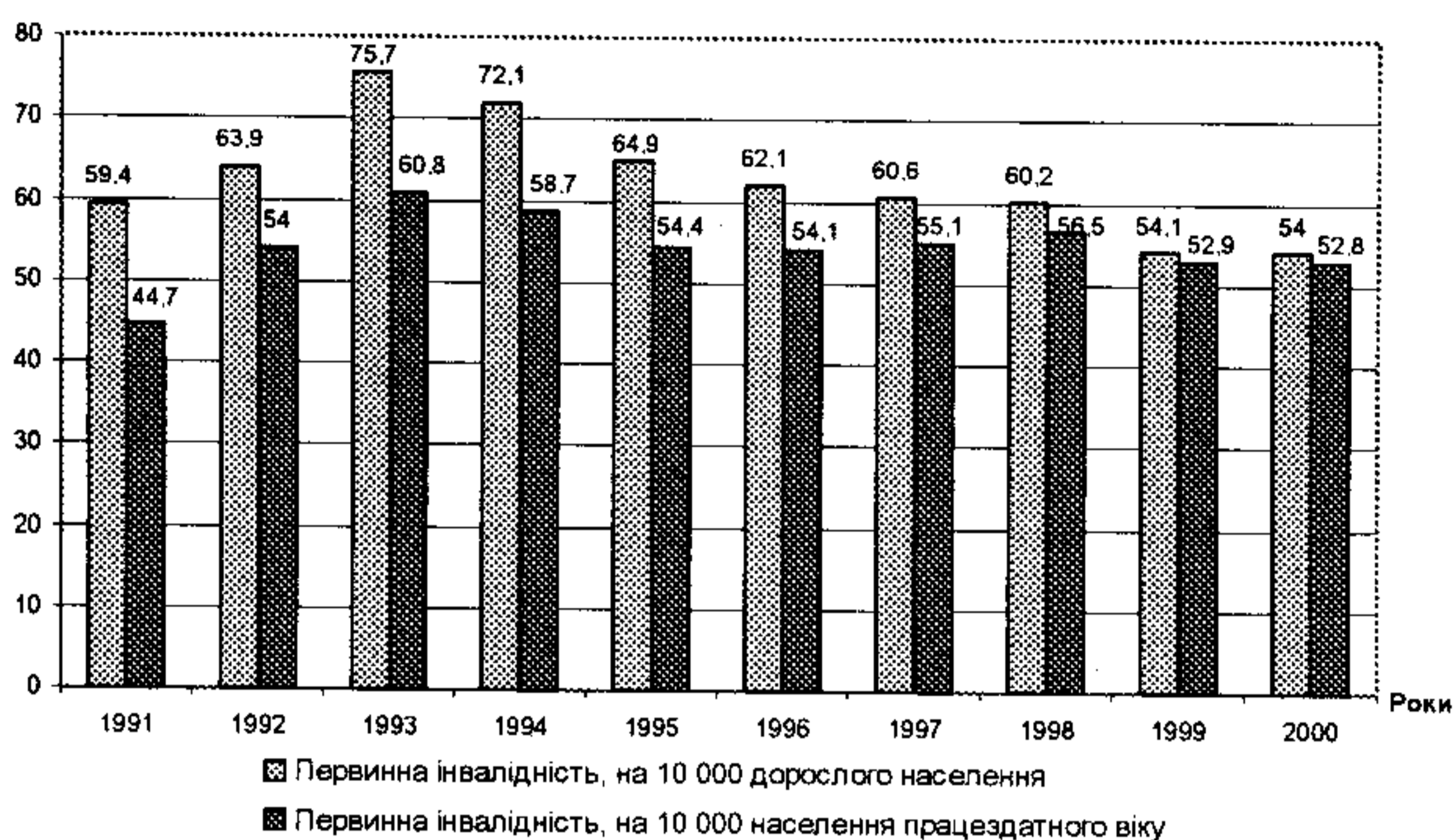


Рис. 2. Динаміка первинної інвалідності дорослого населення та у працездатному віці в Україні впродовж 1991–2000 рр.

Первинна інвалідність дорослого населення у 2000 р. зменшилася на 9,1% порівняно з 1991 р., а осіб пенсійного віку – на 34,3% (з 86,7 до 57 випадків на 10 000 осіб пенсійного віку). Серед пенсіонерів за віком накопичується прихована інвалідність. Складність урахування поширеності інвалідності серед осіб пенсійного віку полягає у тому, що пенсія за віком у інвалідів від загального захворювання більша, ніж за інвалідністю. Після досягнення пенсійного віку такі інваліди переходять на пенсію за віком, якщо інвалідність не дає будь-яких пільг, які тепер різко обмежені. Тому, за даними органів соціального захисту, серед 10 млн осіб, які отримували пенсію за віком, лише 1,4% мали інвалідність на 01.01.2000. Фактична кількість інвалідів серед населення України перевищує 5%, але визначити її серед пенсіонерів за віком можливо буде лише після Всеукраїнського перепису населення, проведення якого передбачається найближчим часом. До анкети опитування про стан здоров'я нами запропоновано внести запитання про наявність інвалідності.

Постановою Кабінету Міністрів України "Про підвищення розмірів пенсій та інших соціальних виплат пенсіонерам з 1 лютого 2001 року" (№37 від 23.01.2001) передбачена соціальна допомога інвалідам II та III груп, у яких місячний розмір пенсії не досягає 58 грн. Це буде, на нашу думку, дещо сприяти збільшенню кількості звертань за визначенням інвалідності з боку пенсіонерів за віком, які отримують мінімальні пенсії. Оскільки серед них основним інвалідизуючим чинником є

хвороби системи кровообігу, то більшість із них буде звертатися з цією патологією. Зростання у 2001 р. рівня первинної інвалідності у осіб пенсійного віку залежатиме від того, як буде стримуватися ця підвищена звертальність смертністю від хвороб системи кровообігу, які посідають перше місце серед причин смертності у цьому віці [2].

Усі перелічені обставини зумовили те, що у 2000 р. порівняно з 1991 первинна інвалідність у осіб працездатного віку становила 69,3%, пенсійного – 30,7 проти 59 та 41% відповідно. З 1992 р. в інвалідності дорослого населення враховуються особи до 39 років включно. Питома вага інвалідів молодого віку збільшилася по Україні в цілому (з 19,7 до 25%), у всіх областях і за всіма класами хвороб, крім хвороб системи кровообігу. Таке "омолодження" інвалідності характерне для первинних інвалідів внаслідок туберкульозу (їхня питома вага у віці до 40 років у 2000 р. дорівнювала 46,1%, у 1992 – 30%), хвороб крові і кровотворних органів (43% проти 29,6 відповідно), нервової системи (43,9% проти 31,9), розладів психіки та поведінки (67,6% проти 50,8).

У сучасних умовах на рівні інвалідності населення працездатного віку впливають протилежні соціальні мотивування. З одного боку, ті хворі, котрі мають роботу, щоб її зберегти, намагаються створити імідж здорових і не звертаються за визначенням інвалідності. З іншого боку, для безробітних хворих пенсія за інвалідністю є єдиним джерелом існування, тому їм нерідко встановлю-

ють інвалідність за соціальними причинами (на період працевлаштування, для проведення реабілітації). Деструктивні процеси в організації лікувально-реабілітаційної допомоги та відсутність коштів у більшості хворих на лікування та відновну терапію теж призводять до встановлення інвалідності навіть у випадку тих захворювань, при

яких якісне лікування та проведення реабілітаційних заходів у повному обсязі раніше дозволяли відновити працездатність хворих. Про це свідчить стійке зростання (на 74,1% порівняно з 1991 р.) частоти та питомої ваги встановлення III групи інвалідності, що становило у 2000 р. 47% первинних інвалідів працездатного віку (рис 3).

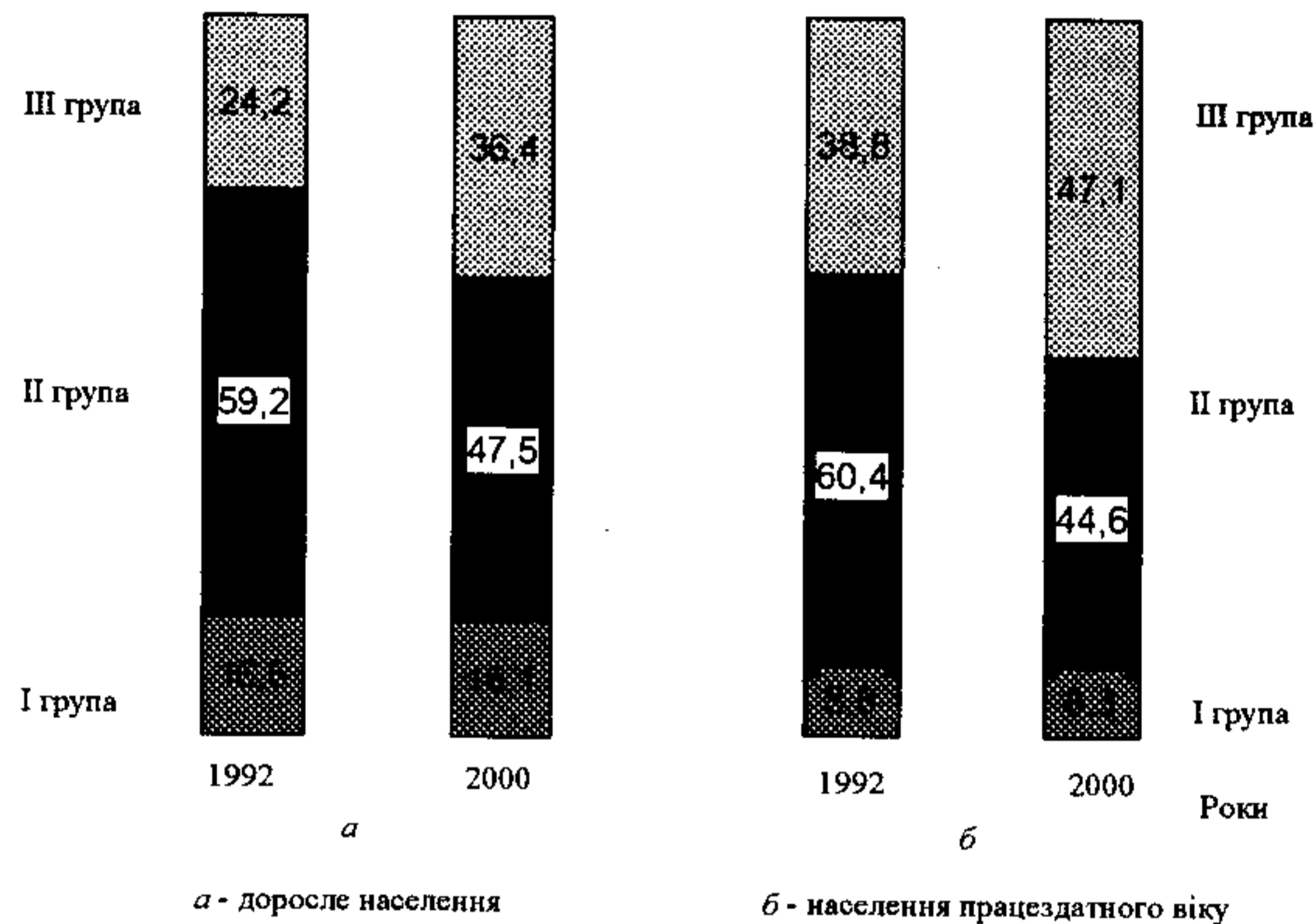


Рис. 3. Розподіл первинної інвалідності, %, населення України за групами інвалідності у 1991–2000 рр.

Через медико-соціальні причини інвалідність населення працездатного віку останнім часом зростає. Зниження її рівня відбулося тільки у 1999 р. (на 6,4%), а у 2000 р. вона залишалася на тому самому рівні, але перевищувала рівень 1991 р. на 8,4% (52,8 проти 44,7 на 10 000 населення працездатного віку). Уповільнювала зростання первинної інвалідності населення у працездатному віці його висока передчасна смертність. Основними причинами її є нещасні випадки, травми та хвороби системи кровообігу, які теж посідають перші місця в структурі інвалідності цієї вікової категорії населення [2].

Збільшення інвалідності за рахунок осіб з порушеннями здоров'я, раніше соціально адаптованих, підтверджується розподілом первинно визнаних інвалідами за статтю. Так, у 58,3% випадків інвалідність серед дорослого населення (у працездатному віці – 60,3%) встановлюють чоловікам, які є годувальниками сім'ї. Тим часом у зв'язку з поширеністю безробіття серед жінок, більшою тривалістю їхнього життя порівняно з чоловіками збільшилася питома вага жінок серед первинно визнаних інвалідами. Якщо у 1991 р. жінки складали 34,9% первинних інвалідів, то у 2000 – 41,7, що є одним із підтверджень впливу соціальних чинників на інвалідність.

Свідченням правильності висновків щодо інвалідності населення працездатного віку стала тенденція до зниження рівня первинної інвалідності

працюючих, який у 2000 р. (30,1) був на 25,9% нижче від такого у 1991 р. (40,6).

До 1992 р. первинна інвалідність за окремими класами хвороб урахувалася лише серед працюючого населення, а потім – після зміни статистичної звітності МСЕК – і серед дорослого населення та у працездатному віці. У структурі первинної інвалідності дорослого населення та у працездатному віці у 2000 р. перші місця посідали хвороби системи кровообігу (28,9 та 20,2%), новоутворення (17 та 16,2%), травми (9,7 та 12,2%), хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (8,6 та 9,2%), розлади психіки і поведінки (6,3 та 8,3%). Зменшення первинної інвалідності дорослого населення відбулося за всіма основними класами хвороб, за винятком деяких інфекційних і паразитарних хвороб, новоутворень, хвороб ока та його додаткового апарату (рис. 4). Зокрема, слід відмітити значне збільшення первинної інвалідності внаслідок туберкульозу, що відкинуло успіхи у боротьбі з цією соціально обумовленою хворобою на кілька десятиріч назад. Протягом тривалого часу для інвалідності внаслідок туберкульозу в Україні було притаманне постійне зниження її рівня, зменшення тяжкості інвалідизації та зрушення інвалідності у бік старших вікових груп [3].

За період з 1992 по 2000 р. тенденції інвалідності внаслідок туберкульозу дуже несприятливі.

У 90,2% випадків причиною інвалідності був туберкульоз легень, внаслідок чого інвалідність зростала стрімкими темпами, з інших причин – була стабільною. Серед дорослого населення інвалідність внаслідок туберкульозу легень зростає на 50% (з 1,4 до 2,1 випадку на 10 000 населення), у працездатному віці – на 81,3% (з 1,6 до 2,9 випадку). У віці до 39 років включно кількість первинно визнаних інвалідами за цією патологією зростає у 2,5 раза.

Економічні труднощі в країні, недостатнє фінансування протитуберкульозних закладів, наслідки Чорнобильської катастрофи поряд з полірезистентністю мікобактерій туберкульозу до протиту-

беркульозних препаратів призвели до реструктуризації захворюваності на туберкульоз у бік поширених прогресуючих процесів, зростання частоти бактеріовиділення, деструктивних форм із фазою розпаду [1]. Зазначені обставини зумовлюють не тільки зростання інвалідності внаслідок туберкульозу, але й обтяження її, через що за тяжкістю вона майже зрівнялася з інвалідністю від онкологічної патології. При туберкульозі легень I–II групи інвалідності відразу встановлюють 87,6% первинних інвалідів. Серед інвалідів унаслідок туберкульозу 95,3% становлять особи працездатного віку, в тому числі 46,1% – у віці до 39 років.

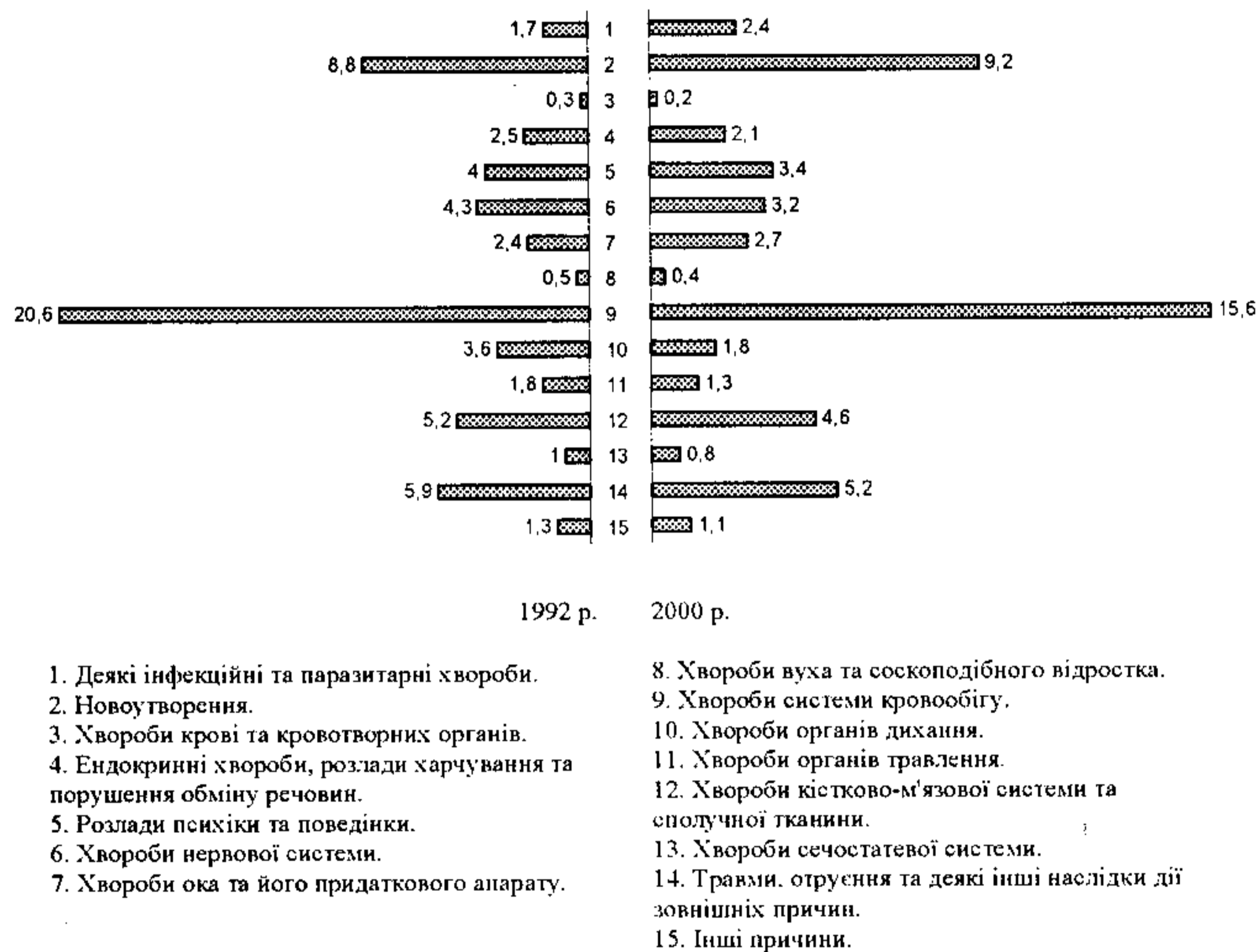


Рис. 4. Динаміка первинної інвалідності дорослого населення України за окремими класами хвороб упродовж 1992–2000 рр., на 10 000 населення.

Збільшення інвалідності, спричиненої новоутвореннями зумовлене наслідками Чорнобильської катастрофи. З 1996 р. у структурі інвалідності чорнобильців новоутворення стало посідають друге місце, а порівняно з 1992 р. кількість уперше визнаних інвалідами з цієї причини зростає більше ніж у 4 рази. На територіях радіаційного забруднення, де інвалідність внаслідок новоутворень екогенно детермінована, ця патологія складає половину і більше первинної інвалідності чорнобильців і посідає перше місце в її структурі (у Житомирській області – 76,5%, Київській – 50, Рівненській – 56,6%).

Рівень первинної інвалідності населення працездатного віку у 2000 р. порівняно з 1992 та-

кож знизився у переважній більшості областей і за більшістю основних інвалідизуючих захворювань або залишився таким самим (внаслідок хвороб ендокринної системи, органів травлення, травм усіх локалізацій). Відсутність зменшення інвалідності внаслідок хвороб ендокринної системи та органів травлення можна пояснити інвалідністю чорнобильців, внаслідок травм – погіршенням надання первинної медичної допомоги, лікування та реабілітації постраждалих від побутового, транспортного, кримінального травматизму.

За цей час відбулося зменшення (на 70%) інвалідності внаслідок виробничих травм (з 1,7 до 1 випадку на 10 000 населення), що пов'язан-

но як із наведеними раніше причинами, так і з закриттям виробництв із небезпечними умовами праці (багатьох шахт), переорієнтацією підприємств на виробництво товарів широкого вжитку, продуктів харчування, зростанням безробіття. У тих областях, де хоча б частково працюють підприємства вугільної, гірничорудної, металургійної промисловості, рівень інвалідності внаслідок травм, у тому числі виробничих, перевищує середній по Україні (6,5): у Донецькій області – 9,9 та 3 випадки, Луганській – 8,1 та 2,3; Дніпропетровській – 7,1 та 1,4 випадку на 10 000 населення працездатного віку. Однією з причин уповільнення зменшення інвалідності внаслідок травм у працездатному віці є скорочення терміну подовження лікарняного листка постражда-

лим від травм і погіршення результатів такого лікування. Збільшення первинної інвалідності населення працездатного віку відбулося за тими хворобами, що і дорослого населення, а також через хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Отже, для інвалідності населення України наприкінці 90-х років характерне зниження рівнів первинної інвалідності дорослого населення та у працездатному віці, "омолодження" інвалідності у більшості областей та за переважною кількістю основних інвалідизуючих захворювань, збільшення накопиченого контингенту інвалідів від загального захворювання, інвалідів-чорнобильців, інвалідів із дитинства, а також зростання рівня прихованої інвалідності серед осіб пенсійного віку.

Список літератури

1. *Фещенко Ю.І., Мельник В.М.* Медико-соціальні та організаційні аспекти фтизіопульмонології // Матеріали наук. пр. II з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України. – К., 1998. – С. 19–22.
2. *Чепелевська Л.А.* Особливості смертності населення України в 90-х роках // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – №4. – С. 101–104.
3. *Шмегевский С.А., Войтчак Т.Г.* Состояние инвалидности вследствие туберкулеза в УССР и основные тенденции ее изменения // Актуальные вопросы клинической медицины : Тез. докл. V конф. врачей Днепропетровской области. – Днепропетровск, 1986. – С. 169–170.

ПЕРВИЧНАЯ И ОБЩАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ В 90-Е ГОДЫ

А.В.Ипатов, Е.В.Сергиени, Т.Г.Войтчак (Днепропетровск)

Приведены особенности первичной и общей инвалидности населения Украины в 90-е годы, изменения в распределении первично признанных инвалидами среди взрослого населения по социальным причинам, возрасту, тяжести инвалидизации, динамика первичной инвалидности по классам и нозологическим формам основных инвалидизирующих заболеваний. Установлено влияние на инвалидность современных социально-экономических, экологических факторов и состояния здравоохранения.

PRIMARY AND GENERAL INVALIDITY OF UKRAINIAN POPULATION IN 1990S

A.V. Ipatov, Ye.V. Sergieny, T.G. Voitchak (Dnipropetrovsk)

The primary and general invalidity prevalence data among Ukrainian population in 1990s have been outlined. The primary invalidity trend among adult population during that period, its distribution in some social and age groups as well as disability severity, affecting classes of diseases and main causal nosological forms were analyzed. Effect of contemporary socio-economic and local environmental factors as well as medical care delivery capacity within the National PHS facilities on invalidity patterns have been also assessed.

УДК 616.3-008.1-082.001.73(1-21)

Г. О. СЛАБКІЙ (Макіївка), Н. Р. НОВІКОВА (Київ)

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ВЕЛИКОГО МІСТА НА ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ТАКИХ ХВОРИХ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Макіївська міська лікарня №2, Київська обласна лікарня №2

Хвороби органів травлення мають велике медико-соціальне значення у зв'язку з ураженням людей працездатного віку, що призводить до значних трудових втрат, а також дороговартісною медичною допомогою [1, 5, 9, 11]. Рівень первинної захворюваності дорослого населення на хвороби органів травлення нині в Україні становить 276,9 на 10 000 населення, питома вага її у загальній структурі захворюваності – 4,4 % [2].

На тлі високої захворюваності населення [1, 2] в системі охорони здоров'я проводиться реформування [6], основною метою якого є підвищення якості медичної допомоги населенню [7, 8]. Процеси реформування відбуваються й у спеціалізованій гастроентерологічній службі [3, 4, 10].

Вищезазначене спонукало нас дослідити стан захворюваності дорослого населення великого промислового міста і організації медичної допомоги хворим на хвороби органів травлення, запропонувати шляхи її оптимізації.

Дослідження проводилось у м. Макіївці Донецької області, кількість дорослого населення якого становить 342 тис. чоловік. Під час виконання роботи використовувалися такі методи: статистичний, експертних оцінок, моделювання.

Захворюваність дорослого населення на хвороби органів травлення становила у 1993 р 352,1 на 10 000 населення; 2000 – 134,4, що вказує на зменшення зареєстрованої захворюваності дорослого населення міста за вісім років у 2,6 раза. У структурі загальної захворюваності дорослого населення захворюваність на хвороби органів травлення зайняла 10-е місце, а питома вага її становила 2,4%.

Поширеність хвороб органів травлення серед дорослого населення у 1993 р. становила 1505,8 на 10 000 населення, у 2000 – 1598,3. Наведені дані засвідчують ріст рівня поширеності цієї патології впродовж досліджуваного періоду. У структурі загальної поширеності захворювань серед дорослого населення питома вага поши-

реності хвороб органів травлення становила 9,6% і знаходилася на четвертому місці.

Виявленість хвороб органів травлення під час медичних (попередніх, періодичних, профілактичних) оглядів у 1993 р. становила 2,3 на 100 оглянутих, у 2000 – 2,8.

Враховуючи, що основною галуззю промисловості в місті є вугільна, захворюваність з тимчасовою втратою працездатності вивчалася на її прикладі. Кількість випадків тимчасової непрацездатності на 100 працюючих у вугільній промисловості у 1993 р. дорівнювала 5,9, у 2000 – 3,7. Кількість днів втрати працездатності через хвороби органів травлення на 100 працюючих у вугільній промисловості становила у 1993 р. 73,8, у 2000 – 51,4.

Під час вивчення стійкої втрати працездатності встановлено, що рівень первинної інвалідності внаслідок хвороб органів травлення серед дорослого населення з розрахунку на 10 000 відповідного населення становив у 1993 р. 2,2, у 2000 – 2,4, що в структурі інвалідності населення міста становило у 1993 р. 2,1 %, у 2000 – 3,1 %.

Рівень смертності населення, спричиненої хворобами органів травлення, становив у 1993 р. 3,3 на 10 000 дорослого населення, у 2000 – 4,2.

Беручи до уваги, що одержані дані мають розходження з середніми по Україні, а часом носять суперечливий характер, нами була проведена перевірка їх вірогідності. Методом випадкової вибірки було відібрано 537 медичних карт хворих на хвороби органів травлення і проведена експертна оцінка. Встановлено, що щорічно не враховувалося від 37,2 % до 41,3 патології органів травлення.

Методом експертної оцінки вивчалася питання обліку вперше виявленої протягом року у міській лікарні №2 патології органів травлення під час ультразвукового та ендоскопічного обстежень. У ході виконання цієї роботи було встановлено, що обліку не підлягали 34,2 % випадків

виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, 54,9 – жовчнокам'яної хвороби, 62,6 – хронічного панкреатиту, 39,7 % – хронічного дуоденіту.

Отже, проведене дослідження дозволило зробити висновок, що хвороби органів травлення мають значну поширеність серед дорослого населення великого промислового міста і певну питому вагу у структурі первинної захворюваності, тимчасової та стійкої втрати працездатності, смертності населення. При цьому встановлено, що статистичні дані про захворюваність і поширеність хвороб органів травлення значно занижені через недосконалість системи статистичного обліку.

Далі нами вивчався стан організації спеціалізованої медичної допомоги хворим на хвороби органів травлення. У наданні гастроентерологічної медичної допомоги населенню міста була визначена певна етапність.

Перший етап – амбулаторно-поліклінічний.

Для вдосконалення організації медичної допомоги хворим на хвороби органів травлення та поліпшення її якості необхідно у відділеннях профілактики активно виявляти осіб з такими хворобами і передавати дані про них лікарям-лікувальникам, а також осіб з ризиком розвитку гастроентерологічних хвороб, з якими проводиться профілактична робота.

Дільничним лікарям-терапевтам, хірургам поліклінік, лікарям-проктологам слід виявляти і проводити диспансерний нагляд за гастроентерологічними хворими, в тому числі лікування в денних і домашніх стаціонарах, протирецидивне лікування, заняття з формування здорового способу життя у своїх пацієнтів тощо.

Лікарі-гастроентерологи поліклінік міста повинні надавати консультативну допомогу гастроентерологічним хворим, проводити диспансерний нагляд за групою найтяжчих хворих, організаційно-методичну роботу.

Другий етап – стаціонарний.

На цьому етапі спеціалізована медична допомога хворим на хвороби органів травлення повинна надаватись у міському гастроентерологічному відділенні (забезпеченість ліжками – 1,25 на 10 000 населення). За сім досліджуваних років кількість ліжок була скорочена втричі. В ході реформування спеціалізованої служби покращився добір хворих на гастроентерологічне ліжко. За наказом по міському управлінні охорони здоров'я показаннями до госпіталізації у спеціалізоване відділення є: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки з тяжким і безперервно рецидивуючим перебігом; післягастрорезекційний синдром із тяжким перебігом; хронічний неспецифічний виразковий коліт і хвороба Кро-

на в стадії загострення; синдром мальабсорбції; хронічний атрофічний гастрит у стадії загострення; хронічний панкреатит з тяжким перебігом; хронічний активний гепатит і цироз печінки; тяжка дисфагія; нестримне блювання та виснажлива гикавка, а також хвороби органів травлення, які важко діагностуються та лікуються в терапевтичних, денних і домашніх стаціонарах.

Для хірургічного лікування хворих з хворобами органів травлення функціонують центри шлунково-кишкових кровотеч, гепатопанкреатичний, проктологічний, планові та ургентні хірургічні відділення.

Третій етап – реабілітація хворих у реабілітаційному гастроентерологічному відділенні лікарні відновного лікування, санаторіях-профілакторіях підприємств, санаторно-курортних закладах.

Показники спеціалізованої допомоги хворим на хвороби органів травлення вивчалися на кожному етапі надання медичної допомоги.

Забезпеченість лікарями-гастроентерологами, які працюють у поліклініках міста, становила у 1993 р. 0,22 на 10 000 дорослого населення, 2000 – 0,19. При цьому кількість амбулаторних прийомів на одну посаду (функція посади) лікаря-гастроентеролога при нормативній 6410 становила у 1993 р. 1932, 2000 – 5428.

Одержані дані вказують на те, що лікарі-гастроентерологи, які надають спеціалізовану медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах, постійно працюють з малим навантаженням, що потребує перегляду організації їхньої праці. На цьому етапі в лікуванні хворих на хвороби органів травлення активно використовуються стаціонаро-замінні форми медичного обслуговування населення – денні та домашні стаціонари. В 2000 р. рівень госпіталізації гастроентерологічних хворих становив 0,98 на 100 дорослого населення.

Зайнятість гастроентерологічних ліжок впродовж 1993 р. становила 343,7 дня; 2000 – 352,4 дня, обіг ліжок – відповідно 15,2 і 20,7, що свідчить про раціональніше використання ліжкового фонду відділення цього профілю. Середні терміни лікування хворих у відділенні значно зменшилися – з 21,9 ліжко-дня у 1993 р. до 15,8 у 2000. Рівень госпіталізації у міське гастроентерологічне відділення становив у 1993 р. – 29,6 на 10 000 дорослого населення, 2000 – 19,2. За вісім років з відділення переведено 537 хворих на долікування у денні та допоміжні стаціонари. Отже, і ці дані свідчать про покращення використання в місті гастроентерологічного ліжкового фонду.

Забезпеченість хірургічними ліжками для надання допомоги хворим на хвороби органів травлення у 1993 р. становила 10,5 на 10 000 дорослого населення, 2000 – 6,3. У разі такої забезпеченості зайнятість ліжок упродовж року у 1993 р. стано-

вила 349,6 дня, 2000 – 344,5, хірургічна активність у цьому відділенні – відповідно 47,9 і 56,8. Кількість проведених операцій на органах травлення дорівнювала у 1993 р. 3254, 2000 – 2675. При цьому питома вага планових оперативних втручань становила у 1993 р. 45,2 %, 2000 – 41,6 %.

Одержані дані з використання спеціалізованого хірургічного ліжкового фонду на тлі проведеного скорочення ліжок свідчать про оптимізацію його використання.

Відділення реабілітації гастроентерологічних хворих, у якому щорічно медичну допомогу отримували близько 650 чоловік, було закрито в ході реформування системи охорони здоров'я міста.

Управління якістю надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на хвороби органів травлення здійснюється головним лікарем-гастроентерологом і головним лікарем-хірургом міста. Напрямами вдосконалення системи управління гастроентерологічною допомогою населенню стало впровадження автоматизованої медичної інформаційно-управлінської системи, Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України, проведення акредитації.

Одержані в результаті проведеної науково-дослідної роботи дані дозволили зробити висновки про необхідність організації надання спеціалізованої гастроентерологічної допомоги дорослому міському населенню у два етапи:

I – амбулаторно-поліклінічний, що, в свою чергу, складається з двох рівнів:

1-й – надання первинної медико-санітарної допомоги гастроентерологічним хворим лікарями загальної практики з організацією денних і домашніх стаціонарів;

2-й – надання спеціалізованої консультативної (вторинної амбулаторно-поліклінічної) допомоги лікарями-гастроентерологами амбулаторно-поліклінічних закладів міста;

II – стаціонарна спеціалізована медична допомога, яка надається: у міському гастроентерологічному відділенні (терапевтична); в центрі шлунково-кишкових кровотеч, гепатопанкреатичному, хірургічних відділеннях (хірургічна), спеціалізованому гастроентерологічному реабілітаційному відділенні (реабілітаційна).

З метою оптимізації організації надання гастроентерологічної допомоги міському населенню пропонується створення міських гастроентерологічних центрів. Організаційно-функціональна схема таких центрів наведена на схемі.

Така організація обслуговування хворих на хвороби органів травлення повинна забезпечити:

- уніфікацію та адекватність діагностичного і лікувального процесів на всіх етапах медичного обслуговування зазначених контингентів;

- розширення функцій дільничних лікарів-терапевтів, які надають первинну медико-санітарну допомогу населенню тепер, з медичного обслуговування гастроентерологічних хворих із переходом до системи сімейного лікаря;

- розвиток стаціонарних форм надання спеціалізованої медичної допомоги населенню;

- підвищення якості підготовки хворих у поліклінічних закладах до їх планової госпіталізації та усунення невиправданого дублювання обстежень, які проходить хворий у поліклініці перед госпіталізацією та у стаціонарі;

- здійснення чіткого взаємозв'язку та наступництва в роботі лікарів сектора

- первинної медико-санітарної допомоги та лікарів-гастроентерологів з метою підвищення якості диспансеризації, лікування та реабілітаційних заходів на всіх етапах медичного обслуговування хворих на хвороби органів травлення;

- накопичення на базі центру діагностичної та лікувальної апаратури і кваліфікованих кадрів;

- підвищення економічної ефективності в разі надання спеціалізованої медичної допомоги цьому контингенту хворих.

Список літератури

1. *Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я* (щорічна доп., 1997 р.). – К., 1998. – 386 с.
2. *Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я* (щорічна доп., 1997 р.). – К., 1999. – 594 с.
3. *Нагорная А.М., Слабкий Г.А.* Основные принципы организации городской специализированной службы по оказанию медицинской помощи больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Проблемы здравоохранения и пути его реформирования: Сб. ст. – Донецк: Лебедь. – 1997. – С. 41-43.
4. *Нагорная А.М., Слабкий Г.А., Грузева Т.С., Степаненко А.В.* Состояние и пути оптимизации гастроэнтерологической помощи населению крупного промышленного города // Гастроэнтерология: Міжвід. зб. – Дніпропетровськ. – 2000. – Вип. 31. – С. 12-19.
5. *Охрана здоров'я в Україні: проблеми та перспективи* // За ред. В.М.Пономаренка. – К., 1998. – 309 с.

6. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Евсеев В.І. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1997. – №2. – С. 57-61.
7. Про затвердження порядку державної акредитації закладів охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України № 765 від 15.06.97.
8. Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в ЛПЗ України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей: Наказ МОЗ України №266 від 26.07.98 р.
9. Слабкий Г.А. Состояние заболеваемости городского населения на болезни органов гепатолиенальной зоны и организация медицинской помощи больным // Зб. наук. пр. співроб. КМАПО ім. Ш.І.Щупика. – К., 2000. – Вип. 9, кн. 4. – С. 166-170.
10. Слабкий Г.О. Інформаційне забезпечення в удосконаленні організації роботи міського гастроентерологічного центру // Укр. мед. альманах. – 2000. – №6. – С.67-168.
11. Филиппов Ю.А. Система оказания гастроэнтерологической помощи населению Украины // Журн. практ. врача. – 1997. – №5. – С.4-5.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ БОЛЬШОГО ГОРОДА БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ИИ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ТАКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Г.А.Слабкий, Н.Р.Новикова (Макеевка, Киев)

На основании анализа заболеваемости взрослого населения крупного промышленного города болезнями органов пищеварения и уровня оказания больным медицинской помощи определены основные задачи оптимизации гастроэнтерологической помощи населению. Предложена схема организации специализированной помощи больным с болезнями органов пищеварения.

DIGESTIVE SYSTEMS DISEASES OF ADULT POPULATION OF A BIG CITY AND THE WAYS OF MEDICAL AID IMPROVING FOR SUCH PATIENTS IN CONDITIONS OF HEALTH SERVICE SYSTEM REFORMING

G.A. Slabky, N.R. Novicova (Makiivka, Kyiv)

The main tasks of optimizing of digestive system diseases aid are defined on the basis of analysis of the situation concerning the health of adults in a big industrial city and the level of medical aid. The organizational scheme of specialized aid to the patients with the diseases of digestive system is worked out.

УДК: 161-056.54-053.3/4]-092

О. Є. ФЕДОРЦІВ, О. С. ЧАБАН, Т. О. ВОРОНЦОВА (м. Тернопіль)

СОЦІОЕТИОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ГІПОТРОФІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Не дивлячись на успіхи медичної науки, розширення наших знань про причини виникнення та механізми розвитку багатьох захворювань, гіпотрофії у дітей раннього віку не втратили своєї актуальності і до сьогоднішнього дня [1, 5].

Поширення несприятливих економічних факторів, погіршення соціально-економічних та побутових умов більшості населення України, нездоровий спосіб життя, зростання кількості дітей з вродженими вадами та аномаліями розвитку поглиблюють дану проблему [3, 4, 6].

Погіршуючи загальну реактивність організму, хронічні розлади живлення сприяють розвитку важких захворювань і захворювань з тривалим перебігом [2, 7].

За даними різних авторів постнатальна гіпотрофія у дітей раннього віку зустрічається від 9,4 % до 13,7 % випадків [5, 6].

За даними Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні відсоток набутої гіпотрофії зріс за останні 10 років з 7,4 до 16,8.

Метою роботи було вивчити вплив соціальних та інших чинників на розвиток гіпотрофії у дітей раннього віку в умовах сьогодення.

Нами проведено аналіз анамнезу життя та хвороби у 442 дітей раннього віку з гіпотрофією, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Тернопільській обласній дитячій клінічній лікарні з приводу різних захворювань.

59 % хворих розвивалися у несприятливих матеріально-побутових умовах, 21 % — у задовільних і тільки 17 % дітей була із сімей з хорошими матеріально-побутовими умовами. 3 % малюків були з дитячого будинку. Особлива увага зверталась на перебіг вагітності, пологів, періоду новонародженості, антропометричні показники при народженні та їх зміни в процесі росту та розвитку, характер вигодовування та якість догляду, перенесені захворювання та їх перебіг, генетичний анамнез.

Аналіз отриманих результатів показав, що гіпотрофія частіше виникає у хлопчиків (60,7 %), ніж у дівчаток (39,3 %). Очевидно, це пов'язано з наявністю у дітей чоловічої статі однієї X-хро-

мосоми та особливістю гормонального фону.

Найбільш значне переважає захворюваності серед хлопчиків у порівнянні з дівчатками спостерігається у віці 1-3, 7-9 та 13-14 місяців. Отримані результати вказують на те, що критичним періодом у розвитку гіпотрофії є перше півріччя (55,7 %), особливо перший квартал життя (30,5 %). Саме цей період характеризується найбільшою інтенсивністю та нестійкістю обміну речовин, переважаанням анаболічних процесів, незрілістю нейроендокринної регуляції, підвищеною чутливістю до екзо- та ендогенних факторів.

Розвиток гіпотрофії у віці 4-6 місяців пояснюється змінами у вигодовуванні, пов'язаними з введенням фізіологічних добавок, пригодовувань, інфекційними захворюваннями, які виникають в результаті особливостей імунної системи у цьому періоді (фізіологічна гіпоімуноглобулінемія).

У віці 7-9 місяців розвиток гіпотрофії був спричинений форсованим введенням нових харчових продуктів, не адекватних можливостям травної системи немовлят. У пацієнтів віком 1-2 роки розлади живлення виникали при різкому переведенні дитини на гетеротрофне харчування. Вагоме значення у розвитку інфекційних захворювань травної системи у цьому віці мало збільшення контактів з іншими дітьми, відвідування дитячих колективів.

За нашими даними більш часто зустрічались легкі форми захворювання, що певною мірою пов'язано з покращенням діагностики легких форм розладу живлення (табл. 1).

Аналіз анамнезу життя показав, що 190 (43,0 %) хворих на гіпотрофію народилися від першої вагітності. Така велика питома вага дітей з гіпотрофією у матерів від 1-ої вагітності аргументується з однієї сторони недостатньою обізнаністю матерів у питаннях догляду за дітьми грудного віку, а з другої — особливостями стану імунної системи у перших за рахунком дітей. Із збільшенням порядкового номера вагітності зменшується число дітей з гіпотрофією.

356 пацієнтів (80,5 %) народилися від матерів віком 20-30 років, 50 (11,3 %) хворих народи-

Таблиця 1. Розподіл дітей за віком та ступенем гіпотрофії

Ступінь гіпотрофії	Вік дітей (в місяцях)						Всього	
	1-3	4-6	7-9	10-12	13-24	25-36	абс.	%
I	66	75	36	14	45	7	243	55,0
II	45	21	27	18	25	6	142	32,1
III	24	15	5	6	4	3	57	12,9
Всього	абс.	135	111	68	38	74	16	442
	%	30,5	25,1	15,4	8,6	16,8	3,6	100

лися від матерів, молодших 20 років, і 36 (8,2 %) — від матерів, старших 30 років.

У 397 (89,8 %) дітей виявлені шкідливі фактори в анте- та інтранатальному періодах розвитку (табл. 2).

Серед дітей з гіпотрофією 1 ступеня впливи шкідливих факторів виявлено у 210 (86,4 %) хворих. Серед дітей з гіпотрофією 2 ступеня шкідливі фактори були у 132 (93,0 %). При важких формах захворювання майже у всіх дітей відмічались несприятливі чинники в анте- чи інтранатальному періодах — 55 (96,5 %).

Аналіз отриманих результатів показує, що найбільш частими шкідливими факторами у хворих на гіпотрофію є зловживання курінням та алкоголем батьком, захворювання матері під час вагітності, професійні шкідливості у матері. Значний вплив на фізичний розвиток дитини має перебіг пологів (слабкість родової діяльності, стрімкі пологи, асфіксія). Із зростанням тяжкості гіпотрофії збільшувалась кількість негативних впливів

на дитячий організм. Так, при гіпотрофії 1 ступеня на кожну дитину в середньому припадало 1,7 фактора, у дітей з гіпотрофією 2 ступеня в середньому на одну дитину приходилось по 3,2 фактора, а при важкому розладі трофіки — 4,7 фактора.

Найбільш частою причиною поступлення дітей в стаціонар були інфекційні захворювання (66,3 %): 97 (22,0 %) дітей знаходились у стаціонарі з приводу спадкових захворювань або вад розвитку. 32 дитини (7,2 %) знаходились на лікуванні з приводу перинатального ураження ЦНС. У 20 (4,5 %) хворих причиною розвитку гіпотрофії були грубі дефекти харчування та догляду. 36 дітей (8,1 %) народилися з вродженою гіпотрофією.

Серед ендогенних причин першочергове значення в розвитку гіпотрофії мали спадкові ензимопатії та вади розвитку, серед екзогенних — інфекційний фактор у поєднанні з дефектами харчування.

Таблиця 2. Шкідливі фактори в інтра- та антенатальному періодах у дітей з гіпотрофією

Шкідливі фактори	Ступінь гіпотрофії			Всього	
	I (n = 210)	II (n = 132)	III (n = 55)	абс.	%
Захворювання матері під час вагітності	25	13	7	45	11,2
Нефропатія	36	16	13	65	16,4
Недоношеність	40	12	3	55	13,8
Асфіксія	46	22	3	71	17,9
Переношеність	13	4	1	18	4,5
Ранній гестоз	20	36	30	86	21,7
Пізній гестоз	12	24	21	57	14,4
Цісарський розтин	11	12	6	29	6,6
Професійні шкідливості	21	36	24	81	18,3
Слабкість родової діяльності	35	28	16	79	17,9
Раннє відходження вод	20	13	14	47	10,6
Стрімкі пологи	33	17	12	62	14,0
Загроза переривання вагітності	24	12	8	44	10,0
Зловживання: алкоголем					
матір'ю	13	26	13	52	11,8
батьком	62	59	34	155	39,0
курінням					
матір'ю	—	5	3	8	
батьком	132	84	50	266	67,0
Всього	549	420	260	1229	

368 дітей (83,3 %) отримували штучне харчування. 159 (36,0 %) харчувалися неадаптованими сумішами. У 431 дитини (97,5 %) виявлено порушення у вигодовуванні: у 395 (89,4 %) — несвоєчасне введення соків, фруктових пюре, у 375 (84,8 %) — пізні введення пригодовування, у 296 (67,0 %) — дача неадекватних сумішей. Майже у всіх (97,1 %) відмічено порушення принципів оптимальності та збалансованості харчування. У 271 дитини (61,3 %) виявлено грубі порушення режиму годування.

На змішаному та природньому вигодовуванні знаходились по 37 дітей (8,4 %).

Результати дослідження вказують на те, що по мірі зростання тяжкості порушення розладу живлення збільшується відсоток дітей, які отримували штучне харчування. Так, серед дітей з I ступенем гіпотрофії на штучному годуванні було 76,1 %, серед хворих з гіпотрофією II ступеня — 92,3 %, а при гіпотрофії III ступеня — 97,8 % хворих. Велику роль у розвитку гіпотрофії відіграло раннє переведення дітей на штучне харчування. Основною причиною переведення 279 дітей (75,8 %) на штучне годування була гіпогалактія у матері. Однак, ретельний аналіз причин недостатньої лактації показав, що тільки у 27 (6,1 %) випадків мала місце істинна гіпогалактія. 33 (9,0 %) дитини були позбавлені материнського

молока у зв'язку з перебуванням на вихованні у Будинку дитини, 17 (4,6 %) — у зв'язку з важкими захворюваннями матері, 2 (0,5 %) — у зв'язку з смертю матері під час пологів, 8 (2,2 %) — з наявністю у матері плоских або втягнутих сосків, у решти 29 (7,4 %) — аргументованої причини переведення на штучне вигодовування виявити не вдалось. Останній факт вказує на недостатню роботу медперсоналу щодо пропаганди грудного вигодовування, його переваг над штучним, низьку медичну грамотність батьків у питаннях вигодовування своїх дітей, нерозуміння унікальності та незамінності материнського молока.

Основною харчовою сумішшю у 269 (73,1 %) дітей, які отримували штучне вигодовування, було коров'яче молоко та його розведення (суміші Б, В). У решти 99 (26,9 %) — адаптовані молочні суміші "Малютка", "Малиш", "SMA", "Пілті", "Бона" та інші.

У багатьох дітей харчування було незбалансованим, з дефіцитом тваринного білка, жиру (60,4 %).

Надмірна кількість вуглеводів при дефіциті жиру та нормальній кількості білка виявлена у 123 (27,8 %) хворих.

Більшість хворих (67,0 %) були із сільської місцевості.

Висновки:

1. Таким чином, стан здоров'я дітей раннього віку у великій мірі залежить від соціально-економічних та матеріально-побутових умов сім'ї.
2. Діти першого півріччя, особливо перших трьох місяців життя, вимагають ретельного догляду, суворого дотримання всіх правил вигодовування з врахуванням індивідуальних особливостей, виконання санітарно-гігієнічних вимог з метою попередження розвитку гіпотрофії.
3. Великий вплив на розвиток гіпотрофії та її перебіг мають шкідливі звички батьків, стан здоров'я матері під час вагітності, особливості перебігу пологів.
4. Чим більше пре- і постнатальних несприятливих чинників діє на організм дитини, тим більша ймовірність розвитку гіпотрофії і важчий її перебіг.
5. Позбавлення дитини грудного віку найбільш фізіологічної їжі — материнського молока — веде до порушення обміну речовин, зниження опірності організму, що у поєднанні з іншими несприятливими чинниками веде до розвитку гіпотрофії.
6. Одним із найважливіших заходів профілактики розвитку хронічних розладів живлення у дітей раннього віку є раціональне (від латинського "rationalis" — розумний) вигодовування немовлят, пропаганда раннього прикладання до грудей. Особливо активну роз'яснювальну роботу щодо переваг грудного вигодовування над штучним слід проводити серед жителів сільської місцевості.
7. Питанням державної ваги є покращення матеріально-побутових умов сімей, які мають дітей раннього віку.

Список літератури

1. Аряев М. А. Зелінський О. О. Хронічні розлади харчування плода, новонароджених і дітей раннього віку. — К.: Здоров'я, 1994. — 168 с.
2. Гайдей В. Р. Зіставлення клініки гострих пневмоній з процесами ПОЛ у дітей раннього віку на фоні гіпотрофії і рахіту // ПАГ. — 1994. — № 3. — С. 32-33.

3. Застосування ентеросорбентів у дітей в умовах сучасної екологічної ситуації / І. С. Сміян, А. Ф. Лобода, М. Л. Тараховський, А. Г. Ципкун // ПАГ. — 1995. — № 2. — С. 20-22.
4. Изачик Ю. А. Синдром мальабсорбции у детей. — М., 1991. — С. 283-294.
5. Сміян І. С. Гіпотрофія: сучасні погляди та нові підходи // Додаток до журналу "Педіатрія, акушерство і гінекологія". — 2000. — № 1. — 45 с.
6. Сміян І. С., Слободян Л. М. Синдром мальабсорбции углеводов у детей. — Тернополь, 1994. — 221 с.
7. Федорців О. Е. Морфо-функціональний стан біологічних мембран при інфекційних діареях у дітей раннього віку на тлі гіпотрофії // Інфекційні хвороби. — 1997. — № 1. — С. 34-37.

СОЦИОЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

О.Е. Федорцев, О.С. Чабан, Т.А. Воронцова (Тернополь)

Целью работы было изучение влияния социальных и других факторов на развитие гипотрофии в раннем детском возрасте.

Объектом исследования были 442 детей в возрасте от 1 месяца до 3-х лет с гипотрофией разной степени тяжести.

Проведено анализ анамнеза жизни и болезни малышей.

Обнаружено, что гипотрофия чаще возникает у детей из сельской местности, в семьях с неблагоприятными материально-бытовыми условиями. Имеет значение пол ребенка (гипотрофия чаще встречается у мальчиков, чем у девочек). Способствуют развитию гипотрофии вредные привычки родителей, состояние здоровья матери во время беременности, особенности течения родов.

Одним из наиболее важных мероприятий профилактики гипотрофии является рациональное вскармливание детей, правильный способ жизни родителей, улучшение материально-бытовых условий семей.

SOCIAL AND ETIOLOGICAL FACTORS OF HYPOTROPHY' DEVELOPMENT IN EARLY AGE CHILDREN ON MODERN STAGE

O. Fedortsiv, O. Chaban, T. Voroncova (Ternopil)

The aim of this work was to study the influence of social and other factors on development of hypothyrophy in infants of early age.

442 children of aged from 1 month to 3 years with hypothyrophy were the object of investigation.

It was analysed the anamnesis vitae and anamnesis morby.

It was found that hypothyrophy more frequently occurs in rural children living in famylies with bad life conditions (boys suffer from hypothyrophy more often than girls).

Special place have bad habits of parents, mother health status during all periods of pregnancy, peculiarities of delivery course.

Prevention of hypothyrophy includes: rational nutrition of infants, healthy life of parents, improving of living conditions in famylies.

УДК 616-058:618.3-067.4-071.001.57-037-084

О.О. БЕЛОВ (Вінниця)

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВАГІТНИХ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В УМОВАХ СУЧАСНОГО МІСТА

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Сучасна демографічна ситуація в Україні характеризується переважанням деструктивних тенденцій [2,3]- їй притаманні низька народжуваність, від'ємний коефіцієнт відтворення, тенденція до поступового погіршення здоров'я дорослих і дітей. Вирішення проблеми відтворення здорового населення неможливе без урахування найважливіших клініко-біологічних, соціально-гігієнічних та медико-демографічних факторів, що впливають на народжуваність [1].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей соціально-медичного статусу та способу життя вагітних жінок, які мешкають в умовах міста, дослідження рівнів та структури акушерської та супутньої соматичної патології.

Дослідження проводилось на базі пологових установ міста Вінниці з 1997 по 1999 рік. Об'єктами дослідження були жінки, які перебували на обліку в зв'язку з вагітністю, і вагітність у яких завершилась пологамі або самовільним викиднем. За допомогою методу стандартизованого клінічного інтерв'ю, доповненого вивченням медичної документації, досліджено 3876 жінок.

Жінкам, які мешкають в місті, притаманні певні особливості соціального статусу, зокрема, специфічна вікова характеристика, особливі соціально-економічні умови, спосіб життя, макро- та мікросоціальне оточення, стан здоров'я тощо.

Переважна більшість вагітних в дослідженій групі перебували у найбільш сприятливому для вагітності віці - від 18 до 28 років (75,8% від загальної кількості обстежених). Значну частку (22,5%) становили також жінки у віці 28 років і більше (при цьому вікові первістки складають 6,8% всіх вагітних). Юні вагітні (у віці до 18 років) склали лише 1,7% від загальної кількості вагітних.

Для жінок в умовах міста характерна низька плідність. В більшості сімей в умовах сучасного українського міста існує стійкий орієнтир на обмежену, надзвичайно низьку народжуваність. В основі такої стратегії планування сім'ї лежать переважно міркування економічного характеру. Серед вагітних дослідженого контингенту 51,5%

становили першовагітні, 24,1% - жінки, у яких дана вагітність була другою, 24,4% - третьою та більше. При співставленні цих даних з даними про кількість пологів в анамнезі виявляється, що значна кількість вагітностей у жінок, які проживають в місті, не завершується пологамі. Так, жінки-першородки складають 66,9% від загальної кількості роділь, жінки, у яких дані пологи є другими - 27,7%, третіми і більше - лише 5,4%.

Особливо чітко тенденція до обмеження народжуваності виявляється у віковій групі понад 28 років. Третину жінок цієї групи складають жінки з першими пологамі, що є несприятливим з фізіологічної точки зору. Вагітних, у яких було двоє та більше пологів в цій групі лише 17,9%, при тому, що жінок з третьою та більше вагітністю - 56,9%.

Дослідження виявило значний відсоток шлюбної вагітності у жінок в умовах міста. Питома вага жінок, що перебували на момент вагітності в шлюбі, склали 83,6% від загальної кількості вагітних. Жінок, які офіційно не перебували в шлюбі на момент настання вагітності, але постійно проживали з батьком дитини, виявилось всього 12,5%. Одинокі жінки склали 3,9% від загальної кількості вагітних. Співставлення сімейного стану вагітних в різних вікових групах свідчить про те, що вагітність у віці до 18 років суттєво частіше є позашлюбною (48,5% вагітних у віці до 18 років не перебувають у шлюбі, 10,3% - одинокі).

Для дослідженої популяції характерний невисокий освітній ценз. Більшість жінок (52,9%) мали неповну середню або середню освіту, 16,3% - середню спеціальну, 11,0% - неповну вищу, 19,8% - вищу. В той же час питома вага жінок, які мають вищу та неповну вищу освіту, майже вдвічі більша, ніж у їх чоловіків.

Жінкам, які мешкають в місті притаманний високий рівень зайнятості на виробництві - працюють 70,7% вагітних. 48,6% жінок зайняті переважно розумовою роботою, 22,1% - переважно фізичною. Впливу професійних шкідливостей та особливих умов праці зазнають 15,4% вагітних.

Із загальної кількості обстежених 21,4% вважають своє матеріальне становище незадовільним, 59,5% - задовільним, 19,1% - добрим.

Одним із найбільш впливових соціальних факторів є забезпеченість житлом. В умовах сучасного міста ця проблема постає досить гостро. Менше половини (48,5%) обстежених мають окрему квартиру або власний будинок, 7,9% знімають житло, 9,4% мешкають в гуртожитку. 34,2% обстежених мають окрему кімнату в квартирі. Більшість вагітних (49,2%) проживає окремо від батьків, проте 37,9% змушені постійно проживати з своїми батьками, 12,9% - з батьками чоловіка.

Дослідження взаємовідносин вагітних в мікро-соціумі свідчить, що переважна більшість жінок достатньо адаптовані до сімейного життя. Так, 84,7% опитаних відзначили, що взаємовідносини в сім'ї позитивно впливають на їх настрій (23,3% вважають їх відмінними, 61,6% - добрими). 7,9% обстежених зазначили, що не повністю задоволені відносинами у сім'ї, 7,2% - абсолютно не задоволені.

Повністю задоволені відносинами з оточуючими 54,7%, частіше задоволені 40,1%, частіше не задоволені 4,2%, зовсім не задоволені 1%.

Особливу стурбованість викликає той факт, що більше половини (53,4%) вагітних відмітили наявність постійних психологічних проблем, пов'язаних з сімейними та професійними конфліктами, матеріальними труднощами тощо.

На нашу думку, суттєву допомогу в цій ситуації могли б надати професійні психологи-консультанти. Досвід країн, де в структурі амбулаторних акушерських закладів існує посада психолога-консультанта, свідчить про достатню ефективність такого підходу.

Вагітність вважають бажаною 96,6% опитаних, вагітність бажана для чоловіка в 96,4% випадків.

При вивченні особливостей акушерського анамнезу вагітних виявилось, що для жінок в умовах сучасного міста характерним є обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез. Серед всіх повторно вагітних (1879 осіб) один самовільний викидень в анамнезі був у 21,6% жінок, два і більше - у 3,7%. Більше половини (51,4%) повторно вагітних на момент настання вагітності мали в анамнезі штучні аборти: 33,4% від за-

гальної кількості повторно вагітних - один штучний аборт, 12% - два, і 6% - три та більше штучних абортів. Гінекологічні захворювання в анамнезі наявні у 39,9% вагітних. Безпліддя зареєстровано в анамнезі у 2,1% від загальної кількості вагітних.

При дослідженні віку початку статевого життя виявлено, що більшість жінок починають його у віці від 15 до 19 років (60,1%). У 37,7% жінок початок статевого життя припав на вік від 20 до 29 років, 1,3% розпочали статеве життя у підлітковому віці (до 15 років), і 0,9% - у віці понад 30 років.

Для вагітних, які проживають в місті, характерною є висока ураженість акушерською патологією. Так, 3,9% жінок перенесли ранній токсикоз вагітних. У 40,8% вагітних діагностовано не виношування вагітності. У 26,5% вагітних діагностовано різні стадії пізнього гестозу. Таким чином, показники поширеності невиношування вагітності та пізнього гестозу вагітних в умовах міста, є надзвичайно високими.

Для жінок, які мешкають в місті, типовими виявились також високі показники ураженості соматичною патологією. Найбільшу питому вагу серед соматичної патології займає анемія вагітних, яку діагностовано у 66,1% обстежених. Ураження нирок наявне у 12,7% вагітних, неспецифічні інфекційні захворювання у 10,7%, міопія різного ступеню - у 7,8%, ендокринна патологія - у 7,5%. Ожиріння діагностовано у 6% вагітних, нейроциркуляторна дистонія (переважно гіпертонічної форми) - у 5,4%, варикозна хвороба - у 4,6%. На артеріальну гіпертензію хворіло 3,3% вагітних, захворювання шлунково-кишкового тракту - 2,7%, токсоплазмоз - 2,6%, захворювання серцево-судинної системи зареєстровано у 2,5%, ревматизм - у 1,9%, вади серця - у 1,4%, сифіліс - у 0,3% вагітних. Високою є ураженість гельмінтозами - 5,8%, що свідчить про недостатній рівень санітарної культури.

Таким чином, для вагітних, які проживають в місті, типовими є молодий вік, шлюбна вагітність, низький освітній ценз, малодітність і низька плідність, високий рівень зайнятості на виробництві, обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез, високі показники ураженості акушерською та супутньою соматичною патологією.

Література

1. Веропотвелян П.М., Стрелкова С.О., Веропотвелян М.П., Іонова Л.О., Півнева Н.В., Кроча В.М., Бабашинська І.В. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок, які не перебувають у шлюбі. - Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1994. - № 4. - с. 60-63.
2. Гуцуляк Р.В., Ясинський Ц.В. Чинники ризику та система прогнозування акушерської патології на селі // Лікарська справа. - 1998. - № 2. - с. 161-166.
3. Пірожков С.І., Лакіза-Сачук Н.М., Запатріна І.В. Україна в демографічному вимірі: минуле, сучасне, майбутнє. - К.: НІСД, 1995. - 66 с.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ГОРОДА

Белов АА. (Винница)

Изучены особенности социально-медицинского статуса, способа жизни и распространенности акушерской и сопутствующей патологии у беременных женщин в городских условиях. Методом стандартизованного клинического интервью, дополненного изучением медицинской документации, исследовано 3876 беременных. Выявлено, что для беременных в условиях города характерны молодой возраст, брачная беременность, невысокий образовательный ценз, малодетность и низкая плодовитость, высокий уровень занятости на производстве, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, высокие показатели заболеваемости акушерской и сопутствующей патологией.

SOCIAL - MEDICAL CHARACTERISTIC OF PREGNANT WOMEN, LIVING IN MODERN CITY

Bielov A.A. (Vinnytsa)

The features of the social -medical status, way of life both prevalence of obstetric and accompanying pathology at the pregnant women in urban conditions are investigated. The method of standardized clinical interview complemented by study of the medical , documentation, investigates 3876 pregnant women. It revealed, that for pregnant in conditions of city the high parameters of obstetric and accompanying pathology are characteristic young age, conjugal pregnancy, low educational qualification, and low fertility, high level of employment on manufacture burdened of obstetrical and gynecological anamnesis, high parameters of obstetric and accompanying pathology.

УДК 616.1:617.58-001

О.Б. ЯВОРОВЕНКО (Вінниця)

СПОСІБ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ТРАВМАМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА ЙОГО ВПЛИВ НА СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Український державний НДІ реабілітації інвалідів

Вирішальна роль середовища, соціальних чинників та способу життя в походженні і розповсюдженні так званих "хвороб цивілізації" визнається більшістю соціал-гігієністів. Значення способу життя в розвитку епідемії серцево-судинних захворювань в дійсний час не викликає сумніву. Стає все більш очевидним, що без широкомасштабних профілактичних заходів, спрямованих в першу чергу на оздоровлення способу життя, зупинити цю епідемію не вдасться [2].

Успіхи в області первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань, пов'язаних з атеросклерозом, досягнуті в розвинутих країнах за останні десятиріччя, дозволяють роз-

повсюдити цей досвід на різні групи високого ризику. Однією з груп високого ризику, на думку деяких авторів, є хворі з наслідками травм нижніх кінцівок в зв'язку тривалою гіпомнезією та хронічним стресовим станом [3]. Після виписки із стаціонару і переведення на інвалідність у них настає етап перебудови життєвого стереотипу, в результаті чого деякі соціальні, побутові, фінансові, сімейні та інші питання можуть мати конфліктне вирішення.

Мета роботи – вивчення впливу змін соціально-економічних умов та способу життя у хворих з наслідками травм нижніх кінцівок на стан їх серцево-судинної діяльності.

Вплив оточуючого середовища на стан серцево-судинної системи 211 чоловіків у віці від 20 до 60 років з найбільш інвалідизуючими наслідками травм нижніх кінцівок (хибними суглобами, дефектами кісток, ампутаційними куксами) вивчався шляхом порівняння соціально-економічних чинників і способу їх життя до та після травми. Дослідження проводилось за допомогою спеціально розробленої статистичної карти. З соціально-гігієнічних чинників були проаналізовані: вікові особливості, освітній ценз, соціальний стан, виробничі чинники, матеріальний стан, житлові умови, сімейний стан, характер фізичної активності, організація дозвілля, особливості харчування, шкідливі звички, спадковість, зміни ваги тіла.

Біоелектрична активність серця була досліджена методом електрокардіографії за загальноприйнятою методикою у 12 відведеннях. Ступінь вираженості змін ЕКГ оцінювалася за такими градаціями: норма, помірні, виражені та значно виражені зміни ЕКГ.

Статистична обробка результатів дослідження проводилася на персональному комп'ютері IBM PC AT Pentium з використанням програми обробки баз даних Microsoft Excel.

Після травми значна кількість хворих, які мали професії, пов'язані з фізичним навантаженням, стали пенсіонерами по інвалідності (кількість хворих, що працювали в колгоспі та робітниками на виробництві, зменшилась відповідно в 3,2 та 3,5 рази; $p < 0,01$). Хворі, які працювали в службовій сфері, у половині випадків змогли продовжувати працювати за своєю професією після отриманої травми. На момент травми початкову освіту мали 14,7% хворих, середню загальну – 54,9%, середню спеціальну – 21,3%, вищу – 9,1% хворих. Ці співвідношення суттєво не змінилися після травми.

Частка осіб, що займалися фізичною працею до травми, зменшилась з 66,4% до 9,9% - після травми; змішаною – з 22,8% до 8,1% відповідно, в той час, як частка осіб розумової праці практично не змінилась ($p < 0,01$). Питома вага осіб з тривалістю сидячої роботи до 3 год. в день, зменшилась з 57,4% до 8,5%, з тривалістю до 5 год. в день – з 28,9% до 8,5%, 5 год. та більше – з 13,3% до 10,4%. Відсоток осіб, що пересувались до місця роботи пішки, зменшився з 56,4% до 7,6%, громадським транспортом – з 40,3% до 15,2%, осіб, що пересувались за допомогою власного транспорту, навпаки, дещо збільшився – з 2,8% до 4,2% ($p < 0,01$). Зміни соціального статусу, характеру праці призвели до погіршення та незадоволеності хворими своїм матеріальним становищем – з 13,2% до травми до 54,5% - після травми ($p < 0,01$).

За після травматичний період достовірно не змінилися житлові умови обстежених. Спостерігалась тенденція до зменшення питомої ваги осіб, задоволених житловими умовами, що пояснювалось побутовими складнощами, відсутністю спеціальних пристроїв, необхідних для оптимізації енерговитрат інвалідів при самообслуговуванні.

Виявлені вагомні зміни рухової активності хворих в побуті та дозвіллі. Так, якщо до травми 56,3% опитаних чоловіків займалися домашньою роботою 3 та більше годин, 33,3% - 1-3 годин, 10,4% - до 1 годин, то після травми питома вага цих осіб складала відповідно 22,9%, 25,0% та 33,3%, а 18,8% - не займалися домашньою роботою взагалі. Зменшилась частка осіб, які займалися спортом (з 31,2% до 8,3%), регулярними гімнастичними вправами (з 29,2% до 14,6%), які застосовували водні процедури з метою загартування (з 50,0% до 18,8%). Скоротився час перебування хворих на свіжому повітрі. Натомість збільшився час перегляду телепередач та нічного сну. Проте, якість сну стала гіршою: спокійний сон мали лише 45,8% обстежених (проти 89,6% до травми); 4,2% хворих скаржились на безсоння.

В після травматичний період спостерігалась тенденція до збільшення кількості розлучень в сім'ях травмованих. Так, в 2 рази (з 6,6% до 12,8%) збільшилась питома вага хворих, які розлучились після травми, що є доволі значущим стресогенним фактором і впливає на зміни серцево-судинної системи. Кількість чоловіків, що не були одружені, зменшилась в 1,5 рази. Питома вага осіб, що мешкали самотньо, збільшилась з 7,6% до 11,9%; тих, що проживали з дружиною - зменшилась з 20,4% до 18,0%; з сім'єю - збільшилась з 49,3% до 52,6%. Зросла частка чоловіків, які не були задоволені взаєминами в сім'ї (з 7,6% - до травми, до 18,0% - після травми) та статевим життям (з 4,2% до 16,7% - відповідно) ($p < 0,01$).

Суттєво вплинула травма на взаємини з друзями: питома вага тих, хто був задоволений цими стосунками, зменшилась з 85,4% до 64,6%; частково задоволеними були 14,6% та 31,3% відповідно; незадоволеними - 4,1% (до травми таких осіб не було взагалі).

Вищенаведені фактори обумовили те, що майже втричі зросла кількість хворих, які мали суїцидальні думки (з 10,4 до 29,2%). Спостерігалась тенденція до збільшення відсотка хворих, які мали чи набули шкідливі звички (паління, споживання алкоголю, міцної кави або чаю), або тих, у яких звички, що існували до травми, стали більш інтенсивними. Так, відсоток хворих, які зловживали алкоголем, збільшився з 15,6% до

27,4%; хворих, які палили - з 66,4% до 69,7%. Це свідчило про прагнення компенсувати втрачену в процесі після травматичної перебудови життєвого стереотипу рівновагу, зробити конфлікт більш терпимим. Для більшості осіб, що зловживали алкоголем і палінням, був характерним порівняно низький рівень освіти та культури.

Достовірно погіршилась також якість харчування хворих.

З аналізу впливу соціально-економічних чинників на ступінь вираженості змін ЕКГ випливає, що найбільший відсоток нормальних ЕКГ відзначався у службовців (77,8% проти 51,7%, 52,8% та 64,1% - у робітників, колгоспників та непрацюючих відповідно). Аналіз освітнього цензу обстежених чоловіків свідчить про найбільшу частку хворих з патологічним ураженням ЕКГ в групі осіб з початковою освітою (45,2%) і найменшу - в групі осіб з вищою освітою (10,5%) ($p < 0,01$). Дані інших груп займали проміжні місця. Це спостереження підтверджує дані інших дослідників про те, що захворюваність та смертність від серцево-судинних захворювань збільшується пропорційно погіршенню соціально-економічних умов життя певних верств населення [1].

Серед соціальних умов, що викликають серцево-судинні захворювання, на перше місце висуваються побутові чинники. Найменша питома вага обстежених з нормальними та помірно зміненими ЕКГ була в групі розлучених (48,1% проти 61,8% - серед одружених, 60,0% - серед вдівців та 76,5% - серед тих, що ніколи не були одружені). Найбільша частка значно виражених патологічних змін ЕКГ була у тих хворих, які проживали разом з дружиною (47,4%) проти інших категорій, де патологічні відхилення спостерігались у хворих від 30,0% до 36,0%. Спостерігалось закономірне зниження питомої ваги нормальних та помірно змінених ЕКГ в ряду від хворих, які не мали дітей до хворих, які мали 3-х та більше дітей. Задоволеність взаєминами в сім'ї також суттєво впливала на вираженість змін ЕКГ. Відсоток нормальних ЕКГ складав при задоволеності взаєминами в сім'ї 70,2%; при частковій задоволеності - 54,8%, при незадоволеності - 44,7%.

Найбільший відсоток нормальних ЕКГ був серед осіб, що були задоволені житловими умовами (70,0% проти 62,6% - серед осіб, що були задоволені частково та 51,9% - серед осіб, що не були задоволені житловими умовами взагалі) ($p < 0,05$).

Деякі фактори виробничої сфери можуть несприятливо впливати на стан серцево-судинної діяльності. Найбільша питома вага осіб з нормальними та легко зміненими ЕКГ була серед

чоловіків, що займалися розумовою працею (68,4%), найменша - серед чоловіків із змішаним характером праці (35,3%); серед непрацюючих складала 67,5%; серед чоловіків, що займалися фізичною працею - 42,9% ($p < 0,05$). Найбільшу частку чоловіків з нормальними ЕКГ склали особи, що пересувались до роботи власним автомобілем (66,7% проти 67,5% - у непрацюючих взагалі, 46,9% - що пересувались за допомогою громадського транспорту; 43,8% - тих, хто пересувався пішки) ($p < 0,05$).

Серед причин, що призводять до порушення стану серцево-судинної діяльності, далеко не останнє місце займають хронічні побутові інтоксикації. Хронічне споживання спиртних напоїв та паління знижують опірність організму (і в першу чергу, серцево-судинної системи) до впливу різних шкідливих агентів зовнішнього середовища. Виявлено, що особи, які набули, або у яких поглибились шкідливі звички, мали більший ризик виникнення серцево-судинних порушень. Так, питома вага хворих з нормальними або помірними змінами ЕКГ закономірно зменшувалась в ряду від осіб, що не вживали алкоголю, до тих, хто зловживав спиртним (від 70,0 до 51,7%) ($p < 0,05$). Аналогічна закономірність спостерігалась і для паління.

Одним з найважливіших чинників способу життя, що зберігає здоров'я і сприяє його зміцненню, є правильно організоване раціональне харчування. Порушення харчування, зріст споживання вуглеводів та жирів в їжу веде до гіперхолестеринемії, що сприяє виникненню захворювань, пов'язаних з атеросклерозом. Тому при надмірному харчуванні реєструвалось лише 51,7% осіб з нормальними ЕКГ, тоді як при помірному їх було 70,8%, при недостатньому - 59,2% ($p < 0,05$). Серед тих, хто набрав вагу тіла після травми, лише у 54,9% хворих була нормальна ЕКГ, тоді, як серед тих, у кого вага тіла не змінилася, їх було 66,7%, серед тих, хто втратив вагу - 66,3%.

Соціальні чинники і чинники середовища діють не ізольовано, а в поєднанні з біологічними (в тому числі спадковими) факторами, що обумовлює залежність захворюваності людини як від середовища, в якому вона перебуває, так і від генотипу і біологічних законів його розвитку [4].

Обтяженість сімейного анамнезу серцево-судинними захворюваннями суттєво впливала на вираженість змін ЕКГ. Так, серед осіб, що мали в анамнезі наявність серцево-судинних захворювань у кровних родичів, нормальні ЕКГ спостерігались лише у половини опитаних, в той час, як серед тих, хто не мав обтяженої спадковості - 65,1% ($p < 0,05$).

Як показало визначення адитивного c^2 , найважливішим із соціальних чинників за своїм впли-

вом на стан серцево-судинної системи були вікові особливості. Саме ця група чинників посіла перше рангове місце. На другому ранговому місці стоять шкідливі звички та особливості харчуван-

ня, на третьому – освітній ценз та соціальний стан. Четверте місце зайняла спадковість, п'яте – сімейні відносини, шосте поділили житлові умови та виробничі чинники (рис. 1).

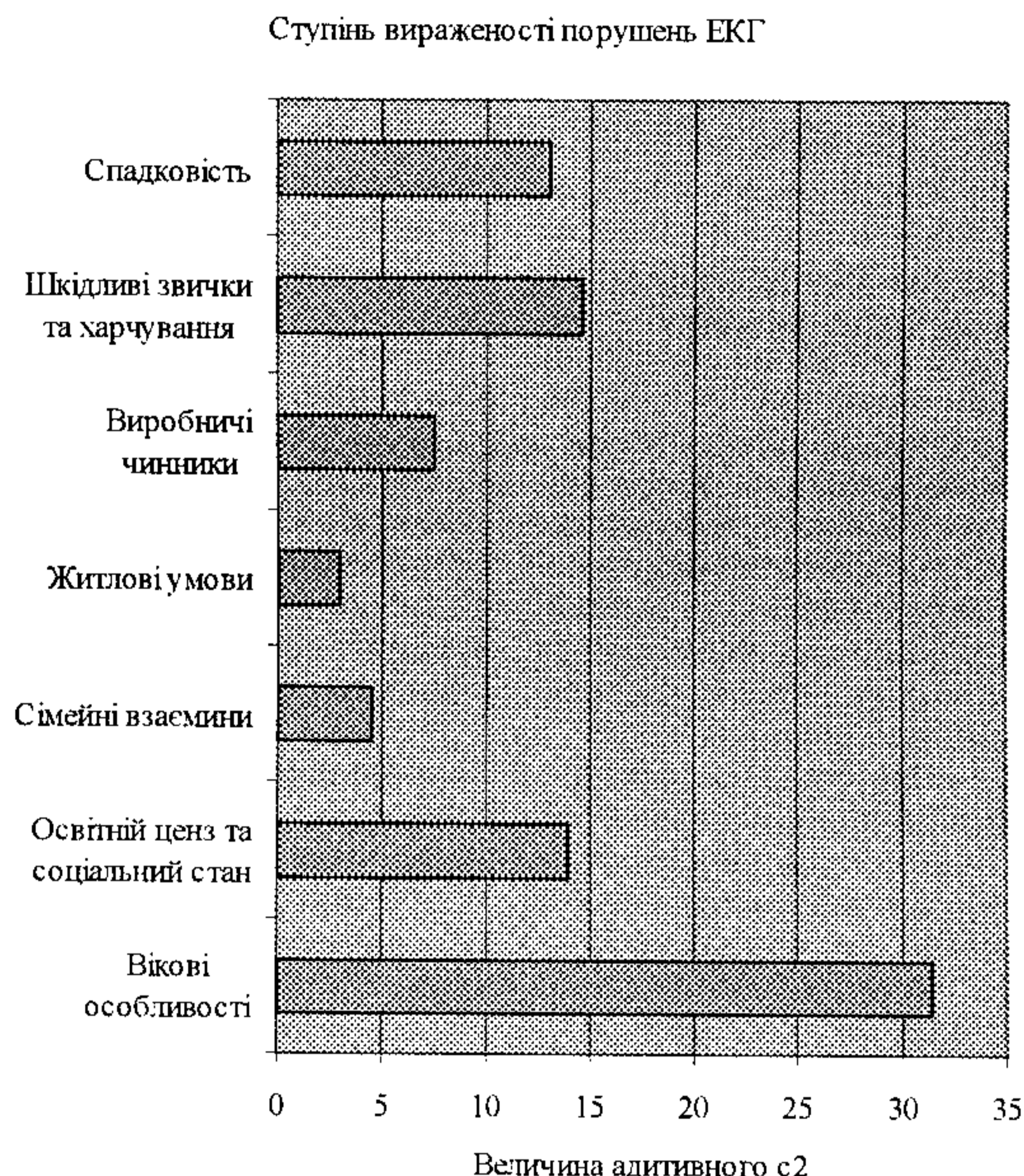


Рисунок 1. Вплив соціально-економічних чинників та способу життя на стан серцево-судинної діяльності у хворих з травмами нижніх кінцівок (адитивний с²)

Висновок

Усе вищевикладене свідчить про те, що при проведенні лікувальної і профілактичної роботи серед хворих з травмами нижніх кінцівок необхідно враховувати не тільки традиційні фактори ризику серцево-судинних захворювань, але і соціально-гігієнічні характеристики даної групи населення. Формування установки на здоровий спосіб життя і зниження таким чином частки внеску основних чинників ризику в розвиток серцево-судинної патології потребує зусиль державних і громадських організацій, медичних працівників і самого населення. Надання належної уваги цим питанням дозволить підвищити ефективність таких заходів та знизити витрати на їх проведення.

Література

1. Лукьяненко П.И. Здоровый образ жизни – важнейшее направление работы профилактической кардиологии / *Здравоохран. Рос. Федерации.* – 1995. – № 2. – С.27-30.
2. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике // *Кардиология.* – 1999. – № 2. – С.4-10.
3. Особенности липидной транспортной системы крови у инвалидов с утраченными нижними конечностями / Казначеев Л.Н., Перова Н.В., Олферьев А.М. и др. // *Тер. архив.* – 1997. – Т. 69, № 1. – С. 62-65.
4. Сидоренко Г.И., Кутепов Е.Н. Роль социально-гигиенических факторов в развитии заболеваний среди населения // *Гигиена и санитария.* – 1997. – № 1. – С. 3-6.

ОБРАЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

О.Б. Яворовенко (Винница)

Изучены социально-экономический статус и образ жизни больных с травмами нижних конечностей и их влияние на состояние сердечно-сосудистой деятельности. По результатам проведенного исследования факторы, влияющие на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, по силе влияния располагались в следующем порядке: возрастные особенности, вредные привычки, особенности питания, образовательный ценз и социальное положение, наследственность, семейные отношения, жильё и производственные факторы.

THE LIFE STYLE OF PATIENTS WITH INJURIES OF LOW EXTREMITIES AND ITS INFLUENCE ON STATUS OF CARDIO-VASCULAR ACTIVITY

O.B.Yavorovenko (Vinnytsa)

The social-economic status and the life style of patients with injuries of low extremities and its influence on status of cardio-vascular activity were studied. The results of the study permitted to dispose the factors influence on development of cardio-vascular diseases (according strength of influence) in the following way: age peculiarities, harmful habits, peculiarities of nourishment, level of education and social status, heredity, family relations, living conditions and industrial factors.

УДК 159.922.2:613.8-053.2(477.8)

Н.А. БУНЯК

СОЦІАЛЬНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ

Тернопільський державний технічний університет імені Івана Пулюя

Соціальний розвиток окремих країн, регіонів, міст характеризується такими показниками рівня життя, як умови харчування, проживання, охорона здоров'я, освіти, відпочинку і т.д. Перші три показники визначають основні фізичні потреби людини, решта – основні культурні.

Показники рівня життя дітей дошкільного віку Західного регіону України було визначено на основі соціологічного опитування батьків та даних офіційної статистики.

Опитувальний лист містив 32 запитання, які характеризували рівень життя дітей в напрямку соціальної та психологічної характеристики.

Аналіз анкетування батьків, чиї діти відвідували дошкільні заклади м. Тернополя показав, що в обстеженні взяло участь 1897 сімей.

Дані анкетного опитування свідчать про те, що популяція складається із малочисельних сімей. Виявлено, що на $98.2 \pm 0.09\%$ сім'ї складаються із 3-4 осіб: це мати, батько і одна, рідше - двоє дітей, а то і бабуся чи дідусь. І тільки $1.8 \pm 0.09\%$ сімей мають чисельний склад в кількості 5 осіб і більше.

Дані офіційної статистики свідчать, що тип вікової структури населення близький до стаціонарного – на долю дітей припадало 22,67% на-

селення, батьків – 59,13%, прабабків – 18,12%. Основною причиною цього є зниження народжуваності, що викликане багатьма факторами такими, як економічна криза в Україні та щоденне зниження життєвого рівня населення.

Переважає більшість сімей (93,04±0,34%) є повними, тобто складаються із батька, матері та дітей. Лише 6,96±0,34% сімей не мають одного із годувальників, як правило батька.

Житлові умови сім'ї, перш за все, характеризуються показниками забезпеченості населення житлом. Комфортні умови проживання багато чим визначаються типом квартири і характером її заселення. В соціальному плані важливим показником є суб'єктивна оцінка житлових умов населенням.

Опитування матерів дозволили встановити наступне: переважна більшість (74,1±1,02%) сімей проживає в окремій квартирі, 6,28±0,31% – в гуртожитку. Не дивлячись на те, що 74,1±1,02% опитаних проживає в окремій квартирі, більшість матерів (52,1±1,32%) не задоволені умовами проживання своєї дитини.

Оцінка ризику для здоров'я проводилася за окремими чинниками, які мають відомий негативний вплив на стан здоров'я, а саме: вживання тютюну та алкоголю, нераціональне харчування, рівень освіти та вік батьків, якою за рахунком народилася дитина, наслідок пологів і інше.

Встановлено, що на долю жінок-матерів із вищою і незакінченою вищою освітою на момент народження дитини припадало 61,5±1,26%, батьків – 55,75±1,31%. Із середньою спеціальною освітою, відповідно, 20,31±0,32% і 17,29±0,87%. Загальну середню освіту мали 17,12±0,87% матерів та 23,35±0,97% батьків, а початкову освіту, відповідно, 1,07±0,24% і 3,61±0,43% опитаних.

Епізодичне вживання тютюну характерне для 28,0±1,03% матерів та 66,4±1,09% батьків., постійне – для 5,07±0,5% батьків. 42,01±1,14% матерів та 19,2±0,9% батьків зовсім не вживає алкогольних напоїв, епізодично вживає 56,79±1,14% батьків, а відносно часто (2-3 рази на тиждень і частіше) – 1,21±0,35% матерів і 24,3±0,99% батьків.

Трохи більше половини матерів (51,4±1,14%) народили своїх дітей в репродуктивно сприятливому віці: до 30 років, а 48,6±1,15% – у старшому віці. Аналізуючи порядковість народження

дитини виявили, що 52,4±1,15% дітей народилися першими, 44,7±1,14% – другими і лише 2,9±0,38% – третіми.

У 99,25±0,20% породіль наслідок пологів був сприятливим і закінчився народженням здорової дитини, 0,26±0,12% дітей народилися недоношеними, у 0,16±0,09% матерів пологи були ускладненими.

Дані офіційної державної статистики свідчать про погіршення харчування населення за останні роки. Причому, вживання м'яса і птиці знизилася на 81,86%, ковбасних виробів – на 70,2%, риби і рибних продуктів – на 93,12%, масла тваринного – на 72,3%, цукру – на 92,4%, яєць – на 13,67%. Таке різке зниження споживання населенням харчових продуктів пов'язане, очевидно, з тим, що територія, на якій проводилося дослідження є сільськогосподарською. Тому харчові продукти мало закупляються через роздрібну торгівлю, включаючи державну і комерційну. Проте, цілком очевидно, що значно знизилася і споживання харчових продуктів.

Різко знизилася споживання м'яса та птиці. Білкова їжа тваринного походження в раціоні жителів поступово замінюється їжею рослинного походження, яка багата вуглеводами, що порушує збалансованість харчування.

Анкетне опитування показало, що значна частина матерів, діти яких охоплені спостереженням, незадоволені умовами харчування своєї дитини. 48,0±1,14% матерів оцінили харчування своєї дитини протягом всього життя як недостатньо хороше чи незадовільне, а 31,4±1,07% опитаних матерів вказали, що діти нерегулярно вживають молоко і молочні продукти, 32,8±1,08% – м'ясо і м'ясні продукти, 28,7±1,04% овочі і фрукти. Іншими словами, в організм 2,9±1,05% – 33±1,08% дітей нерегулярно поступають повноцінні білки, вітаміни, мікроелементи.

В формуванні стану здоров'я дитини велике значення має період новонародженості і, особливо, умови харчування дитини до року. Найбільш повноцінним, як відомо, є годування дитини материнським молоком після народження.

Виявлено, що 9,6±0,88% матерів взагалі не годували своїх дітей материнським молоком, 24,7±0,99% годували своїх новонароджених дітей до трьох місяців, 7,4±0,6% – до шести місяців, 20,9±0,94% – до року, 7,4±0,6% – інший термін.

Висновки

1. Тип вікової структури населення є близьким до стаціонарного, тобто покоління дуже повільно відновлюється.
2. Більшість опитаних не задоволені умовами проживання.
3. Відмічається різке зниження споживання населенням харчових продуктів.
4. Серед значної частини батьків поширені шкідливі звички – паління тютюну і вживання алкоголю.

СОЦИАЛЬНАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЗАПАДНОГО РЕГИОНА УКРАИНЫ

Н.А.Буняк (Тернополь)

Для определения социальной и психологической характеристики показателей уровня жизни детей дошкольного возраста Западного региона Украины нами проведено социологическое исследование родителей и изучены данные центрального статистического управления.

Результаты исследования показали, что тип возрастной структуры населения близок к стационарному, то есть поколение восстанавливается очень медленно, большинство респондентов недовольны условиями проживания. Отмечается снижение употребления населением пищевых продуктов. Значительная часть родителей имеет вредные привычки – курение, употребление алкоголя.

THE SOCIAL, PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF LIVING LEVEL INDICES OF PRESCHOOL AGE CHILDREN IN WESTERN REGION OF UKRAINE

N.A.Bunyak (Ternopil)

For definition of the social and psychological characteristic of living level indices of preschool age children in Western region of Ukraine we conduct sociological research of the parents and the data of central statistical control are studied.

The outcomes of research have shown, that the type of age frame of the population is close to fixed, that is the generation is restored very slowly, the majority of the respondents are not satisfied with living conditions. The decrease of consumption by the population of food is marked. The significant part of the parents has harmful habits: smoking, use of alcohol.

В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.І. ПОЛЬЧЕНКО, О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ (Київ)

ПРО ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

Український інститут громадського здоров'я

Медико-санітарна допомога сільському населенню забезпечується в Україні за єдиними для всього населення принципами, викладеними в Конституції України, Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України "Про забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення", а також Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженій Указом Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000 [7]. Проте в організації медико-санітарної допомоги сільському населенню існують досить суттєві особливості, які потребують уважного розгляду і врахування під час аналізу її сучасного стану, а також розробки стратегії та програм її подальшого розвитку, особливо в умовах реформування системи охорони здоров'я.

На перший погляд зазначені питання є загальновідомими і не потребують нагадування. Проте інформаційне забезпечення аналітичних і прогностичних робіт у цьому напрямку, яке здебільшого ґрунтується на матеріалах статистичної звітності, свідчить про зворотне, а саме – про недостатню відповідність цих матеріалів вимогам, що відображають особливості медико-санітарної допомоги сільському населенню, насамперед, на первинному її рівні. Не можна також вважати повними і систематизованими дані про зазначені особливості, що містять сучасні фундаментальні та періодичні публікації з питань організації медичної допомоги сільському населенню. Залишається невизначеним (з 1938 р.) поняття про сільську лікарську дільницю (її значущість та особливості), а також недостатньою інформація та підходи до оцінки її стану і перспектив розвитку.

Відсутність таких визначень стає нерідко підґрунтям для спрощеного підходу до проблем розвитку мережі медичних закладів у сільській місцевості, поширення на сільську місцевість вимог щодо організації медичної допомоги, властивих містам. Прикладом цього можуть бути вимоги до спеціалізації ліжок у сільських дільничних лікарнях, завдяки яким у складі цих лікарень в Україні наприкінці 1975 р., окрім загальних і терапевтичних ліжок, були

кардіоревматологічні, фізіотерапевтичні, інфекційні, хірургічні, травматологічні, для вагітних і породіль, гінекологічні, фтизіатричні, неврологічні, психіатричні, офтальмологічні, отоларингологічні, дерматовенерологічні та педіатричні ліжка [3]. З огляду на дещо невелику потужність сільських дільничних лікарень та їх особливе призначення для надання сільському населенню як амбулаторної, так і стаціонарної медичної допомоги тільки в обсягах первинного рівня, зазначені вище вимоги виглядають зараз недоречними та безперспективними. Здається що і перетворення сільських дільничних лікарень на лікарські амбулаторії – не досить виправданий наслідок такого спрощеного підходу.

Мета статті полягає в тому, щоб визначити у формалізованому трактуванні основні особливості організації медико-санітарної допомоги сільському населенню і тим самим сприяти відповідній орієнтації заходів охорони здоров'я на врахування цих особливостей та більш адекватне і цільове вирішення існуючих на селі проблем. Сутність зазначених проблем має переважно загальний характер, пов'язаний з умовами організації медико-санітарної допомоги сільському населенню. Серед них найголовнішими є такі:

- низька густина і компактність розселення сільського населення на адміністративних територіях;
- недостатня розвиненість сільськогосподарського виробництва та соціально-економічної інфраструктури села порівняно з промисловим виробництвом та інфраструктурою міст, яка недостатньо враховує потреби охорони здоров'я на селі [1];
- значно вищий, ніж у містах, рівень демографічного постаріння сільського населення, що зумовлює більший у 1,5 раза прошарок непрацездатного населення на селі. Особливо зросла кількість і питома вага тих, хто потребує опіки суспільства [1, 2].

На цьому загальнодемографічному і соціально-економічному тлі сучасних особливостей села вдалося виділити для аналізу такі особливості організації медико-санітарної допомоги сільському населенню:

В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.І. ПОЛЬЧЕНКО, О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ (Київ)

ПРО ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

Український інститут громадського здоров'я

Медико-санітарна допомога сільському населенню забезпечується в Україні за єдиними для всього населення принципами, викладеними в Конституції України, Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України "Про забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення", а також Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженій Указом Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000 [7]. Проте в організації медико-санітарної допомоги сільському населенню існують досить суттєві особливості, які потребують уважного розгляду і врахування під час аналізу її сучасного стану, а також розробки стратегії та програм її подальшого розвитку, особливо в умовах реформування системи охорони здоров'я.

На перший погляд зазначені питання є загальновідомими і не потребують нагадування. Проте інформаційне забезпечення аналітичних і прогностичних робіт у цьому напрямку, яке здебільшого ґрунтується на матеріалах статистичної звітності, свідчить про зворотне, а саме – про недостатню відповідність цих матеріалів вимогам, що відображають особливості медико-санітарної допомоги сільському населенню, насамперед, на первинному її рівні. Не можна також вважати повними і систематизованими дані про зазначені особливості, що містять сучасні фундаментальні та періодичні публікації з питань організації медичної допомоги сільському населенню. Залишається невизначеним (з 1938 р.) поняття про сільську лікарську дільницю (її значущість та особливості), а також недостатньою інформація та підходи до оцінки її стану і перспектив розвитку.

Відсутність таких визначень стає нерідко підґрунтям для спрощеного підходу до проблем розвитку мережі медичних закладів у сільській місцевості, поширення на сільську місцевість вимог щодо організації медичної допомоги, властивих містам. Прикладом цього можуть бути вимоги до спеціалізації ліжок у сільських дільничних лікарнях, завдяки яким у складі цих лікарень в Україні наприкінці 1975 р., окрім загальних і терапевтичних ліжок, були

кардіоревматологічні, фізіотерапевтичні, інфекційні, хірургічні, травматологічні, для вагітних і породіль, гінекологічні, фтизіатричні, неврологічні, психіатричні, офтальмологічні, отоларингологічні, дерматовенерологічні та педіатричні ліжка [3]. З огляду на дещо невелику потужність сільських дільничних лікарень та їх особливе призначення для надання сільському населенню як амбулаторної, так і стаціонарної медичної допомоги тільки в обсягах первинного рівня, зазначені вище вимоги виглядають зараз недоречними та безперспективними. Здається що і перетворення сільських дільничних лікарень на лікарські амбулаторії – не досить виправданий наслідок такого спрощеного підходу.

Мета статті полягає в тому, щоб визначити у формалізованому трактуванні основні особливості організації медико-санітарної допомоги сільському населенню і тим самим сприяти відповідній орієнтації заходів охорони здоров'я на врахування цих особливостей та більш адекватне і цільове вирішення існуючих на селі проблем. Сутність зазначених проблем має переважно загальний характер, пов'язаний з умовами організації медико-санітарної допомоги сільському населенню. Серед них найголовнішими є такі:

- низька густина і компактність розселення сільського населення на адміністративних територіях;
- недостатня розвиненість сільськогосподарського виробництва та соціально-економічної інфраструктури села порівняно з промисловим виробництвом та інфраструктурою міст, яка недостатньо враховує потреби охорони здоров'я на селі [1];
- значно вищий, ніж у містах, рівень демографічного постаріння сільського населення, що зумовлює більший у 1,5 раза прошарок непрацездатного населення на селі. Особливо зросла кількість і питома вага тих, хто потребує опіки суспільства [1, 2].

На цьому загальнодемографічному і соціально-економічному тлі сучасних особливостей села вдалося виділити для аналізу такі особливості організації медико-санітарної допомоги сільському населенню:

1. Наявність ознак історичного відставання в забезпеченні сільського населення якісно рівноцінними з мешканцями міст обсягами медико-санітарної допомоги.

2. Збереження обмежень у просторовій доступності та реалізації принципу вільного вибору медико-санітарної допомоги на всіх (первинному, вторинному (спеціалізованому) і третинному – високоспеціалізованому) ієрархічних рівнях її надання сільському населенню.

3. Існування в сільській місцевості, на відміну від міст, окремої, розгалуженої мережі дільничних закладів (самостійних лікарських амбулаторій, лікарень, фельдшерсько-акушерських пунктів), які мають забезпечувати самодостатність усіх основних форм первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), характерних для національної системи охорони здоров'я.

4. Відмінна від міст якісна структура обсягів ПМСД сільському населенню, що надається лікарями, а у більшості випадків середнім медичним персоналом на самостійному амбулаторному прийомі та вдома.

5. Відсутність чіткої регламентації чисельності населення та просторових параметрів сільської лікарської дільниці – основних умов організації надання ПМСД.

6. Орієнтація сільської лікарської дільниці і дільничних закладів на забезпечення медичною допомогою первинного рівня не тільки мешканців населеного пункту, в якому розташований медичний заклад (як у містах), але й значною мірою населення інших сіл, приписаних до цього закладу (дільничного або районного рівня), що створює умови, за яких понад 80% сільського населення звертається по лікарську допомогу не за місцем свого проживання, а в інші населені пункти.

7. Нерівноцінність обсягів і якісної структури медичної допомоги, яка надається сільському населенню, що мешкає в пунктах дислокації закладів ПМСД порівняно з іншими населеними пунктами на території діяльності цих закладів.

8. Наявність в організаційній структурі сільських дільничних закладів ПМСД стаціонарів з цілодобовим і денним перебуванням хворих, які використовуються, головним чином, у разі загострення хронічних хвороб і реабілітації після лікування в спеціалізованих стаціонарах.

Одним із основних базових елементів організації медико-санітарної допомоги сільському населенню на первинному рівні є сільська лікарська дільниця (СЛД), яка розрахована в середньому на 4,6 тис. населення (близько 8 населених пунктів) при геометричному радіусі медичного обслуговування 7,2 км.

В окремих регіонах України середня чисельність населення на СЛД становить 6–7 тис. чоловік (пе-

реважно в областях західного регіону), а максимальне значення цього показника на базовому рівні може сягати навіть 8–9 тис. (наприклад на приписаній до Переяслав-Хмельницької ЦРЛ сільській лікарській дільниці).

Середній радіус медичного обслуговування населення СЛД коливається від 2,5 км (АР Крим) до 9,5 км (Луганська, Рівненська, Херсонська області). На базовому рівні максимальне значення цього показника може сягати 12–17 км (наприклад на Хоцьківській і Цибулівській СЛД Переяслав-Хмельницького району).

В Україні налічується всього близько 3,7 тис. сільських лікарських дільниць, з яких 60,8% мають самостійні лікарські амбулаторії, 26,4 – дільничні лікарні з амбулаторіями, а у 12,8% СЛД немає лікарських дільничних закладів і вони приписані до центральних районних лікарень. На кожну СЛД припадає в середньому 4–5 фельдшерсько-акушерських пунктів. Але за рівнем забезпеченості лікарями та лікарняними ліжками сільські лікарські дільниці суттєво (відповідно в 2 і 4 рази) відрізняються між собою. Так, у Волинській, Рівненській і Чернігівській областях на СЛД припадає 3–4 лікаря на 10 000 населення, а в Дніпропетровській і Закарпатській областях – 7–8 лікарів. У дільничних лікарнях Тернопільської і Чернівецької областей 4–5 лікарняних ліжок припадає на 10 000 населення, а в Запорізькій, Київській і Чернігівській областях – 18–19 ліжок.

Різні співвідношення історично склались і в пунктовому розподілі мережі лікарських і фельдшерських закладів на селі. Розрахунки показують, що в 11,4% (з 28,9 тис.) сільських населених пунктів розміщені лікарські заклади, а в 56 – фельдшерсько-акушерські пункти. Майже третина сільських населених пунктів ще й досі не має будь-яких медичних закладів. При цьому в Миколаївській, Полтавській і Чернігівській областях цей показник становить 40%, а в Харківській і Сумській – навіть 50% і більше. Суттєві міжрегіональні відмінності спостерігаються і в рівнях розвитку мережі фельдшерсько-акушерських пунктів на сільських лікарських дільницях.

Різні умови, які склалися зараз на сільських лікарських дільницях стосовно забезпечення сільського населення первинною медико-санітарною допомогою, не можна пояснити тільки об'єктивними причинами. Штучний, а іноді стихійний характер розвитку цих особливостей свідчить про потребу в упорядкуванні сільських лікарських дільниць та їх регламентації за єдиними методичними принципами та вимогами.

Особливого значення набуває проблема сільської лікарської дільниці у зв'язку з запровадженням в Україні сімейної медицини [5–7]. Сімейна медицина – найбільш приближена і адаптована до медичних проблем сім'ї форма організації інтегрованої та доступної медико-санітарної

допомоги, яка має представляти на первинному рівні національну систему охорони здоров'я, реалізувати основні її принципи, заходи і технології з діагностики, лікування і профілактики захворювань і реабілітації хворих на засадах і в обсязі загальної лікарської практики.

Оцінюючи з зазначених позицій перспективи розвитку ПМСД на селі, слід звернути увагу на потребу розукрупнення сільських лікарських дільниць – основи і головної умови наближення лікарської допомоги до сільського населення, заміни фельдшерської допомоги лікарською. Вирішення цих питань стає таким чином однією з основних передумов переходу до сімейної медицини. Упорядкування сільських лікарських дільниць на цій основі могло б стати важливим стратегічним напрямом і елементом удосконалення та розвитку всієї інфраструктури медичної допомоги на селі.

Мотивація необхідності такого комплексного підходу до розвитку ПМСД на селі впливає не тільки з особливостей, але й основних показників, що характеризують теперішній стан медичної допомоги сільському населенню.

За відсутності статистичних даних неможливо зараз визначити і проаналізувати загальні рівні та обсяги надання сільському населенню амбулаторно-поліклінічної допомоги лікарями. Проте із звітних даних за 1985 р. відомо, що на кожного сільського мешканця припадало в середньому по Україні 7,7 лікарського відвідування (в тому числі відвідування вдома) проти 14,4 відвідування лікарів міськими жителями. Враховуючи, що загальна кількість лікарів у сільських дільничних закладах за попередній від цього період суттєво не збільшилася, можна очікувати, що це співвідношення в обсягах надання амбулаторної допомоги сільському і міському населенню залишиться таким самим або майже не зміниться. Однакова кількість лікарських звертань у дільничні заклади впродовж 1985 і 1999 р., які склали відповідно в середньому 2 і 2,4 звертання на одного сільського мешканця, вказує на вірогідність того, що сільське населення в 30–32% випадків отримує лікарську амбулаторну допомогу і допомогу вдома безпосередньо на сільській лікарській дільниці, а в 68–70% випадків – у спеціалізованих медичних закладах вторинного і третинного рівнів.

Отже, зовсім незначна частка первинного рівня надання лікарської амбулаторної допомоги безпосередньо на селі не може вважатися такою, що відповідає сучасним принципам забезпечення її доступності для населення.

Окрім лікарів, амбулаторна допомога сільському населенню в 60% випадків надається на СЛД середнім медичним персоналом під час самостійного прийому, що становить в середньому 3,6 відвідування на одного сільського мешканця. Навіть ураховуючи це, загальний обсяг надання цього виду

медичної допомоги не досягає рівня медичного забезпечення міського мешканця.

Отже, в перспективах розвитку ПМСД на селі необхідно враховувати суттєве відставання в наданні амбулаторної допомоги сільському населенню як за обсягами, так і за її якісним складом, недостатній розвиток цієї допомоги в найдоступніших для сільського населення дільничних закладах первинного рівня та перебільшену роль в цих умовах спеціалізованих медичних закладів на районному і обласному рівнях. Реструктуризація цієї допомоги сільському населенню стає однією з найактуальніших проблем реформування охорони здоров'я [5].

Загальний рівень госпіталізації сільського населення в лікарняні стаціонари становив у 1999 р. 18,2% проти 19,7% міського населення. При цьому 2,3% сільського населення отримувало первинну стаціонарну допомогу в сільських дільничних лікарнях, 12,5 – у лікарняних закладах вторинного рівня (центрально-районних лікарнях, районних лікарнях, диспансерах, інших спеціалізованих закладах сільських адміністративних районів), 3,4% – у лікарняних закладах третинного рівня (обласних лікарнях, обласних дитячих лікарнях, диспансерах, інших високоспеціалізованих клінічних центрах загального призначення).

У зв'язку зі згортанням ліжок у сільських дільничних лікарнях (з 53 тис. у 1991 р. до 16,2 тис. – в 1999) і перетворенням останніх у лікарські амбулаторії кількість госпіталізованих сільських мешканців у них зменшилася в 2,5 раза і становить зараз близько 13% загальної кількості госпіталізованих селян в усі лікарняні стаціонари. Але від цього проблема організації надання стаціонарної допомоги сільському населенню не втратила свого значення і як одна з системних складників первинної медико-санітарної допомоги обумовила об'єктивну необхідність пошуку нових форм і видів її забезпечення [4, 5].

У зв'язку з зазначеним слід зауважити, що впровадження на селі дешевших від лікарняних стаціонарних форм (денних стаціонарів при лікарських амбулаторіях, домашніх стаціонарів) не компенсувало й досі дефіциту, що утворився на первинному рівні внаслідок реорганізації деяких дільничних лікарень. Крім того, на таких сільських лікарських дільницях ускладнилося забезпечення стаціонарною допомогою переважної більшості мешканців непунктових сіл, для яких лікування в умовах відсутності цілодобових ліжок і заміни їх ліжками тільки денного перебування хворих, з огляду на відомі територіальні та демографічні особливості, стало проблематичним і не завжди можливим. Саме цим, а також накопиченням контингентів хронічних хворих можна пояснити доцільність збереження невеликих сільських дільничних лікарень, зорієнтованих на використання відповідних до медичних показань ком-

бінованих форм стаціонарної допомоги як у складі ліжок для денного перебування хворих (головним чином мешканців пунктового села), так і цілодобового перебування (головним чином мешканців позапунктових сіл).

Отже, на підставі розглянутих особливостей організації медико-санітарної допомоги сільському населенню можна дійти висновку щодо необхідності впровадження в Україні типових положень про сільську лікарську дільницю та сільські дільничні заклади охорони здоров'я, а також розробки комплексної цільової програми вдосконалення і розвитку медико-санітарної допомоги сільському населенню. Слід вважати за потрібне, щоб ці заходи охоплювали:

1) визначення основних напрямів подолання відставання рівня надання та якісного складу медико-санітарної допомоги сільському населенню порівняно з міським;

2) розукрупнення сільських лікарських дільниць і наближення лікарської допомоги до сільського

населення;

3) дотримання комплексного підходу до забезпечення сільського населення всіма видами первинної медико-санітарної допомоги згідно з доктриною ВООЗ і Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженою Указом Президента України 07.12.2000;

4) створення організаційних моделей, що забезпечують рівноцінну доступність первинної медико-санітарної допомоги для мешканців сільських населених пунктів з різними територіальними умовами розташування;

5) упорядкування мережі медичних закладів, яке забезпечувало б пріоритетність розвитку первинної медико-санітарної допомоги на селі на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини;

6) приведення інформаційного забезпечення медико-санітарної допомоги сільському населенню у відповідність з особливостями її надання на первинному, вторинному і третинному рівнях.

Список літератури

1. *Богуцкий А.* Социальное развитие села как один из приоритетов аграрной политики // Экономика Украины. – 1997. – № 10. – С. 59–63.
2. *Вержиковская Н.В.* Здоровье и медицинская помощь пожилому сельскому населению Украины // Пробл. старения и долголетия. – 1994, – № 2. – С. 246–259.
3. *Показатели деятельности медицинских учреждений за 1970–1975 годы:* Стат. материалы. – К.: МЗ УССР, 1976. – 372 с.
4. *Польченко В.І.* Системні проблеми первинної медико-санітарної допомоги на селі // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С. 123–125.
5. *Пономаренко В.М., Циборовський О.М., Польченко В.І. та ін.* Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги // Вісн соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 67–73.
6. *Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я* // Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000р. №989.
7. *Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України* // Указ Президента України №1313/2000 від 07.12.2000 р.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ И ПРОБЛЕМАХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

В.М. Пономаренко, В.И. Польченко, О.М. Циборовский (Киев)

Показана необходимость дифференцированного подхода к оценке и решению проблем медико-санитарной помощи сельскому населению Украины. Рассмотрены основные особенности ПМСП, которые при этом необходимо учитывать, перспектива упорядочения и разукрупнения сельских врачебных участков – одного из основных условий приближения врачебной помощи к сельскому населению и ее организации на принципах общей врачебной практики / семейной медицины.

SOME PECULIARITIES AND PROBLEMS OF PRIMARY MEDICAL-SANITARY CARE PROVIDED FOR RURAL POPULATION

V.M. Ponomarenko, V.J. Polchenko, O.M. Tsiborovsky (Kyiv)

The necessity for differentiated approach to the evaluation and solving the problems of medical-sanitary care provided for rural population of Ukraine has been shown. Its principal characteristics to be taken into account have been considered. The perspective for regulating and dividing of rural physician catchment areas is one of the main conditions to bring medical care nearer to rural population and its organization on the principles of general practical medicine/family medicine.

УДК 614.2:616-082

В.М. ПОНОМАРЕНКО, Л.І. ГАЛІЄНКО, М.В. МЕДВЕДОВСЬКА (Київ)

СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СТАЦІОНАРОЗАМІННИХ ФОРМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Український інститут громадського здоров'я

Сучасний етап розвитку вітчизняної охорони здоров'я, як і багатьох зарубіжних країн, характеризується подальшим розширенням мережі та обсягів діяльності стаціонарних форм медичної допомоги і певним зростанням їх ролі у медичному обслуговуванні населення.

Досвід світової медичної практики переконливо показує, що зміщення пріоритетів в охороні здоров'я в бік менш витратних і ефективних з медико-соціальних позицій стаціонарозамінних

форм медичної допомоги, до яких відносяться, зокрема, денні й домашні стаціонари, дозволяє інтенсифікувати не тільки діяльність амбулаторно-поліклінічних закладів, а й роботу стаціонарної служби, скоротити кількість необґрунтованих госпіталізацій, у тому числі й неефективне використання дороговартісного ліжкового фонду [1–11]. Зміни мережі ліжкового фонду та обсягів діяльності цих структурних підрозділів у сфері охорони здоров'я України подано в таблиці.

Таблиця. Динаміка ліжкового фонду й обсягів діяльності денних і домашніх стаціонарів амбулаторно-поліклінічних закладів системи МОЗ України у 1991, 1995, 1999, 2000 рр.

Показники	Денні стаціонари				Домашні стаціонари			
	1991	1995	1999	2000	1991	1995	1999	2000
Кількість закладів, де функціонують стаціонарозамінні форми	746	1142	2767	3331	713	1355	2727	3267
Кількість ліжок денного лікування	8686	13 111	36 311	42 398	–	–	–	–
у тому числі для дітей	887	1298	2851	3416	–	–	–	–
Кількість пролікованих хворих	340 303	478 010	1 047 787	1 266 427	365 526	553 768	1 022 830	1 203 937
у тому числі дітей	20546	32287	74802	94957	–	–	–	–
Рівень госпіталізації на 100 населення	0,65	0,90	2,10	2,6	0,70	1,10	2,05	2,4

Як видно з таблиці, за останні 10 років кількість різнопрофільних денних стаціонарів зросла в 3,7 раза з відповідним збільшенням у 4,5 раза потужності їхнього ліжкового фонду. Загальний ліжковий фонд денних стаціонарів становить нині 42398 ліжок для здійснення в амбулаторно-поліклінічних умовах інтенсивного лікування різних категорій населення, наближеного за обсягом і якістю до стаціонарного. Середній рівень госпіталізації хворих у денні стаціонари збільшився за цей же період в 4 рази і становить 2,6 на 100 жителів. Найактивніше застосовується така організаційна форма в охороні здоров'я Житомирської, Донецької, Кіровоградської та Миколаївської областей, де рівень госпіталізації хворих у

денні стаціонари (6,1; 4,3, 3,8 та 3,3 госпіталізованого на 100 жителів) і рівень забезпеченості населення ліжками денного лікування (16, 12,7, 13,5 та 13,1 ліжка на 10 000 населення) найвищі.

Значного розвитку на сучасному етапі набули й домашні стаціонари. За статистичними даними, ці структурні підрозділи функціонують у складі понад 2700 амбулаторно-поліклінічних закладів і забезпечують окремі категорії дорослого і дитячого населення необхідною лікувально-діагностичною допомогою в домашніх умовах. Таким чином мережа амбулаторно-поліклінічних закладів із розгорнутими на їх базі домашніми стаціонарами збільшилася порівняно з 1991 р. у 4,5 раза.

Найпотужнішу мережу різнопрофільних домашніх стаціонарів створено в складі амбулаторно-поліклінічних закладів Донецької (265), Полтавської (241) і Житомирської (239) областей. Особливо значне збільшення кількості цих організаційних форм за останні роки відбулося в охороні здоров'я Житомирської області (від 5 домашніх стаціонарів у 1993 р. до 239 – у 2000).

Розвиток мережі та ліжкового фонду денних і домашніх стаціонарів супроводжується відповідним збільшенням загальних обсягів стаціонарозамінного лікування, що підтверджує динаміка статистичних показників. У 2000 р. у денних стаціонарах було проліковано 1 266 427 хворих (у 3,7 раза більше, ніж у 1991 р.), домашніх стаціонарах – 1 203 937 хворих (у 3,3 раза більше порівняно з 1991 р.) (рис. 1).

Сьогодні в умовах загальнотерапевтичних, спеціалізованих і багатoproфільних денних і домашніх стаціонарів успішно здійснюється діагностичне обстеження та комплексне лікування різних контингентів населення, в тому числі й осіб старших вікових груп, дітей різного віку,

хворих у післяопераційному періоді та ін. Крім того, в денних стаціонарах забезпечується проведення нескладних і доступних в амбулаторних умовах оперативних втручань [2, 3, 6, 8]. Проте, незважаючи на істотне розширення мережі ліжкового фонду цих організаційних форм, діапазон їх застосування у медичній практиці дещо обмежений. Про це свідчить, зокрема, певна обмеженість переліку медичних показань, з приводу яких хворі на окремі гострі хвороби та хронічні хвороби у фазі загострення направляються на стаціонарозамінне лікування; недостатньо широке використання цих структурних підрозділів; здійснення етапного лікування стаціонарних хворих-рековалесцентів, післяопераційних хворих, осіб зі стійкою стабілізацією патологічного процесу та інших категорій пацієнтів, які не потребують цілодобового перебування в лікарні та постійного нагляду медичного персоналу; недостатньо активне здійснення в умовах денних і домашніх стаціонарів превентивного лікування диспансерних контингентів, а також реабілітаційних і оздоровчих заходів.



Рис. 1. Динаміка обсягів діяльності денних і домашніх стаціонарів амбулаторно-поліклінічних закладів України впродовж 1991–2000 рр.

Недооцінку ролі цих організаційних форм у медичному обслуговуванні населення підтверджує певною мірою збереження досить високих рівнів госпіталізації населення в лікарняні заклади (19,41%), занадто тривалого терміну перебування хворого на ліжку (14,9 дня), недостатньої зайнятості лікарняних ліжок, яка становить 324 дні.

Отже, майже п'ята частина (9557,97 тис. чоловік) населення України продовжує щорічно госпіталізуватись у лікарняні заклади різного типу, перебуваючи на стаціонарному ліжку в середньому 14,9 дня з діапазоном коливань цього показника на регіональному рівні від 12,6 дня в Жито-

мирській до 17,1 дня в Одеській області, хоча не менше третини хворих, що перебувають на стаціонарному лікуванні, можуть, за даними експертних оцінок, переводитися на лікування і долікування в умовах денних і домашніх стаціонарів.

Нині частки обсягів стаціонарної та стаціонарозамінної медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах України дорівнюють відповідно 79,5 та 20,5%, в тому числі 10,5% хворих отримують медичну допомогу в умовах денних, 10% – домашніх стаціонарів. Проте на рівні окремих областей ці співвідношення характеризуються досить широким діапазоном залежно від регіональних медико-демографічних і соці-

ально-економічних особливостей, тенденцій і пріоритетів розвитку охорони здоров'я.

Найоптимальніше співвідношення обсягів стаціонарної та стаціонарозамінної медичної допомоги, як і в минулі роки, зберігається в охороні здоров'я Житомирської області – 73,1% : 26,9%. Таким чином, інтенсивне лікування в умовах денних і домашніх стаціонарів амбулаторно-поліклінічних закладів області отримує більше ніж чверть хворих, що сприяє зниженню потреби населення в лікарняній допомозі та скороченню ресурсних витрат на охорону здоров'я.

Наведені дані свідчать про доцільність подальшого вдосконалення організації та функціонування галузі, активнішого запровадження в медичну практику ресурсозберігальних технологій, розвитку стаціонарозамінних форм медичної допомоги.

Особливо зростає актуальність і економічна доцільність розширення мережі цих організаційних форм на сучасному етапі реформування вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах переорієнтації первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини. Під час переходу до сімейної медицини денні та домашні стаціонари стануть організаційною формою роботи відділень (амбулаторій) загальної лікарської практики (сімейної медицини).

Ефективне здійснення сімейними лікарями якісного і повноцінного стаціонарозамінного лікування закріпленого за ним населення, наближеного за основними показниками до лікарняного, успішне проведення відповідних діагностичних, реабілітаційних та профілактично-оздоровчих заходів потребують оптимального вирішення основних аспектів функціонування і ресурсного забезпечення денних і домашніх стаціонарів на сучасному етапі. Зокрема, переорієнтація первинної ланки на засади сімейної медицини зумовлює потребу перегляду діапазону функціональних завдань цих організаційних форм, розширення діапазону медичних показань, збільшення кількості хворих для проведення стаціонарозамінного лікування в умовах відділень (амбулаторій) сімейних лікарів з урахуванням відповідних змін функціональних обов'язків лікарів загальної практики/сімейних лікарів та перерозподілу обсягів медичного обслуговування між закладами первинного, вторинного і третинного рівнів.

Підвищенню рівня надання стаціонарозамінної медичної допомоги сприятиме вдосконалення ресурсного забезпечення та лікувально-діагностичного потенціалу денних і домашніх стаціонарів, опрацювання та запровадження науково обґрунтованих стандартів медичної допомоги госпіталізованим хворим, критеріїв оцінки якості та ефективності функціонування цих організаційних форм.

Удосконалення діяльності закладів первинної медико-санітарної допомоги на основі розвитку сімейної медицини та стаціонарозамінних форм медичної допомоги забезпечить підґрунтя для подальшої раціоналізації стаціонарної та спеціалізованої служб, функціонально-технологічної реструктуризації лікарень і їхнього ліжкового фонду з виділенням лікарень (відділень) інтенсивного лікування, для лікування хронічних хворих, відновного лікування, медико-соціальної допомоги тощо [1, 4, 7–9, 11].

Лікарняні ліжка, особливо високоспеціалізовані, можна буде використовувати переважно для коротко- і середньотривалої госпіталізації хворих за чітко визначеними медичними показаннями з метою надання лікувально-діагностичної допомоги в разі гострих форм хвороб, невідкладних станів, тяжких загострень хронічних хвороб, хворим, які потребують цілодобового перебування в умовах лікарень, з наступним переведенням після стабілізації їхнього стану на етапне лікування (долікування) і реабілітацію в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів (денні та домашні стаціонари, відділення відновного лікування тощо).

Тривале медичне забезпечення пацієнтів, а також надання в разі потреби медико-соціальної допомоги доцільно здійснювати в лікарнях медико-соціальної допомоги та сестринського нагляду, госпісах або позалікарняних умовах (денних і домашніх стаціонарах).

Отже, подальший розвиток ефективних із медико-соціального та економічного поглядів стаціонарозамінних форм медичної допомоги можна розглядати як найвагомий резерв підвищення якості та ефективності медичного обслуговування, раціоналізації використання дороговартісного ліжкового фонду, скорочення ресурсних витрат галузі.

Список літератури

1. Алексеева Н.А., Якушев А.М. Структурная перестройка стационаров в условиях крупного города // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2000. – № 1. – С. 10–11.
2. Атаманчук М.С., Чорний Є.М. Роль денних стаціонарів у медичній реабілітації хворих терапевтичного профілю: Матеріали XXIV з'їзду терапевтів України. – К., 1998. – С. 14–15.

3. Болтенко Н.Н., Лабзовская А.Г. Организация работы дневного стационара в городской поликлинике // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1999. – № 2. – С. 30–31.
4. Галієнко Л.Ф. Характеристика основных особенностей реформы первичной медико-санитарной помощи в новых независимых государствах // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 95–101.
5. Мазур Т.М. Перший досвід переходу на засади родинної медицини в пострадянських країнах // Сімейна медицина. – 1999. – № 1. – С. 64–68.
6. Мальцев В.І., Коваленко В.М. Основні напрями розвитку терапевтичної служби в Україні // Лікар. справа. Врачеб. дело. – 1994. – № 2. – С. 3–9.
7. Організація роботи денних стаціонарів: Фрагмент до щорічної доповіді "Охорона здоров'я України: результати діяльності". – К., 2000. – С.364–371.
8. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За заг. ред. В.М.Пономаренка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 310 с.
9. Пономаренко В.М., Галієнко Л.І. Перспективи розвитку стаціонарозамінних форм медичної допомоги в умовах переходу до сімейної медицини // Актуальні питання сімейної медицини: Матеріали III укр. наук.-практ. конф. – Одеса, 2000. – С. 20.
10. Пономаренко В.М., Мазур Т.М., Дудіна О.О. Інститут сімейної медицини в розвинених країнах // Сімейна медицина. – 1999. – № 1. – С. 70–75.
11. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики/ сімейної медицини: Інструктивно-методичні матеріали для сімейних лікарів. – К., 2001. – 186 с.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕНЯЮЩИХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

V.M. Ponomarenko, L.I. Galienko (Kyiv)

Представлен анализ современного состояния организации и перспектив дальнейшего развития стационарозамещающих форм медицинской помощи – дневных и домашних стационаров. Подчеркнута важность повышения роли этих организационных форм в условиях перехода первичной медико-санитарной помощи к семейной медицине.

NOWADAY STATE AND PERSPECTIVES FOR DEVELOPMENT OF MEDICAL CARE FORMS SUBSTITUTING IN-PATIENT MEDICAL SERVICES

V.M. Ponomarenko, L.I. Galienko (Kyiv)

The analysis of current state for organization and perspectives of further development of medical care forms substituting in-patient medical services, namely Day and Home hospitals has been presented.

The importance of further increase of these organizational forms in native medical practice under conditions of primary medical care transition to family medicine has been emphasized.

УДК 616.611-002-082.4

Н. О. САЙДАКОВА, Л. А. ПІРІГ, Р. О. ВАЛЕЦЬКА (Київ, Луцьк)

ЗНАЧЕННЯ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИХ ФАКТОРІВ У ВИЗНАЧЕННІ ТРИВАЛОСТІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Інститут урології та нефрології АМН України, Волинська обласна клінічна лікарня

Сучасний стан медичної галузі визначається інтенсифікацією її розвитку. Це зумовлює потребу впорядкування теперішньої державної системи лікувально-профілактичних закладів і забезпечення раціонального використання матеріально-технічної бази усіх її служб [1, 3]. Прийняття відповідних заходів повинне ґрунтуватися на передумовах оптимізації терміну стаціонарного лікування – однієї з складових частин загальної програми.

Такий підхід визначає актуальність роботи, що пропонується до обговорення, мета якої полягає в розробці математичної моделі формування тривалості госпіталізації хворих на гломерулонефрит (ГН), питома вага яких коливається залежно від періоду вивчення та місцевості від 12,3% до 40 [7, 9]. Вибір патології зумовлений часткою її в структурі госпіталізованої захворюваності обласних нефрологічних відділень. З огляду на це істотного значення набуває частота повторних госпіталізацій, потребою значної кількості яких було продовження лікування та обстеження. До визначальних чинників слід також віднести медико-соціальне значення патології, яке широко висвітлене в літературі і не потребує додаткових коментарів [4, 6].

Проведенням даного дослідження ми сподіваємося не тільки встановити оптимальний термін перебування в стаціонарі хворих на ГН, але й отримати можливість за результатами дослідження передбачати резерви щодо мінімізації цього параметра та впливати на нього.

В основу роботи були покладені результати експертної оцінки якості діагностики та лікування 269 госпіталізованих хворих на ГН, із яких 30,3% припадало на гострий ГН, 67,6 – хронічний, 2,1% – швидкопрогресуючий. Базою дослідження було нефрологічне відділення Волинської обласної лікарні. За рівнями захворюваності, поширеності гломерулонефриту, а також забезпеченості лікарями-нефрологами, спеціалізованими ліжками область належить до типових, оскільки величини перерахованих показників узгод-

жуються з відповідними середніми показниками по Україні.

Під час розробки моделі формування тривалості госпіталізації хворих на ГН використовувався адаптований до поставленого завдання метод математичного моделювання, запропонований І.В.Кочіним (1991). Головна передумова створення моделі полягає в необхідності вибору факторного простору, від якого переважно залежить термін перебування в стаціонарі. Така залежність повинна мати лінійний характер.

За даними експертів, визначено три надійних фактори, що відповідали вимогам методики. Це якість і повнота діагностування (фактор X_1), наявність супровід патології (фактор X_2) та якість лікування (фактор X_3). Далі були встановлені граничні значення змін факторів, обрані два рівні – верхній і нижній – з однаковим значенням різниці. Так, верхнім рівнем фактора X_1 є адекватна діагностика, нижнім – неточна діагностика. Відповідно для фактора X_2 рівнями були відсутність ускладнень і супровід патології, що обтяжують перебіг основного захворювання, і, навпаки, наявність зазначених ознак. Верхній рівень фактора X_3 – це адекватно визначена тактика лікування, нижній – тактика лікування, що не відповідає сучасним вимогам і рівню знань. У варіантах трьох факторів на двох рівнях реалізуються всі можливі їх комбінації.

У нашому випадку факторний простір складається з восьми комбінацій рівнів факторів, що не повторюються. На кожний з них припадає певна група хворих із подібним перебігом захворювання та відповідною якістю надання медичної допомоги. Розподіл хворих за такими групами супроводжувався реєстрацією терміну госпіталізації. За цими даними розраховувалася середня тривалість лікування для кожного з восьми наборів комбінацій рівнів факторів (НКРФ), яка далі у тексті позначається як відгук.

Наступний етап роботи був пов'язаний зі складанням та обробкою матриці факторного простору

ру. За його результатами була побудована математична модель, що в цілому має такий вигляд:

$$Y = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_{1+2}X_1X_2 + B_{1+3}X_1X_3 + B_{2+3}X_2X_3 + B_{1+2+3}X_1X_2X_3,$$

де Y – відгук (середня кількість днів перебування хворого у стаціонарі); $B_1, B_2, B_3, B_{1+2}, B_{1+3}, B_{2+3}, B_{1+2+3}$ – коефіцієнти моделі; B_0 – вільний елемент моделі – середня тривалість лікування хворого з усієї когорти.

Як видно із поданих вище даних, до складу моделі входять не тільки лінійні ефекти, а й передбачається також комплексний вплив факторів (парних, непарних).

Для розрахунку коефіцієнтів математичної моделі застосовувався метод найменших квадратів, що найбільше відповідав характеру матриці. Такий підхід дозволив отримати конкретні цифрові значення кожного модуля і кількісно оцінити силу впливу факторів та ефекти їхньої взаємодії на тривалість госпіталізації. Крім того, абсолютні значення показників дають змогу простежити, наскільки змінюється (збільшується, зменшується) термін лікування, якщо один із факторів стабілізується, а два інші зміняться на один рівень.

Особливість дослідження полягає в тому, що модель формування тривалості госпіталізації розроблялась як для всієї групи хворих на ГН, так і окремо для хворих на гостру чи хронічну форму ГН. Такий підхід обґрунтований діагностичними, лікувальними та прогностичними ознаками, характерними для кожної клінічної форми.

Спочатку прокоментуємо середню тривалість лікування (СТЛ) хворих на ГН, значення якої передбачені моделлю для кожного набору комбінацій рівнів факторів. Якщо середня тривалість госпіта-

лізації становила 18,97 дня (B_0), діапазон відгуків перебував у межах 13–22,8 дня. При цьому мінімальне значення показника було отримане в разі найнесприятливішого збігу рівнів факторів. Він проявлявся недостатнім обстеженням, неточною діагностикою, неадекватним лікуванням у разі відсутньої супровід патології. Тим часом максимальне значення показника відповідало випадкам, коли рівні факторів були в близькому до сприятливого їх поєднанні, а саме: адекватна діагностика, правильна лікувальна тактика за наявності супровід патології. Супровідна патологія, за результатами експертів, спостерігалась у переважній більшості хворих (75,7% випадків), а гострі інфекційно-запальні хвороби, що передували ГН, – у кожного третього.

Наведені дані означають, що тривалість лікування протягом 13 днів слід вважати недостатньою, а 22,8 дня – близькою до оптимальної. Вони також підкреслюють значення комплексного лікування цієї категорії хворих і вказують на один із реальних шляхів управління процесом формування тривалості госпіталізації. У разі відсутності супровідних захворювань, що обтяжують перебіг ГН, або у випадках, коли вони перебувають у фазі ремісії, згідно з розрахунковими даними, середня тривалість лікування становитиме 21,7 дня.

Викладене вище свідчить, що за умов сьогодення слід орієнтуватися на два значення СТЛ – 22,8 та 21,7 дня, – тим більше що вони близькі до значення тривалості лікування протягом 23,5 дня, визнаного експертами достатньою.

Результати розрахунків коефіцієнтів моделі, які дозволяють оцінити впливовість кожного з трьох факторів та їх взаємодію на оптимізуючий параметр, подані в таблиці.

Таблиця. Модулі коефіцієнтів математичної моделі

Нозологічна форма (фактори)	Середня тривалість госпіталізації, дня	Основний ефект			Ефект взаємодії факторів			
		Коефіцієнти моделі (модулі)						
		B_1	B_2	B_3	$B_{1,2}$	B_{1+3}	B_{2+3}	B_{1+2+3}
Гломерулонефрит	18,97	0,63	-1,27	2,99	0,24	-0,40	0,48	0,03
Гостра форма ГН	20,83	1,30	-0,10	1,03	1,48	-1,40	-1,10	-1,03
Хронічна форма ГН	17,98	0,62	-1,70	4,48	-0,31	-0,17	0,75	0,35
Фактори		X_1	X_2	X_3	X_{1+2}	X_{1+3}	X_{2+3}	X_{1+2+3}

Так, аналіз складників математичної моделі, характерної для загальної групи хворих на ГН, свідчить, що тривалість госпіталізації найбільше залежить від якості лікування (X_3), його адекватності клінічному перебігу і повноті, якщо брати до уваги наявність супровідних захворювань. Модуль фактора X_3 (B_3), за яким оцінювався вказаний параметр, як видно з таблиці, дорівнював 2,99. На другому місці стоїть фактор X_2 – наявність суп-

ровідної патології. За ступенем впливу він у два рази менший, ніж попередній; його модуль дорівнює 1,27. Фактор X_1 займає останнє місце. За його модулем ($B_1 = 0,63$) виходить, що він у п'ять і два рази слабший за ступенем впливу на СТЛ, ніж третій і другий фактори відповідно. Такий розподіл здається логічним і підтверджується даними експертної оцінки якості діагностики та лікування. Щодо першого фактора, то таке його

значення зумовлене достатньо високим рівнем діагностичних методів за умови дотримання існуючих стандартів.

Коментуючи ефекти подвійної взаємодії факторів, слід зауважити, що істотний вплив на тривалість лікування має поєднання факторів X_2 та X_3 ($B_{2+3}=0,48$), X_1 та X_3 ($B_{1+3}=0,40$) порівняно з X_1 та X_2 ($B_{1+2} = 0,24$).

Ефект взаємодії трьох факторів трактується за допомогою спеціального прийому, який зводить її до парної. Так, якщо сприймати фактори X_2 та X_3 за один, ефект якого становить 0,48, то в разі взаємодії з фактором X_1 ефект потрійної взаємодії зменшується (0,03). Це можна пояснити таким чином, що в разі правильної діагностики зменшується несприятливий вплив супровідної патології на якість лікування.

Аналіз складників моделі, розроблених окремо для хворих на гостру (ГГН) та хронічну (ХГН) форми ГН, виявляється інформативнішим, ніж попередній. Результати порівняльного аналізу свідчать, що СТЛ хворого на ГГН більша, ніж при ХГН на 2,85 дня (відповідно 20,83 та 17,98 дня). Згідно з моделями діапазон відгуків перебував у межах 15,60 і 26 днів при ГГН та 11,92 і 22,83 дня – ХГН. Наведені дані підтверджують, що простежена особливість зберігається за будь-яких умов. Крім того, вони узгоджуються з оцінкою експертів, які визнали достатньою тривалість госпіталізації при ГГН 19,6 дня, при ХГН – 11,4.

Отже, лікування хворих на ГГН потребує тривалішого перебування в стаціонарі, ніж хворих на ХГН. Проте ситуація може змінитися. Якщо немає супровідної патології чи хворі з такою патологією перебувають у фазі ремісії, а також у разі точної діагностики і адекватного лікування різниця в тривалості госпіталізації при обох формах ГН нівелюється і термін госпіталізації може становити 21 день. Далі, у разі потреби, його можна подовжити в умовах денного або домашнього стаціонару відповідно до "Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій" (К., 1999. – Т. 1), які склалися емпірично, без достатнього наукового обґрунтування та урахування розвитку сучасних позастанціонарних форм медичної допомоги.

Зазначимо, що в 60-х роках минулого сторіччя хворі на "нефрит, нефроз" у 46,9% випадків перебували в стаціонарі близько 20 днів, у 17,9% – 20–30 днів [2], хворі на ХГН – в середньому 30,2 дня. У 1981 р. наказом № 71 МОЗ УРСР (з того часу директивних документів щодо організації нефрологічної служби більше не було) регламентувало тривалість перебування в стаціонарі хворих на ГГН терміном 40 днів, ХГН – 24 дні. Тим часом інтенсифікація медичної допомоги хворим цієї категорії завдяки розвитку позастанціонарних форм

дозволила в 90-х роках, наприклад в Іспанії, скоротити термін госпіталізації до 11,8 дня [10].

Порівняння коефіцієнтів лінійних ефектів (B_1, B_2, B_3) між собою за модулем при ГГН та ХГН показало, що під час добору заходів, спрямованих на покращення результатів надання спеціалізованої допомоги, необхідно звертати увагу і на зменшення тривалості госпіталізації. Встановлено, що у випадку ГГН найбільше значення має якість діагностування: модуль цього фактора становить 1,30 і в два рази перевищує значення відповідного показника при ХГН (0,62). Що стосується якості лікування, то за значущістю цей фактор при ХГН більше ніж у три рази перевищує подібний показник при ГГН. Щодо оцінки другого фактора (наявність супровідної патології), то можна зазначити, що така патологія найбільш негативно відбивається на оптимізуючому параметрі при ХГН.

Отримані дані узгоджуються з матеріалами експертної оцінки. Її результати свідчать, що внаслідок недостатнього обстеження та неправильної інтерпретації клініко-лабораторних даних неточність діагностики спостерігалась у разі ГГН та ХГН відповідно в $66,7 \pm 4,5$ та $(56,3 \pm 3,7)\%$ випадків ($P < 0,05$). Відрізнявся також склад госпіталізованих хворих на ГН. Серед пацієнтів з ХГН більше було осіб віком понад 40 років, перебіг захворювання у яких, на відміну від хворих на ГГН, був ускладнений хронічною недостатністю нирок та складною супровідною патологією ($48,3 \pm 3,9$ та $(24,1 \pm 4,1)\%$ відповідно; $P < 0,05$). Переважання недоліків лікування серед хворих на ХГН становить 28%.

Певну закономірність виявлено й під час порівняння результатів аналізу ефекту поєднаної дії факторів у разі ГГН і ХГН. У першому випадку найвпливовішим було поєднання факторів X_1 і X_2 (якість діагностики разом із супровідною патологією), в той час як при ХГН рівнозначними є поєднання факторів X_2 і X_3 (якість лікування разом із супровідною патологією). Як видно, представлені дані деякою мірою перегукуються з особливостями, виявленими під час аналізу лінійних ефектів. Загалом вони свідчать, наскільки суттєво тривалість госпіталізації залежить від супровідної патології. Так, у 1,8 рази можна скоротити СТЛ хворих на ХГН за умови своєчасного оздоровлення та ліквідації чи підтримки на рівні ремісії хронічних інфекційно-запальних процесів. Таким чином ці дані підтверджують необхідність активного динамічного спостереження, яке набуває неабиякого значення в системі надання спеціалізованої допомоги.

Аналіз ефектів взаємодії факторів переконливо доводить доцільність комплексного підходу до профілактичних, оздоровчих та лікувальних заходів щодо забезпечення поставленої мети – зменшення тривалості госпіталізації при оптимальних ре-

зультатах надання спеціалізованої допомоги.

У розроблених моделях менш впливовою виявилася дія трьох факторів, особливо при ХГН.

Як свідчать значення модуля, сила впливу цього поєднання в три рази менша, ніж при ГГН (відповідно 0,35 та 1,03).

Висновки

Проведене дослідження дало можливість кількісно оцінити силу впливу клінічних факторів та їх поєднань на термін госпіталізації хворих на ГН. Запропонована математична модель дозволяє прогнозувати цей показник у рамках факторного простору, визначати резерви оптимального терміну лікування з позитивним результатом і цілеспрямовано впливати на підставі обґрунтованої корекції впливу клінічних факторів та їх поєднань на діагностично-лікувальний процес. Це також уможлиблює визначення межі госпіталізації (21 день), за якою хворий може продовжувати лікування в домашніх умовах під пильним наглядом спеціалістів і дільничного лікаря.

Список літератури

1. *Возіанов О.Ф.* Смертність населення України: головні причини, шляхи подолання негативних тенденцій // Журн. Акад. мед. наук України. – 1996. – Т. 2, № 2. – С. 191–199.
2. *Гаргасас Л., Норкене В.* Нефриты и нефрозы по данным стационаров республики за 1962 год // Актуальные вопр. гастроэнтерологии и нефрологии. – Вильнюс, МИНТИС.–1966. – С. 192–196.
3. *Дейкун М.П.* Наукове обґрунтування деяких напрямків розвитку медичної допомоги на сучасному етапі соціально-економічних реформ // Лікар. справа. Врачеб. дело. – 1999, № 6. – С. 131–135.
4. *Дядько А.И., Семидоцкая Ж.Д., Синяченко О.В. и др.* Первичный гломерулонефрит // Гломерулонефрит / Под ред. А.И.Дядько. – К.: Здоров'я, 1991. – С. 23–118.
5. *Кочин И.В.* Моделирование влияния социально-клинических факторов на уровень заболеваемости: Метод. рек. – К., 1991. – 15 с.
6. *Пиріг Л.А., Дудар І.О., Колесник М.О., Таран О.І.* Гломерулонефрит //Нефрологія / За ред. Л.А.Пирога. – К.: Здоров'я, 1995. – С. 58–81.
7. *Сайдакова Н.О., Пиріг Л.А., Валецька Р.О.* Госпіталізована захворюваність на гломерулонефрит (на прикладі обласного нефрологічного відділення) // Урологія. – 2000. – № 3. – С. 50–54.
8. *Семин И.Д., Полугаевский И.А.* Заболевания почек и мочевыводящих путей по материалам терапевтического отделения областной больницы за 1958– 1960 гг. // Материалы 6-й обл. науч.-практ. конф. Куйбышевской обл. – Куйбышев, 1960. – С. 32–38.
9. *Царенко В.Л.* Деякі особливості складу хворих нефрологічних відділень // Матеріали конф., присвяченої 30-річчю Інституту урології та нефрології АМН України. – К., 1995. – С. 73–74.
10. *Baltar I., Ortega C., Cortes D.* Changes in hospital admittances-at third level nephrology units during the last decade // Kidn. Int. – 1999. – Vol. 55, № 1.–P. 361.

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Н.А.Сайдакова, Л.А.Пыриг, Р.Е.Валецкая (Киев, Луцк)

Работа посвящена вопросу оптимизации длительности лечения больных гломерулонефритом в условиях нефрологического отделения. На основании экспертной оценки качества диагностики и лечения 296 больных выделены факторы, наиболее существенно влияющие на сроки госпитализации. Предложена модель формирования указанного явления как для всей группы больных гломерулонефритом, так и для больных, страдающих острой и хронической клиническими его формами. Установлено, что на современном этапе исследуемый показатель составляет 21 день. Модель позволяет прогнозировать сроки госпитализации, выявлять резервы их минимизации путём коррекции влияния клинических факторов.

THE SIGNIFICANCE OF CLINICO-DIAGNOSTIC FACTORS IN DETERMINING THE DURATION OF STAY AT HOSPITAL FOR GLOMERULONEPHRITIC PATIENTS

N.A. Saidakova, L.A. Pyrih, R.O. Valetska (Kyiv, Lutsk)

The work is dedicated to the problem of optimal duration of treating the patients with glomerulonephritis at nephrologic departments. Based upon medical evaluation of quality in diagnostics and treatment of 296 patients, the factors have been determined that most essentially influence the terms of hospitalization. A model has been proposed to form the indicated phenomenon in the whole and separately for acute and chronic GN clinical forms. It has been stated that today the index under study numbers 21 days. The model allows to forecast the terms of hospitalization to reveal their minimization reserves by correcting the clinical factors impact.

УДК 616.611-002-082.4

С.ЗАГОРОДНІЙ (м.Острого)

МЕДИЧНА І ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Реабілітація визначається як комплекс медичних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій організму, а також соціальної дієздатності і працездатності хворих та інвалідів. Розрізняють стаціонарний, амбулаторний і санаторний етапи реабілітації. На стаціонарному, коли лікується гостра фаза хвороби, підключаються лише елементи медичної реабілітації, які обмежуються фізіотерапією та лікувальною фізкультурою. Далі хворих переводять у відділення реабілітації при дільничних та центральних районних лікарнях. Тут використовується новий арсенал реабілітаційних засобів – кліматотерапія, лікувальна фізкультура, дихальна гімнастика, психотерапія, фітотерапія, саунотерапія, бальнеотерапія, розвантажувально-дієтична терапія, голкорексфлексотерапія, аерозольотерапія, десенсибілізуюча терапія тощо. На амбулаторному етапі реабілітація проводиться в умовах медичних профілакторіїв, амбулаторій, поліклінік, а також вдома. Основним виконавцем є дільничний лікар.

Протягом трьох років (1997-1999) нами велось спостереження за групою хворих (81 особа) із психічними розладами, які проходили лікування та реабілітацію в умовах центральних районних лікарень Вінницької і Рівненської областей, 1997 р. - до реабілітації, 1998 р. – реабілітація, 1999 р. – після реабілітації. Для визначення медичної та економічної ефективності реабілітації була підбрана контрольна група тієї ж кількості хворих за принципом споріднених пар, цебто кожному хворому із дослідної групи був підібраний хворий в контрольну групу за такими основними критеріями: стать, вік, діагноз. Хворі із контрольної групи піддавались лише традиційному лікуванню.

За нашою ініціативою були розроблені засади, форми, методи і порядок надання медичної реабілітації хворим з психічними розладами і все це впроваджено в практику роботи двох центральних районних лікарень Вінницької та Рівненської областей. Вивчення ефективності медичної реабілітації хворих протягом 1997–1999 рр. дало такі результати (таблиця 1).

Таблиця 1. Медична ефективність реабілітації хворих на психічні розлади, 1997–1999 рр.

1. Звертальність (на 100 осіб відповідної групи)

Група спостереження	До реабілітації (традиційного лікування)	Після реабілітації (традиційного лікування)	Індекс ефективності
Дослідна	135,1±1,16	24,3±0,49	5,5
Контрольна	137,8±1,17	135,1±1,16	

2. Госпіталізація (число випадків госпіталізації на 100 осіб відповідної групи)

Група спостереження	До реабілітації (традиційного лікування)	Після реабілітації (традиційного лікування)	Індекс ефективності
Дослідна	8,1±0,28	2,7±0,16	2,0
Контрольна	5,4±0,23	5,4±0,23	

3. Тимчасова непрацездатність (число днів втрат працездатності на 100 осіб відповідної групи)

Група спостереження	До реабілітації (традиційного лікування)	Після реабілітації (традиційного лікування)	Індекс ефективності
Дослідна	75,7±0,87	45,9±0,67	3,3
Контрольна	137,8±1,17	154,0±1,24	

В дослідній групі звертальність за медичною допомогою після виконання реабілітаційної програми знизилась в 5,6 рази, в той час, як в

контрольній групі, де проводилось традиційне лікування, звертальність не змінилась. Отже, індекс ефективності медичної реабілітації хворих на

психічні розлади з цього показника склав 5,5. Рівень госпіталізації хворих в післяреабілітаційному періоді знизився в 3,0 рази, а в контрольній групі теж не змінився. Індекс ефективності з цього показника склав 2,0. Тимчасова непрацездатність в дослідній групі зменшилась на 64,9%, а в контрольній – навіть зросла, індекс ефективності – 3,3.

Впровадження комплексу реабілітаційних заходів дало не лише медичний, а й економічний ефект.

Було вивчено економічний ефект в чотирьох основних напрямках:

- 1) економічний ефект від повернення хворого до праці;
- 2) економічний ефект від зниження витрат на соціальний захист і соціальне страхування;
- 3) економічний ефект від зниження затрат на лікування;
- 4) економічний ефект від прямих доходів.

Оскільки значну частину хворих (35 із 81) склали особи працездатного віку, економічний ефект був отриманий за рахунок зниження витрат на соціальне страхування, виробленого продукту та від зниження затрат на лікування.

Економічний ефект реабілітації від зменшення тривалості тимчасової непрацездатності (E_1) визначався згідно моделі:

$$E_1 = E_1' + E_1'', \text{ де}$$

E_1' – економічний ефект від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у селян і робітників;

E_1'' – економічний ефект від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у службовців.

Економічний ефект від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у селян і робітників визначався згідно моделі:

$$E_1' = K_{\phi} \cdot \text{Ч} \cdot L_{\text{д}}' \cdot \text{Ч} \cdot n_1', \text{ де}$$

$L_{\text{д}}'$ – середнє число днів, на яке зменшувалась тривалість одного випадку тимчасової непрацездатності у селян і робітників;

n_1' – число хворих селян і робітників, яким була встановлена тимчасова непрацездатність за рік;

K_{ϕ} – коефіцієнт вартості, який встановлювався так:

$$K_{\phi} = V_{\text{дп}} + C_{\text{лд}}, \text{ де}$$

$V_{\text{дп}}$ – валовий дохід на людину-день;

$C_{\text{лд}}$ – середня виплата за листком непрацездатності за день.

$$V_{\text{дп}} = 34,5 \text{ грн}; C_{\text{лд}} = 4,6 \text{ грн, звідси}$$

$$K_{\phi} = 34,5 + 4,6 = 39,1 \text{ грн.}$$

$$L_{\text{д}}' = 1,8 \text{ дня}; n_1' = 28 \text{ осіб, тоді}$$

$$E_1' = 39,1 \cdot 1,8 \cdot 28 = 1970,64 \text{ грн.}$$

Для визначення економічного ефекту від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у службовців коефіцієнт K_c визначався так:

$$K_c = \text{Нд}/245 + C_{\text{лд}} = 3000/245 + 4,6 = 16,8 \text{ грн, де}$$

Нд – національний дохід на одного працівника;

245 – середнє число робочих днів за рік.

$$\text{Звідси } E_1'' = 16,8 \cdot L_{\text{д}}'' \cdot n_1'', \text{ де } L_{\text{д}}'' = 2, \text{ а } n_1'' = 7.$$

$$E_1'' = 16,8 \cdot 2 \cdot 7 = 235,2 \text{ грн.}$$

Сумарний ефект (E_1) в дослідній групі склав: $1970,64 + 235,2 = 2205,84$ грн.

Економічний ефект від зниження звертальності працездатних реабілітованих хворих (E_2') складався із виробленого додаткового продукту і зекономлених коштів на амбулаторне лікування. Для непрацездатних реабілітованих хворих (E_2'') – тільки із зекономлених коштів на амбулаторне лікування.

Отже, сумарний ефект (E_2) дорівнював $E_2' + E_2''$, при цьому

$$E_2' = (\text{Ч}'_{\text{здр}} - \text{Ч}'_{\text{зпр}}) \cdot V'_{\text{дп}} \cdot V_{\text{п}}, \text{ де}$$

$\text{Ч}'_{\text{здр}}$ – число звертань працездатних реабілітованих до реабілітації;

$\text{Ч}'_{\text{зпр}}$ – число звертань працездатних реабілітованих після реабілітації;

$V'_{\text{дп}}$ – чистий валовий дохід на одного працюючого за день (28,3 грн);

$V_{\text{п}}$ – вартість одного амбулаторного відвідування (1,87 грн).

$$\text{Отже, } E_2' = (87 - 21) \cdot 28,3 \cdot 1,87 = 66 \cdot 28,3 \cdot 1,87 = 3492,77 \text{ грн.}$$

$$E_2'' = (\text{Ч}''_{\text{здр}} - \text{Ч}''_{\text{зпр}}) \cdot V_{\text{п}}, \text{ де}$$

$\text{Ч}''_{\text{здр}}$ – число звертань непрацездатних реабілітованих до реабілітації;

$\text{Ч}''_{\text{зпр}}$ – число звертань непрацездатних реабілітованих після реабілітації.

$$\text{Отже, } (114 - 28) \cdot 1,87 = 86 \cdot 1,87 = 160,82 \text{ грн.}$$

$$E_2 = 3492,77 + 160,82 = 3653,59 \text{ грн.}$$

Економічний ефект від зменшення потреби у звичайній стаціонарній допомозі (E_c) визначався так:

$$E_c = V_{\text{лс}} \cdot D_c \cdot n_c, \text{ де}$$

$V_{\text{лс}}$ – вартість ліжка-дня у звичайному стаціонарі (41,2 грн);

D_c – середнє число днів, на яке знизилось перебування хворого в стаціонарі у зв'язку з переводом його у реабілітаційне відділення (13,1 дня);

n_c – число хворих, переведених із звичайного стаціонару у реабілітаційне відділення (7).

$$E_c = 41,2 \cdot 13,1 \cdot 7 = 3778,04 \text{ (грн.)}$$

Економічний ефект від зменшення числа повторних госпіталізацій в стаціонари (E_4) визначався так:

$$E_4 = (\text{Ч}_{\text{дгд}} - \text{Ч}_{\text{дгп}}) \cdot V_{\text{лс}}, \text{ де}$$

$\text{Ч}_{\text{дгд}}$ – число днів госпіталізації до реабілітації;

$\text{Ч}_{\text{дгп}}$ – число днів госпіталізації після реабілітації.

$$E_4 = (49 - 20) \cdot 41,2 = 29 \cdot 41,2 = 1194,8 \text{ грн.}$$

Сумарний ефект (E) = $E_1 + E_2 + E_3 + E_4 = 2205,84 + 3653,59 + 3778,04 + 1194,8 = 10832,27$, що в розрахунку на одного реабілітованого ($10832,27 : 81$) склало 133,73 грн.

Якби медична реабілітація в її повному обсязі була тепер доступна для усіх хворих на психічні розлади, економічний ефект обраховувався б великими цифрами. На її створення і мають бути спрямовані управлінські зусилля провідників української сільської охорони здоров'я.

Для управління якістю й ефективністю медичної допомоги хворим на психічні розлади були розроблені і впроваджені економіко-математичні критерії. Вони побудовані на співставленні фактичних і нормативних показників.

Для амбулаторій і поліклінік:

$$K_{я}^a = \frac{D_{пк}^ф \cdot C^ф \cdot T_{нн} \cdot D_{пг}^н \cdot Z^н \cdot V^н}{D_{пк}^н \cdot C^н \cdot T_{нф} \cdot D_{пг}^ф \cdot Z^ф \cdot V^ф}$$

$K_{я}^a$ – критерій якості і ефективності медичної допомоги хворим в амбулаторно-поліклінічних умовах;

$D_{пк}^ф(н)$ – фактична (нормативна) частка хворих з покращанням групи здоров'я;

$C^ф(н)$ – пересічна фактична (нормативна) складність випадків амбулаторного обслуговування, обумовлена структурою диспансерних груп хворих;

$T_{нф(н)}$ – фактичне (нормативне) число днів тимчасової непрацездатності на 100 хворих;

$D_{пг}^ф(н)$ – фактична (нормативна) частка хворих з погіршенням групи здоров'я;

$Z^ф(н)$ – фактична (нормативна) частка хворих, що мали загострення;

$V^ф(н)$ – фактична (нормативна) вартість лікування одного хворого.

Нормативні показники повинні стимулювати заклад до кращої діяльності. Оцінка критерію проста, зручна і об'єктивна. Чим більший він за "одиницю", тим краще і, навпаки, чим менший він за "одиницю", тим гірше діє система, що має стати предметом конкретних управлінських рішень.

Для стаціонарів:

$$K_{я}^a = \frac{D_{од}^ф \cdot C^ф \cdot D_{пз}^н \cdot D_{пг}^н \cdot Tr^н \cdot V^н}{D_{од}^н \cdot C^н \cdot D_{пз}^ф \cdot D_{пг}^ф \cdot Tr^ф \cdot V^ф}$$

$K_{я}^a$ – критерій якості і ефективності медичної допомоги хворим в стаціонарних умовах;

$D_{од}^ф(н)$ – фактична (нормативна) частка хворих, що одужали;

$C^ф(н)$ – пересічна фактична (нормативна) складність хворих;

$D_{пз}^ф(н)$ – фактична (нормативна) частка хворих, що виписані без змін;

$D_{пг}^ф(н)$ – фактична (нормативна) частка хворих, що виписані з погіршенням;

$Tr^ф(н)$ – фактична (нормативна) пересічна тривалість лікування одного хворого;

$V^ф(н)$ – фактична (нормативна) вартість лікування одного хворого.

Оцінка даного критерію аналогічна тому, що використовується в амбулаторних умовах.

Висновки

1. Медична реабілітація хворих на психічні розлади призводить до значного зменшення їхньої звертальності та госпіталізації в медичні заклади.

2. Економічний ефект від медичної реабілітації одного психічно хворого склав більше 130 грн.

Література

1. Голяченко О.М., Уваренко А.Р. Деякі епідеміологічні особливості здоров'я людності України // *Врачебное дело*. – 1992. – № 1. – С. 115-117.
2. Голяченко О.М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль-Київ-Вінниця, 1997. – 328 с.
3. *Медицинская реабилитация в условиях центральной районной больницы* / Киливник В.С., Череватюк В.И., Прыщак А.И. – К.: Здоров'я, 1984. – 40 с.
4. Сергієні О.В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: *Метод. рекомендації*. – Дніпропетровськ, 1997. – 23 с.

МЕДИЧНА І ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

С.Загородній (м.Острог)

Вивчено медичну і економічну ефективність медичної реабілітації хворих на психічні розлади, що проживають в сільській місцевості. Звертальність реабілітованих зменшилась в 5,6 рази, госпіталізація – в 3,0 рази, тимчасова непрацездатність – на 64,9%. Індекс ефективності реабілітації коливався від 2,0 до 5,5. Економічний ефект від реабілітації складався із зекономлених коштів на лікування, на соціальний захист і соціальне страхування і доходів від виробленого додаткового продукту. В середньому на 1 реабілітованого економічний ефект склав 133,73 грн.

MEDICAL AND ECONOMIC EFFICIENCY OF PSYCHIOTRIC DISORDERS REHABILITATION IN RURAL DISTRICTS

S.Zagorodniy (Ostrog)

Medical and economic efficiency of medical rehabilitation of the patients with psychiatric disorders. Case rate rehabilitation has decreased by 5,6 times, hospitalization – by 3,0 times, temporary invalidity – on 64,9%. The index of efficiency of rehabilitation changed from 2,0 up to 5,5. The economic benefit developed of the saved means for treatment, on social protection and social insurance and incomes of the made additional product. On the average on 1 rehabilitated person the economic benefit has made 133,73 grn.

УДК: 617-08-039.57

В.Б. ГОЩІНСЬКИЙ, І.Р. МИСУЛА, В.І. ПОЛЬОВЧИК, В.В.ЗАЙЦЕВ, О.З. П'ЯТНИЧКА

ПРО НОВИЙ ПІДХІД У НАДАННІ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Реформування системи охорони здоров'я населення України та перенесення основного об'єму медичної допомоги на розгалужену систему амбулаторно-поліклінічної служби і сімейної медицини вимагає розробки та впровадження нових, ефективних, економічних підходів для діагностично-лікувального процесу відповідно до базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги.

Крім того, передбачається, що медична допомога, яка замінює перебування хворого у стаціонарі, розвиватиметься шляхом розширення мережі економічно ефективних організаційних форм медичного обслуговування: денних стаціонарів, стаціонарів удома, центрів амбулаторної хірургії [1].

На базі хірургічного відділення поліклініки Тернопільської комунальної клінічної міської лікарні № 2 та кафедри "Поліклінічна справа" Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського успішно функціонує комплекс "денний стаціонар – Центр хірургії одного дня – стаціонар удома", в якому за рахунок розширення об'єму та якості медичних послуг рівень медичної допомоги піднявся з догоспітальної до госпітальної.

Розроблені показання та стандартизовані схеми комплексного лікування в денному стаціонарі близько 40 хірургічних, ортопедичних, урологічних, офтальмологічних та отоларингологічних патологій. Окрім цього, в денному

стаціонарі проходять курс реабілітаційного лікування хворі після хірургічних операцій на шлунково-кишковому тракці, гепатобіліарній та панкреатичній системах, після реконструктивних операцій на магістральних артеріях та венах, а також після ортопедичних та урологічних операцій. Куратор денного стаціонару (асистент кафедри) плідно співпрацює з лікарем фізіотерапевтом, лікарем-реабілітологом з метою підвищення ефективності лікувального процесу. Крім того, денний хірургічний стаціонар є місцем, де проходять передопераційне обстеження та передопераційну підготовку хворі до оперативних втручань у "Центрі хірургії одного дня".

Подібна організація роботи денного стаціонару дозволяє з максимальною ефективністю використати його ліжковий фонд.

Але запорукою успішного функціонування комплексу "денний стаціонар-Центр хірургії одного дня – стаціонар удома", його зв'язуючим ланцюгом є, без сумніву, "Центр хірургії одного дня". Це – нова та перспективна форма надання висококваліфікованої хірургічної допомоги населенню. Подібний Центр вимагає надання офіційного юридичного статусу на рівні Міністерства охорони здоров'я України. А поки адміністрація Тернопільської комунальної клінічної лікарні № 2 разом з кафедрами "Поліклінічна справа" та хірургії ФПО Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського розробила та затвердила "Положення про Центр хірургії одного дня міської лікарні № 2, поліклінічне відділення".

Центр очолює завідувач хірургічного відділення поліклініки, який організовує та забезпечує роботу Центру відповідно до "Положення", несе відповідальність за рівень, обсяг та якість оперативних втручань, лікувально-діагностичної роботи, визначає заходи щодо освоєння та впровадження в роботу Центру нових методів діагностики, розширення обсягу лікувально-діагностичної допомоги і хірургічних операцій, підвищення кваліфікації співробітників.

Згідно з положенням "Центр хірургії одного дня" здійснює постійний взаємозв'язок та спадкоємність з консультативно-діагностичними центрами, відділеннями поліклініки, хірургічним відділенням стаціонару, співпрацює з кафедрою "Поліклінічна справа" та кафедрою хірургії ФПО Тернопільської державної медичної академії. Метою цієї співпраці є проведення спільних консультацій, відбір хворих на планове хірургічне оздоровлення, методична робота, апробація та впровадження нових методів діагностики та лікування.

Наказом головного лікаря для постійної роботи в "Центрі одного дня" закріплено лікаря-анестезіолога, анестезистку, операційну сестру, молодшу медичну сестру та затверджено перелік оперативних втручань, які рекомендовані для виконання в Центрі. Це 46 оперативних втручань та маніпуляцій з загальної хірургії, ендоскопії, судинної хірургії, урології, проктології, офтальмології, отоларингології, ортопедії та травматології. Перелік операцій та маніпуляцій був складений відповідно до кваліфікації хірургів та оснащення операційної. Зрозуміло, що виконання таких оперативних втручань у поліклінічних умовах, як: герпіопластика, сафенектомія, секторальна резекція молочної залози, операція Віннельмана та Бергмана, операції з приводу розширення вен сім'яного канатика, кіст сім'яного канатика та додатків яєчка, видалення підшкірно-підслизової нориці прямої кишки, видалення анальних тріщин, накладання та зняття апаратів зовнішньої фіксації та ін., вимагає високої професійної кваліфікації хірургів. Тому, заздалегідь у хірургічних стаціонарах лікарні було проведено стажування хірургів амбулаторно-поліклінічної мережі, яке включало: участь в оперативних втручаннях з наступним їх самостійним виконанням, курацію хворих у післяопераційному періоді та опанування відповідних діагностичних та маніпуляційних прийомів. Це дало можливість не тільки підвищити кваліфікацію амбулаторних хірургів, але за рівнем теоретичної та практичної підготовки визначити коло амбулаторних хірургів, яким дозволяється оперувати в "Центрі одного дня".

Серцем "Центру хірургії одного дня" є операційний блок, який побудований за принципом операційного блоку хірургічного стаціонару. Це передопераційна, яка включає душову кабінку, кімнату для переодягання хірургів та хворого, кімнату для підготовки хірургів до операції, операційну. В операційному блоці розміщені: кімната для анестезіолога та анестезистки та дві післяопераційні палати з 2-ма ліжками для хворих, в яких є монітори для автоматичного слідкування за діяльністю серця та гемодинамічними показниками, необхідний набір інструментів та медикаментів для надання екстреної медичної допомоги, централізована подача кисню.

Запорукою сприятливого перебігу післяопераційного періоду є умови, які створені для післяопераційних хворих удома. Тому, попередньо вивчаються побутові та санітарно-гігієнічні можливості утримання таких хворих удома та проводиться навчання родичів хворого необхідних елементів післяопераційного догляду. Післяопераційний нагляд за цією категорією хворих постійно

здійснює амбулаторно-поліклінічний хірург, який працює за цикловою системою (амбулаторно-поліклінічний прийом-стаціонар удома). Окрім цього, в функціональні обов'язки хірурга входить патронаж за хворими, які були виписані з хірургічного стаціонару в ранньому (2-4 день) післяопераційному періоді, здійснювати перев'язування та зняття швів удома. Він має право викликати на консультацію хірурга, яким був прооперований хворий, завідувача хірургічним відділенням поліклініки, консультантів іншого профілю для уточнення лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів.

Хірургу, який працює в стаціонарі удома надається право здійснювати малі амбулаторні операції з приводу нагнійних процесів м'яких тканин хворим, які за тими чи іншими обставинами не можуть бути транспортовані у поліклініку або госпіталізовані в хірургічний стаціо-

нар лікарні. У цих випадках оперативне втручання здійснюється бригадою у складі: хірург, операційна або перев'язувальна медична сестра, при необхідності залучається анестезіолог та анестезистка. Бригада забезпечується стерильними укладками з набором інструментів, перев'язувального матеріалу для виконання операцій та анестезії (місцевої або провідникової).

На нашу думку робота подібного комплексу "денний стаціонар- Центр хірургії одного дня-стаціонар удома" позитивно впливає на якісні та кількісні показники діяльності хірургії амбулаторно-поліклінічної служби, активізує роботу амбулаторного хірурга, підвищує його відповідальність за здоров'я пацієнта. Крім того, подібний комплекс дає можливість раціонально та ефективно використовувати ліжка хірургічного стаціонару.

Список літератури

1. Указ Президента України про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000.

НОВЫЙ ПОДХОД В ОКАЗАНИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В.Б. Гошинский, И.Р. Мисула, В.И. Полевчик, В.В. Зайцев, О.З. Пятничка (Тернополь)

Статья посвящена проблемам амбулаторно-поликлинической хирургии, в частности работе комплекса "дневной стационар-Центр хирургии одного дня"

NEW APPROACH IN RENDERING OF THE AMBULATORY SURGICAL CARE

V. Goshchinsky, I. Mysula, B. Polyovchuk, V. Zaytsev, O. Pjatnichka (Ternopil)

The article is devoted to the problem of out-patients surgery clinic, specifically the functioning of complex "daily hospital centre of one day surgery".

УДК 614.2:312.6:001.8(477)

Т.С. ГРУЗЕВА (Київ)

НАУКОВЕ ОБґРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ НАСЕЛЕННЯ У ХОДІ ВИБІРКОВОГО КОМПЛЕКСНОГО ВИВЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я, ПРИСВЯЧЕНОГО ВСЕУКРАЇНСЬКОМУ ПЕРЕПISУ

Український інститут громадського здоров'я

Для успішного вирішення питань соціального розвитку країни, ефективного функціонування системи охорони здоров'я громадян, розробки державних соціальних нормативів і соціальних стандартів, прийняття обґрунтованих управлінських рішень необхідна вірогідна детальна інформація про стан здоров'я населення і соціально-гігієнічні чинники, які на нього впливають. Така інформація є основою для розробки національних і регіональних програм розвитку охорони здоров'я, що передбачено політикою Всесвітньої організації охорони здоров'я, Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України [1,2]. Дійсну картину стану здоров'я населення можливо отримати шляхом проведення спеціального вибіркового поглибленого дослідження, присвяченого перепису. Усі інші дослідження не дають такої можливості через розрізненість вивчення окремих показників здоров'я на популяційному та індивідуальному рівнях, несистематизованість за територіальною і часовою ознаками.

У зв'язку з цим традиційно в роки проведення переписів населення як загальнодержавні заходи планувалися дослідження його стану здоров'я. Вони давали можливість отримати об'єктивну багатоаспектну інформацію про стан здоров'я різних статево-вікових, соціальних, етнічних, територіальних, регіональних груп населення, особливості та закономірності його формування, потребу населення в різних видах і обсягах медичної та медико-соціальної допомоги на різних рівнях її надання [3, 5].

Часовий інтервал між переписами та пов'язаними з ними дослідженнями в разі регулярного їх проведення за допомогою порівнювальних методів дає можливість статистично точно виявляти динамічні зміни, що відбувалися в показниках здоров'я населення і прогнозувати їх, а також використовувати цю інформацію для побудови моделей, отримання відповідних розрахункових характеристик у міжпереписний період.

Дослідження здоров'я у зв'язку з переписом дають змогу всебічно оцінити фізичний розвиток, функціональний стан, захворюваність, інвалідність населення та медико-демографічні показники. Методичні підходи, що застосовуються під час проведення таких досліджень, дозволяють повніше з'ясувати дійсний стан захворюваності населення – важливого показника здоров'я, основи для розробки прогнозу, визначення потреб у різних видах медичної та медико-соціальної допомоги [4].

Відомо, що в Україні ведеться поточний суцільний облік захворюваності за звертаннями в лікувально-профілактичні заклади. Ці дані постійно статистично обробляються, дають змогу стежити за територіальними відмінностями частоти захворювань і структури захворюваності, проте малодиференційовані за нозологічними формами, віком, статтю, іншими ознаками. Такі загальні відомості про захворюваність недостатні для наукового прогнозування, мало розкривають суть і причинність процесів, які вивчаються, і лише частково орієнтують організаторів охорони здоров'я на розробку найактуальніших, ефективних заходів розв'язання конкретних питань зміцнення здоров'я та вдосконалення медичної допомоги населенню.

Для розкриття принципових закономірностей та особливостей формування захворюваності потрібні спеціальні поглиблені дослідження, що проводяться на вибіркових територіях. Існують два основних методи і джерела таких досліджень – за даними звертань у лікувально-профілактичні заклади і даними комплексних медичних оглядів.

Поглиблені дослідження захворюваності населення за даними звертань до лікарів проводять на підставі тих самих джерел, що й поточне спостереження за захворюваністю в усіх лікувально-профілактичних закладах, – на підставі записів у первинних облікових документах (медичних кар-

тах амбулаторного хворого, історіях хвороб та ін.). Це дає змогу оцінювати захворюваність всебічно, за комплексом параметрів, а саме: віком і статтю, нозологічними формами і їх групами, конкретними контингентами населення, групами здоров'я, в динаміці, частотою і тривалістю госпіталізації, тяжкістю захворювань тощо.

Проте перспективне планування розвитку охорони здоров'я, визначення потреб населення в медичній допомозі, матеріально-технічному забезпеченні медичних закладів, прогнозування різних явищ і процесів в охороні здоров'я не можуть ґрунтуватися лише на даних про звертання. Усе це надає особливого значення комплексним медичним оглядам як методу вивчення захворюваності, особливо тоді, коли є потреба об'єктивно обґрунтувати програми розвитку охорони здоров'я.

Високі рівні загальної захворюваності, виявлені під час комплексних медоглядів, підкреслюють їхню ефективність. На думку деяких авторів, основною метою вивчення захворюваності методом медичних оглядів є дослідження латентної захворюваності, інші оцінюють цей метод як дуже важливе доповнення до статистики захворюваності за звертаннями, як метод, не підпорядкований суб'єктивному сприйняттю хвороби, можливість звернутися до лікаря. Тобто метод медичних оглядів має такі переваги, яких не має метод вивчення захворюваності за звертаннями.

Виявлення захворювань методом комплексних медоглядів дає змогу не тільки коригувати дані, одержані за звертаннями, мати повніше уявлення про захворюваність, а й виявляти недоліки в забезпеченні медичною допомогою конкретних контингентів населення, організувати відповідно до цього весь комплекс лікувально-профілактичних заходів. Проте і комплексні медогляди дають до деякої міри обмежені відомості про захворюваність. По-перше, немає змоги простежити за перебігом гострих захворювань, по-друге, вивчення захворюваності може проводитися періодично, причому лише на окремих, спеціально відібраних репрезентативних базах.

Інформація, одержана за звертаннями до лікарів і під час медоглядів одного й того самого контингенту населення, дає змогу визначити так звану кориговану захворюваність – захворюваність за звертаннями, уточнену і доповнену даними про хронічні захворювання, вперше виявлені під час медогляду, а також про випадки, коли поставлені діагнози захворювань під час медогляду не підтвердилися. Ці показники найповніше характеризують дійсну захворюваність населення.

Комплексні медогляди як метод і джерело вивчення захворюваності застосовувалися у ба-

гатьох дослідженнях. Важливе значення для їхньої організації та проведення має цільова установка дослідження (і відповідні до неї критерії, програми, тести), характеристика осіб, які підлягають обстеженню (особливо коли оцінюють активність звертань до лікарів, як показник захворюваності), умови виявлення захворювань (оснащеність), склад лікарів, які проводили обстеження (за фахом і рівнем кваліфікації) тощо.

Залежно від сформульованої мети і завдань, а також критеріїв обліку захворювань під час обстеження одного й того самого об'єкта (контингенту населення) можуть бути одержані різні значення частоти розвитку хронічних захворювань. Цю обставину слід враховувати, плануючи динамічні спостереження за станом захворюваності. В разі випадання однієї або кількох ланок із ланцюга вузлових моментів пізнавального завдання, насамперед чіткого визначення цільової установки та забезпечення реальних умов для її здійснення, порушується порівняльність важливих характеристик, що загрожує виникненням принципових помилок в інтерпретації явищ, які вивчаються.

Дослідники в кожному новому спостереженні повинні застосовувати методи, програми, критерії, зокрема критерій межі між здоровим і хворим, аналогічні таким, що застосовувалися під час попередніх переписів. Це стосується діагностичних методик, тестів, що дають змогу "відчутти" наявність захворювання на певній стадії його розвитку, що суб'єктивно передбачено та об'єктивно проявляється.

Сьогодні питання обґрунтування програми медичних оглядів населення набуває особливої актуальності у зв'язку з підготовкою вибіркового комплексного вивчення стану здоров'я населення України, пов'язаного з переписом 2001 р. Згідно з постановою (№1536 від 28.09.98) та розпорядженням Кабінету Міністрів України (№51-р від 21.02.2001) перепис в Україні буде проведено 5–14 грудня 2001 р. Він стане першим переписом в Україні – суверенній державі.

Усвідомлюючи необхідність отримання вірогідної, диференційованої та детальної інформації про стан здоров'я населення України на межі тисячоліть, Міністерство охорони здоров'я провело значну роботу з підготовки до комплексного вивчення стану здоров'я під час Всеукраїнського перепису населення. Видано низку наказів МОЗ України, якими визначено склад організаційного комітету з підготовки дослідження, відповідальних за обґрунтування і розробку методики та програми. Ця робота проводиться в Українському інституті громадського здоров'я. В цілому планується дотримуватись основних методич-

них принципів вивчення стану здоров'я минулих переписів (вибірковий метод дослідження, випадковий тип добору осіб, методика добору діагнозів для обчислення загальної захворюваності).

Метою проведення медичних оглядів є отримання диференційованої інформації за основними показниками здоров'я населення в розрізі статево-вікових, соціальних груп міського та сільського населення різних регіонів України.

Основні завдання медичних оглядів:

- вивчення характеристик здоров'я населення і його різних груп за рівнем фізичного розвитку і функціонального стану;
- визначення у складі населення на основі індивідуальної оцінки здоров'я частки здорових осіб і осіб, хворих на різні хронічні захворювання та їх поєднання;
- визначення поширеності патології на рівні нозологічних форм і основних синдромів, а також потреби населення у різних видах медичної допомоги, коригувальних і замінних засобів, рекомендацій щодо зміни умов і способу життя;
- вивчення деяких характеристик репродуктивної поведінки;
- визначення співвідношення суб'єктивних і об'єктивних оцінок показників здоров'я;
- отримання комплексної оцінки стану здоров'я населення держави, її регіонів і окремих територій.

Методика проведення медичних оглядів має враховувати порівняльне значення проблем, пов'язаних із поширеністю захворювань, наявність служб охорони здоров'я з відповідно підготовленим персоналом для роботи з даними масових медичних оглядів (клінічними, епідеміологічними, соціально-гігієнічними), можливість проведення наступних заходів і наявність ресурсів на забезпечення масових медичних обстежень.

В Українському інституті громадського здоров'я обґрунтовані обсяги вибіркового сукупностей, визначені бази дослідження в регіонах України. Для цього були відібрані: Вінницька область із центрального регіону, Рівненська – з західного, Донецька (Луганська) – з південно-східного, Одеська або Миколаївська – з південного, м. Київ – столиця, Овруцький район Житомирської області – територія, що зазнала радіоактивного забруднення. Ці території репрезентативно представляють усі регіони України.

Дослідження проводитиметься на вибіркових сукупностях, сформованих у міських поселеннях і сільській місцевості. У кожній сукупності в разі вивчення захворюваності за даними медичних оглядів буде охоплено 10–12 тис. населення.

Завдання медичних оглядів, зокрема забезпечення порівняльності результатів, виявлення

регіональних проблемних ситуацій, можуть бути вирішені за умови єдності лікарських бригад, достатності їхнього оснащення, суворості стандартизації методичних прийомів.

Передбачається, що для виявлення патології огляди всього вибіркового контингенту населення проводитимуться бригадою з 9 лікарів-спеціалістів, які забезпечать інформаційну потребу майже 60 лікарів "вужчих" спеціальностей. Так, лікар-терапевт, який входить у бригаду, повинен бути підготовлений для виявлення патології, медичне забезпечення якої покладається на лікарів 16 спеціальностей терапевтичного профілю (кардіолог, нефролог, ендокринолог, пульмонолог, інфекціоніст, алерголог та ін.) хірург – 12 спеціальностей хірургічного. Крім того, будуть сформовані діагностичні групи з лікаря-рентгенолога, лікаря функціональної діагностики, лікаря-лаборанта, а також залучатиметься потрібний середній і молодший персонал.

Загальну організацію проведення медичних оглядів координуватиме лікар групи з вивчення стану здоров'я населення. На чолі бригади стоятиме лікар-терапевт, який завершуватиме медичний огляд. Лікарі, які входять до складу бригади, повинні бути підготовлені, забезпечені інструктивною і методичною документацією. Початок оглядів планується на II півріччя 2001 р.

Для проведення медичного огляду вибіркового контингентів населення виділятиметься частина одного з територіальних лікувально-профілактичних закладів, бажано з окремим входом для контингенту, що запрошується на огляд. Потрібно оглянути не менше ніж 70% відібраних контингентів населення, щоденно запрошуватиметься не більше ніж 50 осіб. Запрошення на медичний огляд надсилатимуться за 7 днів до початку медичного огляду на основі Карти особового обліку. Одночасно із запрошеннями заповнюватиметься Карта медичного огляду (паспортна частина та ідентифікаційний номер особи – із Таблиці "персон"), яка обґрунтована і розроблена в інституті та є основним документом, що визначає змістову частину, програму медичного огляду, забезпечує її єдність для усіх категорій.

Карта медичного огляду побудована за принципом забезпечення виявлення і відображення обов'язкового мінімуму ознак, необхідних для проведення стандартизації діагностики у розрізі лікарських спеціальностей, і фактично визначає програму та порядок проходження обстеження. Цей документ охоплює показники фізичного розвитку, функціонального стану оглянутих, дані отоларингологічного, офтальмологічного, дерматологічного, психосоматичного, неврологічного, хірургічного, терапевтичного, акушерсько-гінекологічного

обстеження, про діяльність основних органів та систем організму, лабораторних досліджень, флюорографії, електрокардіографії. Стандартизація клінічних і лабораторних даних дозволить не тільки виявити синдроми і захворювання, а й визначити їх тяжкість, потребу в певних видах медичної допомоги, виробом медичного призначення.

Карта підлягала експертній оцінці головними спеціалістами Міністерства охорони здоров'я за профілями діяльності. Результатом обстеження стану здоров'я бригадою лікарів-спеціалістів є висновок керівника бригади щодо клінічної оцінки стану за групами здоров'я та наступної його корекції. Кожний спеціаліст у разі потреби рекомендуватиме ті чи інші методи обстеження, лікування і корекції. При цьому визначатиметься місце лікування (амбулаторно-поліклінічне, стаціонарне, санаторно-курортне), його вид (медикаментозне, хірургічне, фізіотерапевтичне тощо), потреба в коригувальних засобах (окуляри, слухові апарати, протези, засоби пересування тощо), відповідність соціальних умов стану здоров'я, характеру і режиму праці: у дітей – навчанню і вихованню, у жінок – репродуктивній поведінці (заклучна частина Карти).

Під час обстеження Карта медичного огляду видаватиметься реєстратором кожному запрошеному разом із маршрутним листком або поясненням до маршруту. Одночасно складатиметься перелік осіб, які отримали ці документи. Маршрут руху пацієнта визначатиметься на кожній території залежно від умов розміщення і планування виділеного приміщення.

До відвідування лікарів-спеціалістів обов'язково треба зробити лабораторне та флюорографічне дослідження, пройти функціональну діагностику (ЕКГ), результати яких повинні надаватися у розпорядження лікарів.

Передбачаються випадки уточнення діагнозу шляхом запиту відповідної документації у певних ЛПЗ: у межах бригади, в тому числі з при-

значенням додаткових методів дослідження; за межами бригади – у лікарів-спеціалістів провідного спеціалізованого закладу; в разі потреби – шляхом госпіталізації.

Облік осіб, направлених на уточнення діагнозу до спеціалістів поза бригадою, вестиметься в єдиному для бригади спеціалізованому журналі, який зберігатиметься у керівника бригади. Документація (Карти медичного огляду) осіб, направлених на консультацію для уточнення діагнозу, зберігатиметься також у керівника бригади і видаватиметься лікарю, який направляв хворого, після повернення особи з дообстеження. В кінці дня звірятимуться переліки і заповнені Карти медичного огляду, накопичені у терапевта, що завершує медогляд.

Вивчення поширеності патології за результатами експертизи стану здоров'я вибіркового контингентів населення зорієнтоване на отримання інформації, що забезпечує вирішення перспективних завдань охорони здоров'я. Цього можна досягти обмеженням складу бригад лікарів, підготовкою спеціалістів до діагностики всього спектра патології, що може бути об'єктом діяльності різних служб охорони здоров'я, проведенням діагностики стану здоров'я із застосуванням сучасної технології діагностичного процесу. Вивчатиметься суб'єктивне ставлення хворого до свого здоров'я, а також соціальні рекомендації і потреби у виробом медичного призначення, сучасних коригувальних і замінних засобах.

Проведення медичних оглядів у різних регіонах України за єдиною методикою з урахуванням даних про звертання в лікувально-профілактичні заклади, результатів медико-соціологічних досліджень дозволить комплексно оцінити стан здоров'я дитячого і дорослого населення, визначити потреби в різних видах медичної та медико-соціальної допомоги, стане надійним підґрунтям для розробки програм розвитку охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Здоровье 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ.* – Копенгаген: ВОЗ ЕРБ. – 1999. – № 6: Европ. сер. по достижению здоровья для всех. – 310 с.
2. *Концепція розвитку охорони здоров'я населення України.* – Одеса, 2001. – 29 с.
3. *Максимова Т.М., Какорина Е.П., Лушкина П.П. и др.* Оценка состояния здоровья населения по результатам пробной переписи населения 1997 г. // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1999. – №1. – С.12–17.
4. *Тищук Е.А.* К вопросу об актуальности некоторых направлений изучения состояния здоровья населения в современных условиях // Экономика здравоохранения. – 1999. – №11. – С.18–22.
5. *Щепин О.П.* Роль социально-гигиенической науки в реформировании здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 1998. – №1. – С.5–6.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАМЫ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ В ХОДЕ ВЫБОРОЧНОГО КОМПЛЕКСНОГО ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ, ПРИУРОЧЕННОГО ВСЕУКРАИНСКОЙ ПЕРЕПИСИ

Т.С. Грузева (Киев)

Освещены вопросы обоснования программы медицинских осмотров населения, планирующихся к реализации в ходе выборочного комплексного изучения здоровья населения в связи с Всеукраинской переписью 2001 г. Изложены цель, задачи исследования, базовые территории, объем выборочных совокупностей, перечень основных групп показателей, характеризующих состояние здоровья, тестов, лабораторных исследований. Описана технология проведения осмотров.

SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF MEDICAL EXAMINATION PROGRAMME AS A PART OF A POPULATION HEALTH COMPLEX STUDY TO BE CARRIED OUT IN CONNECTION WITH ALL-UKRAINIAN CENSUS

Hruzeva T.S. (Kyiv)

The article is devoted to some practical items as well as general substantiation of a population-based medical examination programme as a part of a broad practical programme of health status study of some selective contingents to be planned for realization in connection with All-Ukrainian Census for 2001. The aim and tasks of this medical examination programme, the base territories for it to be carried out, the volume of selected complex characteristics and the number of main groups of indices for estimation of population health status based on obtained medical check-ups data, various tests results as well as laboratory analyses and instrumental examinations were outlined. The technology of such medical examinations has been also given.

УДК 614.2 : 618.2 - 079.7 - 056.7 - 084 90 (477)

В.В. РУДЕНЬ

СЕЛЕКТИВНИЙ СКРИНІНГ ІНВАЗИВНОЇ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ – ЯК ОСНОВНИЙ МЕХАНІЗМ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕНЕТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького

Вторинна профілактика природженої та спадкової патології в системі медико-генетичного консультування як в Україні, так і світі включає в себе програму селективного скринінгу інвазивної пренатальної діагностики методів: амніоцентезу, біопсії хоріона та плаценти, кордоцентезу та біопсії шкіри плода [7] з подальшим цитологічним, цитогенетичним, молекулярно-генетичним, біохімічним, гормональним, морфологічним та імунохімічним аналізом плідного та навколоплідного матеріалу.

Селективний скринінг пренатальної діагностичним плода здійснюється як правило в I та II триместрах вагітності, що дає можливість встановити точний діагноз ще до народження дитини, а у випадку генетичної патології плода перервати вагітність методом елімінації без ризику для матері, коли плід є ще не життєздатним [1].

Значну роль в розумінні процесу передродової діагностики населенням та вагітними зокрема відіграє медико-генетичне консультування, інформація якого повинна бути об'єктивною, не-

упередженою, чутливою як до самої вагітної так і її сім'ї. Це дозволяє підготувати батьків, в першу чергу психологічно, в разі необхідності, до прийняття правильного рішення щодо подальшого перебігу вагітності.

Показами для проведення селективного скринінгу інвазивної пренатальної діагностики є: вік вагітної 35 років і більше; хромосомні порушення та захворювання у родичів; в анамнезі народження дитини (плода) з природженими вадами розвитку; наявність у батьків в анамнезі даних щодо тератогенного впливу на організм; підозра на природжені вади розвитку плода під час масового ультразвукового скринінгу [6].

Застосування інвазивних методів пренатальної діагностики, на думку Горина В.С., Серова В.Н., Жобина С.Г. и др. (2000), є обґрунтованим та доцільним лише тоді, коли ризик народження генетичне хворої дитини більший за ризик ускладнень після застосування акушерсько-хірургічних втручань [3].

Автором проведений науковий аналіз обсягу та результатів селективного скринінгу інвазивної пренатальної діагностики, котрий виконувався в системі охорони здоров'я країни протягом 1994-2000 років [2].

В Україні інвазивними втручаннями через програму селективного скринінгу протягом 1994-2000 років щорічно охоплювалося 0,16 - 0,33 % усіх вагітних жінок, котрі знаходилися під наглядом в жіночих консультаціях Міністерства охорони здоров'я. Це дозволило пренатально в 7,46 % обстежених вагітних жінок виявити спадкову та природжену патологію.

Для порівняння, у Данії щорічно 10-12 % вагітних жінок проходять інвазивні діагностичні обстеження і цим самим виявляється 40 % плодів тільки з синдромом Дауна [15]. В Іспанії інвазивна пренатальна діагностика виконується в 41 % вагітних жінок, хоча в цій країні сама пренатальна діагностика не є пріоритетом в медицині, а клінічна генетика не є офіційно визнаною урядом лікарською спеціальністю [18].

Отримані дані обсягу програми селективного скринінгу інвазивної пренатальної діагностики за аналізований період засвідчують, що в структурних підрозділах медико-генетичної служби країни в цілому було виконано 8 466 досліджень. При цьому встановлено, що в середньому в країні щорічно виконувалося $1\,209 \pm 0,46$ інвазивних досліджень при коефіцієнті варіації (C_v)=0,1 %.

Результати дослідження засвідчують, що інтенсивний показник виконаних інвазивних пренатальних досліджень в 1994 році становив 291,53, у 1995 році – 166,32, у 1996 році – 266,11, 1997 році – 227,7, 1998 році – 230,63, 1999 році – 342,86 та 335,86 у 2000 році на 100 000 вагіт-

них, котрі знаходилися на обліку в жіночих консультаціях МОЗ України.

Обстеження вагітних з підозрою на генетичну патологію плода, як результат масового скринінгу вагітних, за період, що вивчався, виконувалося безпосередньо в шести міжобласних медико-генетичних центрах країни (ММГЦ), республіканському медико-генетичному центрі (МГЦ) Автономної Республіки (АР) Крим та міському медико-генетичному кабінеті міста Севастополь. Результати обсягу виконаних обстежень в структурних підрозділах медико-генетичної служби країни подано в табл. 1.

Аналіз статистичних даних табл. 1 стверджує, що найбільш вдало ця робота за аналізований період поставлена в Донецькому ММГЦ, де інвазивні пренатальні обстеження зроблені в 2 209 вагітних, що відповідає 26,09 % в структурі загального числа виконаних досліджень. У Криворізькому ММГЦ значимість цих даних відповідно становить 2 074 дослідження або 24,49 %, республіканському МГЦ АР Крим - 2 021 обстеження чи 23,87 %, Львівському ММГЦ - 1203 обстеження або 14,21%. У всіх інших ММГЦ країни проведено лише 1 021 обстеження вагітних методами інвазивної пренатальної діагностики, що складає 1,34 % числа виконаних досліджень щодо раннього виявлення генетичної патології плода.

Дослідженнями встановлено, що в структурі виконаних інвазивних пренатальних обстежень серед вагітних за період 1994 – 2000 роки в системі охорони здоров'я країни щодо виявлення генетичної патології у плода дослідження амніотичної рідини складають 54,46 %, біоптату плаценти – 22,58 %, ворсин хоріону – 21,20 %, дослідження пуповинної крові – 1,76 %.

Для порівняння у Франції в структурі інвазивної пренатальної діагностики 70 % займає амніоцентез, 23 % - кордоцентез і 7 % складають дослідження ворсин хоріону [11].

Пріоритетність в дослідженні амніотичної рідини в нашій країні не є випадковою, оскільки в Ізраїлі, Канаді, Англії та багатьох інших країнах амніоцентез в останні десятиріччя залишається основним методом отримання клітин плода для подальшого каріотипування [23, 27, 31]. А в таких країнах як Швеція та Фінляндія амніоцентез в пренатальній діагностиці займає відповідно 90 % та 85 % від числа виконаних інвазивних досліджень у вагітних [13, 25].

Метою амніоцентезу, як акушерсько-хірургічної процедури, є отримання амніотичної рідини з порожнини амніона трансабдомінальним чи трансцервікальним методами для подальших біохімічних та цитогенетичних досліджень, де найбільшу діагностичну значимість має концент-

Таблиця 1. Обсяг виконаних досліджень селективного скринінгу інвазивної пренатальної діагностики серед вагітних в 1994 - 2000 роках в розрізі структурних підрозділів медико - генетичної служби

Назва структурного підрозділу медико-генетичної служби	Виконано досліджень в 1993 - 1999 роках за видами інвазивної пренатальної діагностики											
	Амніоцентез		Біопат плаценти		Ворони хоріону		Пуповинна кров		Всього			
	Абс. Число	На 100 обстежень	Абс. Число	На 100 обстежень	Абс. Число	На 100 обстежень	Абс. Число	На 100 обстежень				
1. Республіканський ММГК АР Крим	813.00	40.23	688.00	34.04	517.00	25.58	3.00	0.15	2021.00			
2. Донецький ММГЦ	1656.00	74.97	240.00	10.87	282.00	12.76	31.00	1.40	2209.00			
3. Київський ММГЦ	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
4. Криворізький ММГЦ	1381.00	66.59	77.00	3.72	612.00	29.50	4.00	0.19	2074.00			
5. Львівський ММГЦ	646.00	53.69	412.00	34.25	80.00	6.66	65.00	5.4	1203.00			
6. Одеський ММГЦ	14.00	45.16	14.00	45.16	3.00	9.68	-	-	31.00			
7. Харківський ММГЦ	58.00	20.00	14.00	4.83	172.00	59.31	46.00	15.86	290.00			
8. ММГК м. Севастополь	43.00	6.75	466.00	73.04	129.00	20.21	-	-	638.00			
Україна	4611.00	54.46%	1911.00	22.58%	1795.00	21.20%	149.00	1.76%	8466.00			

Таблиця 2. Результати підтверджених досліджень за програмою селективного скринінгу інвазивної пренатальної діагностики серед вагітних в 1994 - 2000 роках в розрізі структурних підрозділів медико - генетичної служби

Назва структурного підрозділу медико-генетичної служби	Діагноз підтверджено					
	Всього		В т. Ч. У плода		В т. Ч. У нон :	
	Абс. Число	На 100 випадків виявленої патології	Абс. Число	На 100 перерваних вагітностей	Абс. Число	Абс. Число
1. Республіканський МГЦ АР Крим	56.00	81.15	56.00	93.33	-	-
2. Донецький ММГЦ	154.00	75.12	139.00	91.44	15.00	15.00
3. Київський ММГЦ	-	-	-	-	-	-
4. Криворізький ММГЦ	110.00	70.96	87.00	82.85	23.00	23.00
5. Львівський ММГЦ	110.00	93.22	103.00	95.37	7.00	7.00
6. Одеський ММГЦ	1.00	100.00	1.00	100.00	-	-
7. Харківський ММГЦ	50.00	100.00	48.00	100.00	2.00	2.00
8. ММГК М Севастополь	17.00	50.00	13.00	46.42	4.00	4.00
Україна	498.00	78.79	447.00	89.00	51.00	51.00

рація альфа – фетопротеїну та отримані таким способом клітини плода.

Оптимальним терміном для проведення амніоцентезу є 14 – 16 тижні вагітності. Саме в цей час в амніотичній порожнині накопичується достатня кількість амніотичної рідини і при цьому в ній є найбільше число придатних для дослідження клітин. Окрім того, є можливість і час для повторного амніоцентезу у випадку, якщо амніотичну рідину отримати не вдалося. Сьогодні, оскільки вся процедура амніоцентезу проводиться під ультразвуковим контролем, є випадки отримання амніотичної рідини починаючи з 7-тижнів вагітності [19].

Ускладнення при застосуванні амніоцентезу як правило зводиться до мінімуму, але при цьому частота загибелі плода (спонтанний аборт, антенатальна та неонатальна смертність) після проведеного амніоцентезу складає 2,4 – 5,2 %, тоді як самовільне переривання вагітності знаходиться в межах загальнопопуляційних показників щодо спонтанних абортів та передчасних пологів – 1,7-4,1 % [9].

Найчастіше метод амніоцентезу в Україні за період, що вивчався, застосовувався в Донецькому (74,97 дослідження амніотичної рідини на 100 обстежених вагітних), Дніпропетровському (66, 59 дослідження амніотичної рідини на 100 обстежених вагітних) та Львівському (53,69 дослідження амніотичної рідини на 100 обстежених вагітних) міжобласних медико-генетичних центрах.

В практиці інвазивної пренатальної діагностики з кінця 70-х років широко застосовуються під контролем ультразвуку трансцервікальна та трансабдомінальна аспірація хоріону, що дозволяє отримувати прямі хромосомні препарати із клітин ворсин хоріону та кусочків плаценти уже в I триместрі вагітності [20, 22] в період з 7-го по 16-й тиждень вагітності [5, 26].

Такий підхід в пренатальній діагностиці, з використанням результатів клітинних культур хоріону та плаценти, дозволяє попередити психологічні та технічні проблеми з якими зустрічаються сім'ї в II триместрі вагітності, що іноді вимушує деяких з них відмовитися від пренатальної діагностики навіть у випадках з високим генетичним ризиком.

Ризик пренатальних втрат плода після застосування трансабдомінального методу інвазивної діагностики становить 1-3 %, тоді коли після використання трансцервікального 6,3-14 % [8].

Дослідження біоптату плаценти за вивчений період в структурі інвазивної пренатальної діагностики займає друге рангове місце і становить 22,58 % від загального числа виконаних інвазивних досліджень вагітним жінкам.

При цьому найчастіше виконувалися дані дослідження протягом 1994-2000 років у Севасто-

польському міському медико-генетичному кабінеті (ММГК) (73,04 дослідження біоптату плаценти на 100 обстежених вагітних), Одеському (45,16 дослідження біоптату плаценти на 100 обстежених вагітних), Львівському (34,25 дослідження біоптату плаценти на 100 обстежених вагітних) ММГЦ та республіканському МГЦ АР Крим (34,04 дослідження біоптату плаценти на 100 обстежених вагітних).

Третє рангове місце в структурі інвазивних методів дослідження вагітних щодо виявлення генетичної патології плода становлять дослідження ворсин хоріону (21,20 % від числа всіх виконаних обстежень).

Метод інвазивного пренатального дослідження ворсин хоріону є значно безпечнішим у виконанні та ефективним при встановленні діагнозу спадкової патології у плода. Більше всього за аналізований період ворсини хоріону досліджувалися у Харківському (59,31 дослідження ворсин хоріону на 100 обстежених вагітних), Криворізькому (29,50 дослідження ворсин хоріону на 100 обстежених вагітних) ММГЦ та республіканському МГЦ АР Крим (25,58 дослідження ворсин хоріону на 100 обстежених вагітних).

При обстеженні вагітних з високим ризиком спадкової та природженої патології є недоцільним повністю поклатися тільки на результати каріотипування цитотрофобласта і клітин ворсин хоріону, оскільки вони можуть бути екстраембріонального генезу. Сьогодні в практичній діяльності пренатальної діагностики, під контролем ультразвуку, в значній мірі застосовується метод кордоцентезу [28].

Запровадження методу кордоцентезу в клінічну практику зробило значний прогрес в інвазивній пренатальній діагностиці щодо діагностики спадкового чи природженого захворювання. Цей метод дає можливість як підтвердити результати інших методів інвазивної пренатальної діагностики [14], так іноді він є єдино можливим і точним в діагностиці генетичної патології [29], а цитогенетичне, молекулярне - біологічне, біохімічне та імунологічне вивчення крові плода мають реальні переваги в передродовій діагностиці [10].

Процедуру взяття пуповинної крові плода проводять в термін з 16 до 27 тижнів вагітності жінки, що дозволяє діагностувати у плода хромосомні захворювання, гематологічні спадкові хвороби (гемоглобінопатії, коагулопатії, тромбоцитопенії), імунодефіцити, внутрішньоутробні інфекції та гематологічний статус при резус-сенсibiliзації [30].

Частота ускладнень після застосування методу кордоцентозу в середньому складає 3,2-6,5 % [4], тоді як фетальні втрати протягом двох тижнів з моменту його виконання залежать від того, за

якими показами він проводився, і складають відповідно 1,7 % та 14 % при нормальному розвитку плода, структурних аномаліях і затримці розвитку плода [21].

Науковий аналіз отриманих статистичних даних констатує, що лише в 1,76 % (четверте рангове місце) в структурі інвазивних пренатальних досліджень в нашій країні припадає на метод кордоцентезу, тоді як у Франції частка кордоцентезу серед всіх інвазивних втручань складає 23 % [12], а в США в багатьох центрах його призначають більшості вагітних жінок з УЗД-маркерами хромосомних захворювань [17].

Згідно з отриманими статистичними даними цей вид інвазивного пренатального дослідження протягом аналізованого періоду найчастіше виконувався в Харківському (15,86 досліджень пуповинної крові на 100 обстежень у вагітних), Львівському (5,4 дослідження пуповинної крові на 100 обстежень у вагітних) та Донецькому (1,40 досліджень пуповинної крові на 100 обстежень у вагітних) міжобласних медико-генетичних центрах.

Значимість інтенсивного показника рівня виконаних інвазивних досліджень серед вагітних, котрі знаходилися під наглядом в жіночих консультаціях системи охорони здоров'я України - як результат вторинної профілактики природженої та спадкової патології, в розрізі виконаних методів інвазивних пренатальних досліджень, засвідчують дані рис. 1.

Науковий аналіз результатів скринінгових селективних програм інвазивної пренатальної діагностики, виконаної серед вагітних жінок в медико-генетичних центрах (консультаціях) стверджує, що цими методами діагностовано генетичну патологію у 632 вагітних, в тому числі: в 1994 році - 14,88 % випадків, в 1995 році - 14,39 % випадків, в 1996 році - 15,04 % випадків, 1997 році - 12,65 % випадків, 1998 році - 12,34 % випадків, 1999 році - 15,66 % випадків, 2000 році - 15,04 % випадків.

При цьому, щорічно в середньому, за аналізований період, було діагностовано $90 \pm 0,30$ ($C_v = 0,9$ %) випадків генетичної патології, тоді як показник частоти виявленої патології на 100 обстежених вагітних за вивчений період становив $53,86 \pm 0,77$ випадків.

Аналіз виявлення генетичної патології в розрізі структурних підрозділів медико-генетичної служби засвідчує, що в 32,43 % від загального числа виявленої генетичної патології (205 випадків) діагностувалася спадкова та природжена патологія у Донецькому, в 24,53 % (155 випадків) Криворізькому та Львівському - 18,68 % (118 випадків) ММГЦ. Значно менше було виявлено генетичної патології плода інвазивними методами діагностики в республіканському МГЦ АР Крим

(10,92 % або 69 випадків), Харківському (7,92 % чи 50 випадків) та Одеському (0,15 % або один випадок) ММГЦ, Севастопольському ММГК (5,37 % або 3,4 випадки).

Відповідно до отриманих статистичних даних автором обчислені показники співвідношення діагностованої генетичної патології у вагітних. Так, в республіканському МГЦ АР Крим показник співвідношення становить один плід з виявленою генетичною патологією на 29,28 вагітних, обстежених інвазивними пренатальними методами діагностики, в Севастопольському ММГК - один на 18,76, в Одеському, Криворізькому, Донецькому, Львівському ММГЦ відповідно одна діагностована генетична патологія на 31,00 обстежену вагітну; одна на 13,38; одна на 10,77; одна на 10,19 та Харківському ММГЦ одна діагностована генетична патологія на 5,8 обстежених вагітних.

В цілому по Україні в 1994-2000 роках показник співвідношення інвазивних пренатальних методів діагностики становить один діагностований випадок генетичної патології на 13,39 обстежених вагітних.

Інтенсивний показник генетичної патології, виявленої інвазивними пренатальними методами діагностики за аналізований період в цілому складав $7,46 \pm 0,77$ випадки діагностованої генетичної патології на 100 обстежених даними методами вагітних (при $C_v = 2,65$ %). При цьому показник поширеності діагностованої природженої та спадкової патології в 1994 році становив 5,62; 1995 році - 10,55; 1996 році - 7,16; 1997 році - 7,38; 1998 році - 7,76; 1999 році - 7,77 та 7,62 у 2000 році на 100 вагітних, обстежених інвазивними методами в пренатальний період.

Принциповим на сьогодні в системі медико-генетичного консультування України лишається питання можливого переривання вагітності у жінок з генетично ураженим плодом. Не дивлячись на значні зусилля лікаря-генетика щодо переконання батьків, з врахуванням їх психологічного стану, прийняти єдине правильне рішення щодо даної вагітності, останнє слово лишається за ними [24]. Тільки розуміння батьками наслідку високого генетичного ризику народження дитини зі спадковою чи природженою патологією, дозволить їм бути однодумцями в даному питанні з лікарем-генетиком. Проте в Італії діє Закон 194/1978, котрий оговорює механізм переривання вагітності у жінок з пренатально діагностованим генетично ураженим плодом [16].

Згідно отриманих статистичних даних в період з 1994 по 2000 роки включно в системі охорони здоров'я України, як результат інвазивної діагностики, вагітність була перервана шляхом елімінації ураженого плода в 502 випадках (див. дані рис. 2), що становить 79,43 % від загаль-

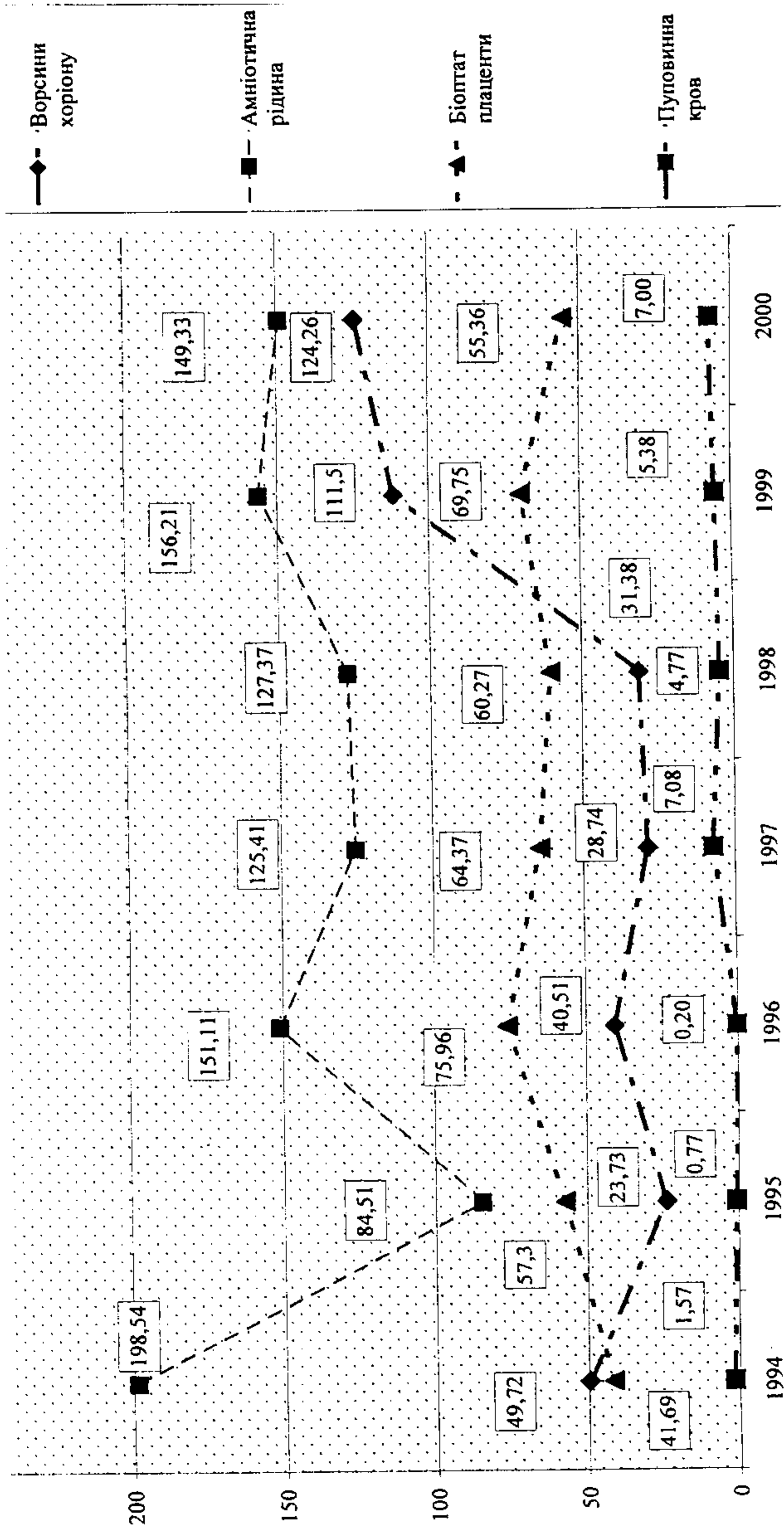


Рис. 1. Рівень інтенсивних показників пренатальної діагностики в 1994-2000 роках (на 100000 вагітних, котрі знаходилися під наглядом в жіночих консультаціях МОЗ України) в розрізі методів інвазивних досліджень

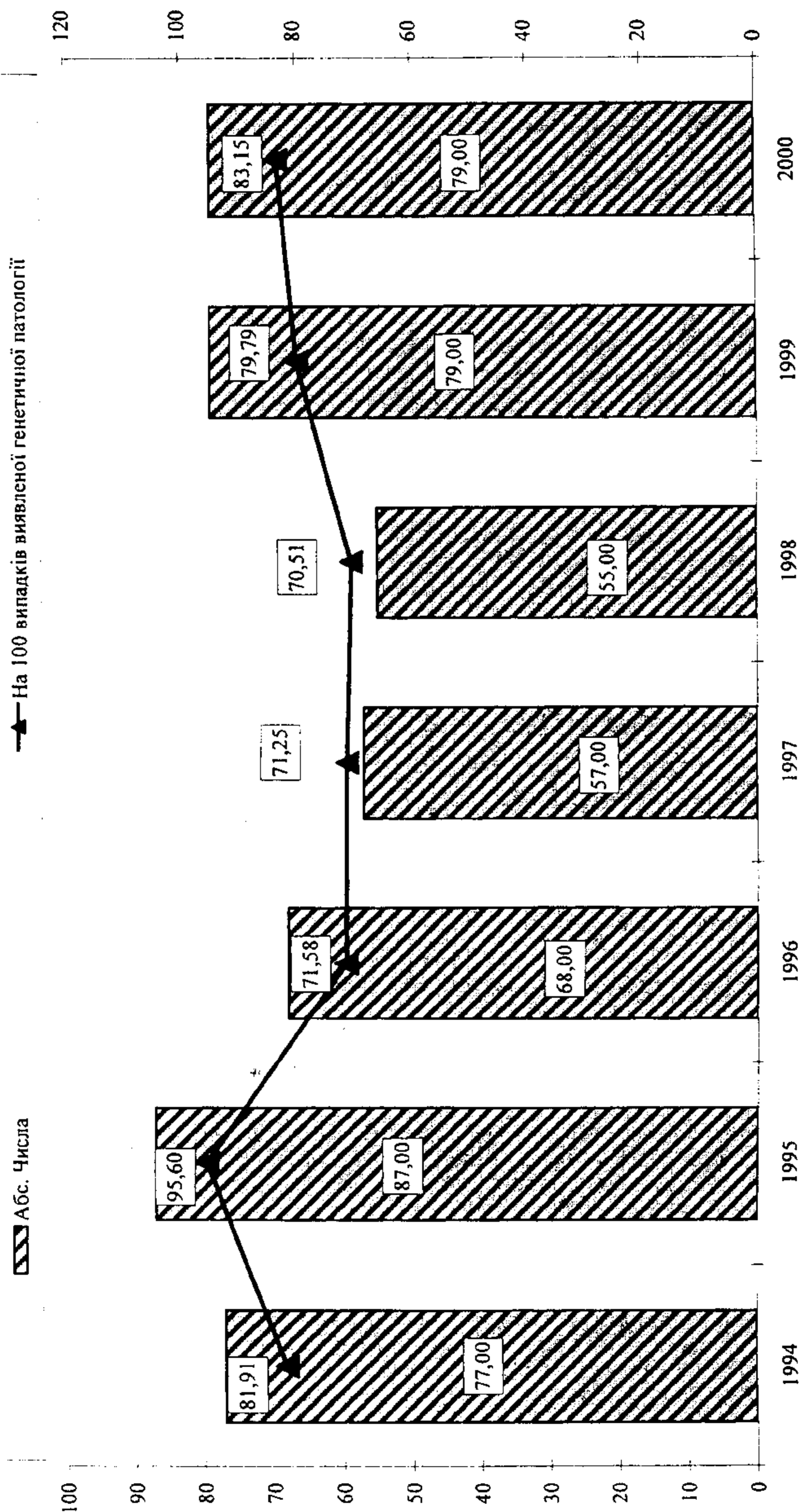


Рис.2. Кількість перерваних вагітностей (абс. числа) у пренатальному періоді та показники поширеності перерваних вагітностей у жінок в Україні (на 100 випадків виявленої генетичної патології інвазивними методами) в період 1994-2000 років

ного числа виявленої генетичної патології. Це дало можливість в сім'ях позбутися складних соціально-економічних та психологічних проблем.

Щорічно в середньому за аналізований період переривалося $71 \pm 0,77$ вагітностей у жінок через пренатально діагностовану інвазивними методами спадкову чи природжену патологію, при $C_v = 2,87\%$.

Автором встановлено, що показник поширеності перерваних вагітностей в Україні за період, що вивчався, (дані рис. 2) становить в цілому $79,43 \pm 0,003$ ($C_v = 0,01\%$) на 100 випадків виявленої генетичної патології, тоді як загальний показник співвідношення складає один випадок перерваної вагітності до 1,25 випадків виявленої генетичної патології у плода.

При цьому показник співвідношення перерваних вагітностей через генетичне ураження плода в розрізі територіальності структурних підрозділів медико-генетичної служби становить в Криворізькому ММГЦ один випадок перерваної вагітності на 1,47 випадку виявленої генетичної патології у плода, Донецькому ММГЦ - один на 1,34; Севастопольському ММГК - один на 1,21; республіканському МГЦ АР Крим - один на 1,15; Львівському ММГЦ - один на 1,21; Харківському ММГЦ - один на 1,04 та Одеському ММГЦ - один на один.

Згідно з отриманими статистичними даними, в 30,28 % вагітність у жінок переривалася в генетично ураженого плода в Донецькому ММГЦ; 21,52 % - у Львівському ММГЦ; 20,91 % - у Криворізькому ММГЦ; 11,91 % - у республіканському МГЦ АР Крим; 9,56 % - Харківському ММГЦ; 5,57 % - Севастопольському МГК та 0,2 % - в Одеському ММГЦ.

Статистичні кількісні показники: число обстежених вагітних, кількість виявленої патології та перерваних вагітностей серед них, не стільки є інформативним в процесі виконання наукового аналізу програми селективного скринінгу інвазивної пренатальної діагностики вагітних, як якісні показники, що засвідчують результат виконаної роботи. Автор свідомо не зупиняється в даній ситуації на аналізі показників ефективності: медичної, соціальної та економічної, оскільки це не викликає сумнівів в аналізі, який виконується, наводить отримані якісні показники - статистичні дані підтвердженого діагнозу.

Отримані наукові дані, що прямо стосуються підтвердження діагнозу генетичної патології, котру діагностовано за програмою селективного скринінгу інвазивної пренатальної діагностики, в

78,3 % (498 випадків) підтверджують виявлену спадкову та природжену патологію.

Щорічно в середньому, за аналізований період, діагноз підтверджувався в $71,14 \pm 0,79$ випадках виявленої генетичної патології при $C_v = 2,91\%$. При цьому у елімінованого плода враженого генетичною патологією діагноз був підтверджений в 89,75 % (447 випадків), а серед новонароджених - лише в 10,25 % (51 випадок) від загального числа підтверджених діагнозів.

Аналіз підтверджених діагнозів за програмою селективного скринінгу інвазивної пренатальної діагностики в 1994-2000 роках в розрізі структурних підрозділів медико-генетичної служби країни поданий в табл. 2.

Інтенсивні показники підтверджених діагнозів генетичної патології, виявленої методами інвазивної пренатальної діагностики, за аналізований період засвідчують дані рис. 3.

При цьому загальний показник поширеності становить $78,79 \pm 0,15$ підтверджених діагнозів на 100 випадків виявленої патології при $C_v = 0,54\%$, тоді як цей показник у плода складає $89,04 \pm 0,003$ підтверджених діагнози на 100 перерваних вагітностей ($C_v = 0,008\%$), а у новонароджених - $44,35 \pm 0,77$ випадків на 100 патологічних вагітностей ($C_v = 0,04\%$), котрі закінчилися пологами.

Науковий аналіз отриманих статистичних даних засвідчує, що:

1. Застосування методів інвазивної пренатальної діагностики в системі профілактики природжених вад та спадкової патології дозволило перейти в медико-генетичному консультуванні від ймовірності в прогнозі до дієвих рекомендацій в плануванні народження дітей в сім'ях з високим генетичним ризиком.

2. Сім'ї, котрі через причини високого генетичного ризику не відважувалися заводити дітей, сьогодні мають гарантовану можливість інвазивного пренатального дослідження плода, що дозволяє їм позитивно вирішити проблему народження дітей, оскільки у випадку виявлення патології є реальна можливість переривання вагітності та елімінації генетично ураженого плода. Актуальним при цьому лишається питання інформованості населення щодо можливостей інвазивної пренатальної діагностики.

3. Ширше застосування методів інвазивної пренатальної діагностики серед населення України та подальше вдосконалення даних методик лікарями-генетиками дозволить на більш якісному рівні проводити процес управління природженою та спадковою патологією у плода вагітної жінки.

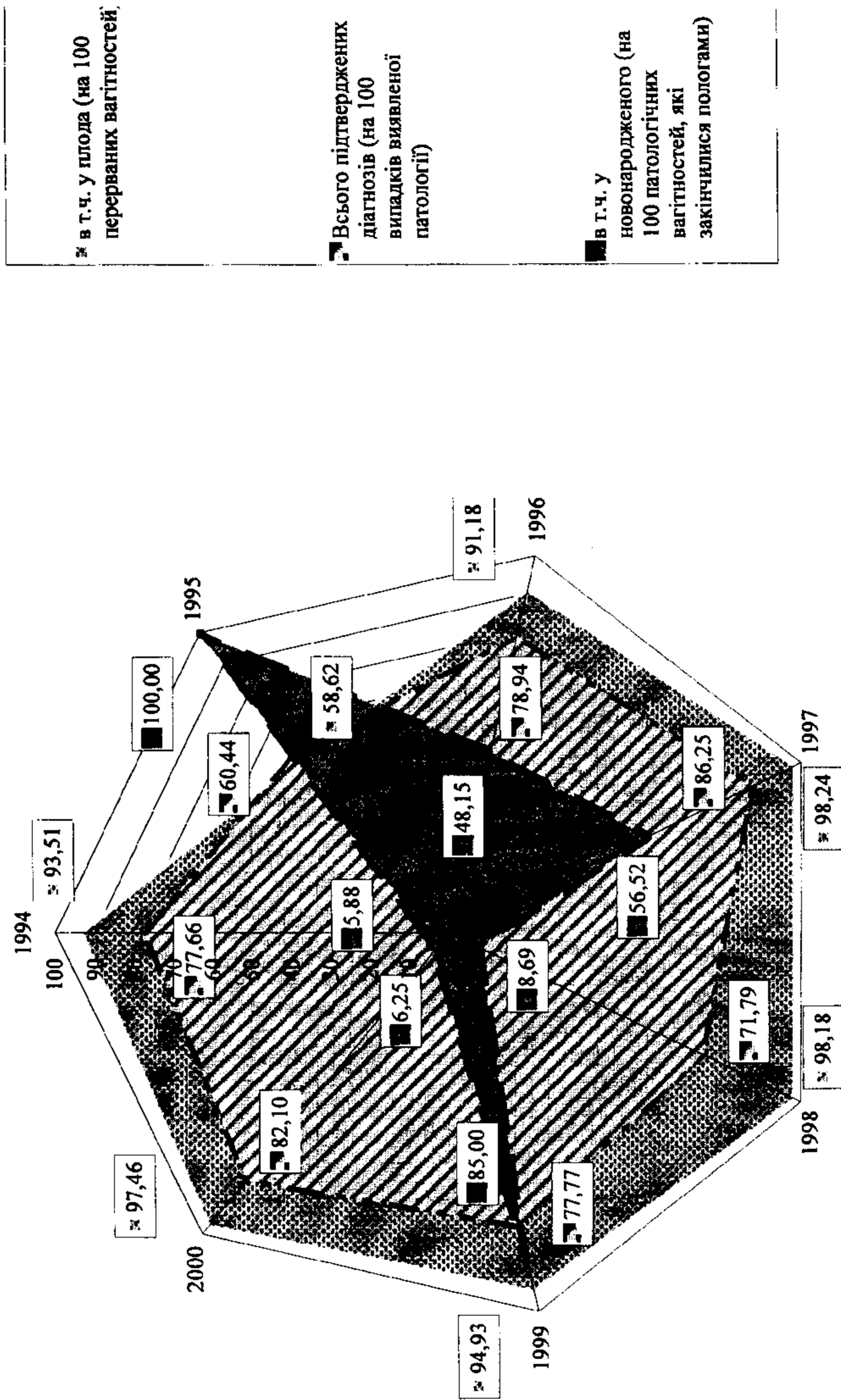


Рис.3. Інтенсивні показники підтверджених генетичної патології, виявленої методами інвазивної пренатальної діагностики фахівцями медико-генетичної служби України в період 1994-2000 роки

Список літератури

1. Нікітчина Т.В., Баріляк І.Р., Гордієнко І.Ю. Пренатальна цитогенетична діагностика хромосомної патології плода жінок групи високого ризику. // Цитология и генетика. – 1996. – Т. 6, – № 5. – С. 22-26.
2. Показники діяльності медико-генетичних консультацій (1993-1999 р.р.) (Стат. форма № 49 – здоров). – Центр медичної статистики МОЗ України. – К., 1999 – 1999 р.р.
3. Горин В. С., Серов В.Н., Жабин С.Г. Новые методические подходы в пренатальной диагностике хромосомных заболеваний (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2000. Т. 6. – №2. – С. 11-18.
4. Баранов В. С., Вахарловский В. Г., Айламазян Э. К. Пренатальная диагностика и профилактика врожденных и наследственных заболеваний. // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 6. – С. 8-11.
5. Барков И. Ю., Бахарев В. А., Каретникова Н. А. Пренатальное определение пола (обзор литературы) // Проблемы репродукции. - 1999. - Т. 5, № 1. - С. 5 - 14.
6. Клиническая патология беременности и новорожденного: Пер. с англ./ Под ред. М.Н. Кочи, Г.Л. Гилберт, Дж. Б. Брауна. - М.: Медицина, 1986. - 488 с.
7. Бочков Н.П. Клиническая генетика: Учебник. - М.: Медицина, 1997. - 288 с.
8. Юдина Е. В. Роль эхографии в формировании показаний к пренатальному кариотипированию // Ультразвуковая диагностика. - 1998. - № 1. С. 42 - 50.
9. Ager R.P., Oliver R.W. The risks of mid - trimester amniocentesis, being a comparative, analytical review of the major clinical studies. (Salford). 1986. 197 p.
10. Ailamazian E.K. Cordocentesis in antenatal diagnosis, therapy and surgery for fetal diseases. Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk. 1997. - Suppl. 1. - P. 6 - 11.
11. Ayme S. Morichon N. Goujard J. Prenatal diagnosis in France. // European Journal of Human Genetics. - 1997. Vol. 5, Suppl. 1. - P. 1- 26.
12. Ayt S., Morichon N., Goujard J., Nisand J. Prenatal diagnosis in France. // European Journal of Human Genetics. - 1997. Vol. 5, Suppl. 1. - P. 26-31.
13. Bui Th. Kristoffersson U. Prenatal diagnosis in Sweden: organisation and current issues. // European Journal of Human Genetics. - 1997. Vol. 5, Suppl. 1. - P. 70 - 76.
14. Carroll S.G., Davies T., Kyle P.M. et al. Fetal karyotyping by chorionic villus sampling after the first trimester. // Brit. J. Obstet Gynaecol. - 1999. - Vol.106, Suppl. 10. - P. 1035-1040.
15. Christiansen M., Larsen S., Norgaard Pedersen T. W. et al. Serum screening for pregnant women reveals Down syndrome. // Lakartidningen. - 1997. - Vol. 94, Suppl. 51-52. - P. 48902 - 48998.
16. Clerici G. Donti E. Zacutti A., et al. Prenatal diagnosis in Italy. // European Journal of Human Genetics. -1997. Vol. 5, Suppl. 1. - P. 42-47.
17. D'Alton M. E., Malone F. D., Chelmon D. et al. Defining the role of fluorescence in hybridization on uncultured amniocytes for prenatal diagnosis of aneuploidies. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1997. -Vol. 176.-P. 776-796.
18. Gabarron J. Ramos C. Prenatal diagnosis in Spain. // European Journal of Human Genetics. -1997. Vol. 5, Suppl. 1. - P. 64 - 69.
19. Henry G.P., Miller W.A. Early amniocentesis. // J. Repord Med. -1992. - Vol 37, Seppl. 5. -P. 396-402.
20. Kazy Z., Rozovsky I.S., Bakharev V. A. Chorion biopsy in early pregnancy: a method for early prenatal diagnosis for inherited disorders. // Prenat. Diagn. - 1982. - Vol. 2. - P. 39 - 45.
21. Maxwell D. J., Jonson P., Hurley P. Fetal blood sampling and pregnancy loss in relation to indication. // Brit. J. Obstet. gynaecol. - 1999. - Vol. 98. - P. 892 - 897.
22. Monni G., Ibbas R. M., Lai R. et al. Early transabdominal chorionic villus sampling in couples at high genetic risk. // Am. J. Obstet gynecol. - 1993. -Vol. 168,1 Pt. 1.-P. 170-173.
23. Ogueh O., Baffor M., Hibbert K., McMillan L. Amniocentesis: the experience in a district hospital. // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. - 1996. - Vol.23, Suppl.3. - P. 133-135.
24. Roper E.G., Konje J.C., De Chazal R. C. et al. Genetic amniocentesis: gestation-specific pregnancy outcome and comparison of outcome following early and traditional amniocentesis. // Prenat Diagn. - 1999. - Vol. 19, Seppl. 9. - P. 803-807.
25. Salonen R. Ammala P. Prenatal diagnosis in Finland. // European Journal of Human Genetics. -1997. Vol. 5, Suppl. 1. - P. 22 - 25.
26. Smidt - Jensen S., Hahnemann N. Transabdominal fine needle biopsy from chorionic villi in first trimester. // Prenat. Diagn. - 1984. - Seppl. 4. - P. 163.
27. Stranc L.C., Evans J.A., Hamerton J.L. Prenatal diagnosis in Canada - 1990: a review. // Prenat. Diagn. - 1994. - Seppl. 14. - P. 1253 - 1265.
28. Tannirandorn Y., Phaosavasdi S., Numchaisrika P. et al. Fetal metabolism. // J. Med. Assoc. Thai. - 1999. - Vol. 82, Seppl. 4. - P. 383-387.
29. Weiner P. The role of cordocentesis in fetal diagnosis. // Clin. Obstet. And Gynecol. - 1988. -Vol. 3. - Seppl. 1/2. - P. 285 -292.
30. Xiang Y., Sun N., Chang X. et al. Cordocentesis: a useful method for prenatal diagnosis. // Chin. Med. J. - 1996. - Vol.109, Seppl. 4. - P. 291 - 294.
31. Yagel S., Anteby E. Y., Hosihner - Celnikier D. et al. The role of midtrimester targeted fetal organ screening combined with the "triple test" and maternal age in the diagnosis of trisomy 21: a retrospective study. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1998. - Vol. 178, Seppl. 1. - P. 40 - 44.

СЕЛЕКТИВНЫЙ СКРИНИНГ ИНВАЗИВНОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАК ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

РУДЕНЬ В.В., г. Львов

Вторичная профилактика генетической патологии в системе медико-генетического консультирования Украины объединяет в себе функционирующую систему селективного скрининга инвазивной пренатальной диагностики беременных женщин: амниоцентез, биопсию хориона и плаценты, кордоцентез.

Научный анализ результатов селективного скрининга инвазивной пренатальной диагностики беременных женщин удостоверяет, что в стране за период 1994-2000 годов ежегодно им охватывалось 0,16-0,33 % всех беременных женщин, которое позволило в 7,46 % обследованных диагностировать наследственную и врожденную патологию.

Кроме этого автором рассчитан объем и структура инвазивных методов исследований, интенсивные показатели (частота, распространенность), показатели соотношения как обследованных беременных в соответствии с программой селективного скрининга, так и диагностированной инвазивными методами и подтвержденной генетической патологии.

Полученные результаты свидетельствуют о способности системы медико-генетической службы Украины осуществлять процесс управления вторичной профилактикой врожденной и наследственной патологии у плода беременной женщины.

SELECTIVE SCREENING OF THE INVASIVE PRENATAL DIAGNOSIS - THE MAIN MECHANISM OF THE SECONDARY PROPHYLAXIS OF THE GENETIC PATHOLOGY

Ruden V., Lviv

In the medico-genetic consultative system of Ukraine the secondary prophylaxis of genetic pathology combines the active system of the selective screening of the prenatal diagnosis in pregnant women: amniocentesis, biopsy of horion and placenta, cordocentes.

The scientific analysis of results of the invasive prenatal diagnosis' selective screening evidences that during of 1994 -2000 0,16 - 0,33 % of pregnant women took part in screening every year, thus the hereditary and birth pathologies were diagnosed in 7,46 % of examined women. Besides, author has determined the amount and structure of the invasive methods of examination, the intensive values (incidence, expansion rates), the ratio of pregnant women examined according to the selective screening program and the genetic pathology determined and confirmed by the invasive methods.

The received data evidence the ability of Ukrainian medico-genetic service to fulfil the secondary prophylaxis of the birth and hereditary pathology of fetus.

ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНТЕГРОВАНИХ СИСТЕМ НАДАННЯ І ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Дніпропетровська державна медична академія

Серйозним недоліком систем охорони здоров'я є їх фрагментарність, слабка функціональна, управлінська і фінансова інтеграція закладів охорони здоров'я. Різні схеми фінансування, в тому числі й нині діюча, засновані на роздільній оплаті кожного виду медичної допомоги (МД): стаціонарної, амбулаторної, швидкої медичної та ін. Стаціонари і поліклініки діють без належної координації своєї роботи і конкурують між собою за обсяги фінансування. У кожного закладу є свій економічний інтерес, який далеко не завжди відповідає цілям охорони здоров'я населення і завданням раціонального використання обмежених фінансових ресурсів. Навіть застосування сучасних систем фінансування не вирішує проблеми незбалансованості рівнів і ланок надання медичної допомоги.

В Україні проблема ускладнюється порядком фінансування, що склався згідно із законом про місцеве самоврядування закладів охорони здоров'я різних рівнів із різних бюджетів: районних, міських, обласних тощо, що лише посилює фрагментарність системи та існуючі в охороні здоров'я структурні диспропорції. Відсутність механізмів, що забезпечують збалансований розвиток охорони здоров'я, може призвести до трагічної неефективності системи і неузгодженості діяльності окремих її елементів [3].

Пошук шляхів інтеграції системи надання медичної допомоги і оптимізації її структури – проблема, універсальна для всіх країн. В Україні постійно здійснюються спроби вирішити ці завдання на основі механізмів адміністративного управління. Однак їх результативність надто мала. На сучасному етапі визнається доведеним, що для успішного впливу на цей процес необхідне поєднання економічних і організаційно-управлінських заходів, що забезпечують об'єднання функцій фінансування, планування та організації медичної допомоги. Інтеграція систем фінансування і надання медичної допомоги є основою моделі, що отримала назву керованої медичної допомоги (managed care model).

Ідея створення керованої медичної допомоги виникла в Сполучених Штатах Америки у зв'язку

з проблемою стрімкого зростання витрат на охорону здоров'я. Дослідження розвитку системи охорони здоров'я в США дозволило дійти висновку, що коли наданням медичної допомоги не управляти, то система діє за законами витратної економіки. Цей висновок справедливий стосовно системи охорони здоров'я будь-якої країни. Основною формою реалізації моделі керованої допомоги в США стали організації з підтримки здоров'я (ОПЗ – health maintenance organization) – медико-страхові об'єднання із загальними управлінськими структурами, що охоплюють представників страхувальника та інтегровану мережу лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ). Організація з підтримки здоров'я об'єднує функції страхування, планування і надання медичної допомоги. Фінансування структур, що надають медичну допомогу, здійснюється переважно на проспективній основі.

Об'єднання функцій фінансування, планування і надання медичної допомоги було характерним і для радянської системи охорони здоров'я, в якій органи управління охороною здоров'я і підпорядковані ним лікувально-профілактичні заклади були, по суті, інтегровані в один господарючий суб'єкт. Медична допомога оплачувалася заздалегідь. Ця ж система, але дещо в погіршеному варіанті у зв'язку з вертикальною дезінтеграцією фінансування, згідно із законом про місцеве самоврядування (див. вище), зберігається й досі в Україні.

В обох випадках маємо справу з інтегрованими системами, однак, за уявної їх схожості відмінності моделі керованої медичної допомоги і радянської моделі принципів. У вітчизняному варіанті інтеграція забезпечується шляхом прямої регламентації органами охорони здоров'я діяльності медичних закладів, що істотно обмежує ініціативність останніх в пошуку ресурсозберігальних організаційних і медичних технологій. Крім того, органи охорони здоров'я, яким адміністративно підпорядковані ЛПЗ, за суттю є представниками і захисниками відомчих інтересів, а не інтересів населення.

Модель керованої медичної допомоги заснована на активізації ролі фінансуючої сторони (покупців медичної допомоги) у формуванні оптимального обсягу і структури надання медичної допомоги для досягнення максимальних показників здоров'я приписаного населення на одиницю витрат. Її завданням є наблизити (але не об'єднати) інтереси виконавця (медичного закладу) і замовника (органу охорони здоров'я, страхової організації) і надати останнім важелі впливу на структуру надання допомоги і ефективність використання ресурсів. Взаємовідносини в системі будуються на основі багатосторонніх угод (між фінансуючою стороною і об'єднаною мережею, як правило, незалежних ЛПЗ і всередині комплексу лікувально-профілактичних закладів), в рамках яких передбачаються узгоджені заходи щодо вдосконалення структури, підвищення ефективності та якості надання допомоги населенню.

Незважаючи на неоднозначність результатів застосування керованої медичної допомоги в США, зумовлених насамперед ринковим характером її функціонування, коли прямий і навіть непрямий прибуток вступає в суперечність з обсягом, доступністю, якістю та ешелонованістю (етапністю) медичної допомоги [1], є переконливі докази позитивного впливу цієї управлінської моделі на структуру медичної допомоги. В ОПЗ істотно зменшуються витрати на стаціонарну допомогу (близько 29%), збільшуються – на первинну і амбулаторну спеціалізовану допомогу (близько 20 і 22% відповідно). З 1988 по 1993 р. в ОПЗ рівень госпіталізації знизився з 90 до 79 на 1000 застрахованих, середній термін перебування пацієнта в стаціонарах інтенсивного лікування зменшився з 6,2 до 4,6 дня. Кількість ліжко-днів на 1000 застрахованих в ОПЗ становить 360 порівняно з 751 у звичайних страхових планах [7]. Непрямим підтвердженням ефективності методів керованої медичної допомоги є їх стрімке поширення в різних громадських системах охорони здоров'я (Великобританія, Польща, деякі регіони Росії та ін.).

Аналіз структурних та організаційних проблем, зумовлених системою фінансування служб охорони здоров'я, показує, що принципові підходи керованої медичної допомоги є стратегічною перспективою розвитку системи фінансування і управління медичною допомогою в нашій країні. Враховуючи, що в Україні є намір зберегти громадський характер охорони здоров'я, не рекомендується орієнтуватися на такі моделі, як організації з підтримки здоров'я, що сформувалися на підставі американської специфіки. Перспективнішою для України є модель, що отримала назву інтегрованої системи надання і фінансування медичної допомоги, де в ролі інтегруючої

сторони і покупця медичної допомоги можуть виступати й органи управління охороною здоров'я, і медичні страхові організації або фонди.

Постачальником медичних послуг може бути територіальне об'єднання комплексу медичних закладів, що забезпечують населення первинною і вторинною амбулаторною та стаціонарною допомогою. На відміну від територіальних медичних об'єднань (ТМО), що отримали розвиток в кінці 80-х – на початку 90-х років минулого сторіччя, заклади не перебувають у загальному адміністративному підкоренні, а укладають між собою угоди.

Головною метою інтегрованої системи є поєднання загальної зацікавленості комплексу лікувально-профілактичних закладів у підвищенні якості та економічної ефективності надання медичної допомоги з відповідальністю і економічною зацікавленістю кожної ланки – первинної допомоги, амбулаторної спеціалізованої допомоги, стаціонару, параклінічної допомоги, швидкої медичної допомоги, аптеки тощо.

Інтегрована система базується на **принципах** комплексного підходу, інтегрованості, конкурентності, підзвітності і зорієнтована на дотримання наступних вимог до місця і форми надання медичної допомоги:

- медична допомога повинна надаватися тією ланкою медичної допомоги, яка адекватна гостроті й тяжкості випадку;
 - у межах кожної ланки перевага повинна надаватися медичним технологіям з найбільшою витратною ефективністю (найбільші клінічні результати на одиницю ресурсів);
 - першочерговий розвиток тієї ланки медичної допомоги і медичних служб, яка здатна взяти на себе основну частину лікування захворювань.
- Об'єктами управління в інтегрованій системі є:
- обсяги медичної допомоги в кожній медичній організації та службі;
 - структура надання медичної допомоги, тобто співвідношення між окремими її ланками;
 - витрати на закінчений випадок лікування, в тому числі всі етапи надання медичної допомоги;
 - – обґрунтованість стаціонарної допомоги, направлень до фахівців, параклінічних послуг, медикаментозної терапії;
 - кінцеві результати роботи у вигляді показників здоров'я приписаного населення.

В інтегрованій системі вирішуються два основних завдання:

1. Пов'язування окремих ланок надання медичної допомоги спільними економічними інтересами за допомогою: інтегрування всіх фінансових коштів і формування подушного нормативу; встановлення договірних відносин між всіма учасниками інтегрованої системи; визначення частки кожної ланки в подушному нормативі з

проспективною (попередньою) їх оплатою; договірною розподілу отриманої економії.

2. Управління медичною допомогою шляхом: аналізу діяльності кожної ланки кожної служби; визначення раціональних маршрутів руху пацієнтів; пошуку ресурсозберігальних технологій і відповідного стимулювання; встановлення цільових (контрольних) показників обсягу медичної допомоги; розробки і впровадження протоколів (керівництв, стандартів) медичних втручань; оцінки виконання фінансових планів і заохочення за економію.

Дослідники виділяють наступні основні компоненти інтегрованої системи:

- перехід від роздільного фінансування кожного ЛПЗ до фінансування комплексу закладів на базі подушного нормативу в обсязі обумовлених соціальних гарантій (наприклад, територіальної базової програми соціального медичного страхування);

- інтеграцію джерел фінансування охорони здоров'я (місцевих, державних бюджетів, соціального медичного страхування);

- трансформацію первинної ланки в часткового фондодержальника – фінансування на комплексну амбулаторно-поліклінічну послугу і частину стаціонарної допомоги з подальшими взаєморозрахунками з іншими ланками надання медичної допомоги;

- використання змішаного методу фінансування стаціонарної допомоги, що поєднує глобальний бюджет і оплату ланками первинної допомоги – фондодержальниками;

- переважне використання системи попередніх платежів, розмір яких визначається на договірній основі між ланками медичної допомоги під наглядом фінансуючої сторони;

- використання методу розподілу фінансових ризиків між фінансуючою стороною і ланками надання медичної допомоги.

Основою економічних відносин в рамках інтегрованої системи є поєднання часткового фондодержання ланок первинної допомоги з оплатою стаціонарної допомоги за методом глобального бюджету.

Початковою умовою формування інтегрованої системи є об'єднання фінансових потоків із різних стабільних джерел фінансування (державний, місцевий бюджети, кошти соціального медичного страхування, обов'язковий цільовий збір тощо).

Дезінтеграція фінансових потоків може виявлятися в розподілі за джерелами фінансування або:

- окремих видів медичної допомоги (наприклад, стаціонарна допомога багатопрофільних стаціонарів оплачується з міських і районних бюджетів, монопрофільних – з обласного бюджету);

- контингентів населення (медична допомога працюючому населенню за рахунок коштів соціального медичного страхування, іншого населення – за рахунок місцевих бюджетів);

- окремих статей бюджетного кошторису.

Практика роздільного використання коштів бюджетів різних рівнів або бюджетних і страхових коштів показала, що замість підвищення ефективності охорона здоров'я стикається з низкою нових проблем, породжених самою схемою фінансування. Створення системи різних фондів (здоров'я і обов'язкового медичного страхування) і пов'язана з цим диференціація фінансових потоків, як свідчить досвід, наприклад, Росії, призводить до фрагментації системи охорони здоров'я і збереження або навіть посилення структурних диспропорцій. При цьому додатково ускладнюється управління системою охорони здоров'я, відбувається невиправдане збільшення бюрократичного апарату, що зменшує частку коштів, які витрачаються безпосередньо на надання медичної допомоги.

Неприйнятним також під час реформування системи фінансування охорони здоров'я є положення, за яким із бюджетних коштів покриваються господарські та капітальні витрати (коли місцеві органи влади фінансують лікувально-профілактичні заклади, купують для них недорогу медичну техніку), а всі інші складники надання медичних послуг оплачуються із страхових фондів [5]. Подібне рішення призводить до затримки виходу з системи надлишкових потужностей. Зменшується мотивація до ефективного використання матеріальних і енергетичних ресурсів, оскільки відповідні витрати не включаються в тарифи на послуги. Вважається доцільним виділяти лише деяку частину бюджетних коштів для закупівлі дорогого обладнання, що потребує централізованого планування, для освітніх і наукових програм, капітального ремонту і фінансування заходів щодо вузького кола соціальних захворювань.

Як доведено сьогодні світовою практикою, лише інтеграція фінансових потоків створює умови для стратегічного і поточного планування фінансових ресурсів, пошуку оптимального співвідношення між різними видами медичної допомоги, формування економічної мотивації для кожного ЛПЗ і забезпечує можливості пошуку внутрішньосистемних джерел економії ресурсів.

Фінансування комплексу закладів за загальним подушним нормативом, що охоплює витрати на всі взаємопов'язані види медичної допомоги (амбулаторну первинну і спеціалізовану, стаціонарну, швидку тощо) є ключовим елементом інтегрованої системи. Подушний норматив зв'язує єдиними фінансовими зобов'язаннями всі заклади і служби, які забезпечують надання необхідної медичної допомоги, що створює умо-

ви для: 1) інтеграції системи медичної допомоги; 2) управління структурою медичної допомоги з наголосом на вибір видів медичної допомоги і медичних технологій з найбільшою витратною ефективністю.

Ефективність інтегрованої системи забезпечується формуванням власних економічних інтересів кожною ланкою медичної допомоги, що потребує, по-перше, надання окремим ланкам прав незалежного суб'єкта-господаря, або певної економічної автономії; по-друге, визначення частки кожної ланки в подушному нормативі. Відносини між закладами, що формують інтегровану систему, будуються на договірній основі. Договірні відносини зв'язують також і комплекс закладів із фінансуючою стороною.

У сучасній організації охорони здоров'я договірним відносинам відводиться особлива роль. Вони розглядаються як координуючий механізм, альтернативний традиційним командно-контрольним моделям управління охороною здоров'я. Нідерландський соціолог Де Сван характеризує впровадження договірних відносин у різних соціальних секторах, у тому числі в охороні здоров'я, як перехід від командного суспільства до суспільства переговорів, у якому договірні відносини замінюють традиційні ієрархічні [6]. Надання медичної допомоги на договірній основі накладає чіткі зобов'язання як на фінансуючу сторону, так і на постачальників медичних послуг, сприяє впровадженню систем моніторингу та оцінки діяльності медичних закладів і персоналу, служить інструментом планування розвитку охорони здоров'я й управління структурою надання медичної допомоги [2].

Для отримання максимальної ефективності і задовільної якості медичної допомоги в системі можливе використання семи **типів інтеграції** на основі договірних відносин:

1. Інтеграція фінансової відповідальності та надання медичних послуг, що передбачає фінансову відповідальність постачальників медичних послуг за недоліки в роботі і стимулює їх підвищувати якість медичної допомоги, розвивати профілактику, аналізувати співвідношення витрат і результатів і тим самим визначати ефективні способи витрачання ресурсів.

2. Інтеграція між постачальником медичної допомоги і населенням за допомогою освітньої роботи, навчання правильного використання професійної медичної допомоги, само- і взаємодопомоги.

3. Інтеграція всього спектра медичних послуг, у тому числі лікарняної та амбулаторної допомоги, послуг параклінічних підрозділів, медикаментозного забезпечення, з метою досягнення необхідного ефекту при мінімізації загальних витрат на медичне обслуговування (наприклад, спільний вибір фармакологами і лікарями лікарсь-

ких засобів не просто дешевих, а таких, що забезпечують отримання потрібних результатів).

4. Інтеграція між лікарями та іншими працівниками охорони здоров'я, в тому числі адекватної чисельності та спеціалізації персоналу, розподілу відповідальності між лікарями і сестрами, лікарями загальної практики і лікарями-спеціалістами, використання соціальних працівників, санітарів, реєстраторів та ін.

5. Інтеграція між позалікарняними і стаціонарними закладами, завдяки якій лікарі отримують стимули до зменшення витрат лікарень.

6. Інтеграція між лікарнями, що дозволяє зменшити адміністративні витрати, поліпшити використання кадрів, ліжок і обладнання, концентрувати деякі клінічні послуги, провести спеціалізацію лікарень, укрупнити відділення.

7. Інтеграція інформації про пацієнтів (концентрація персоніфікованих даних про діагнози, лікування, вартість), що дає змогу уникнути дублювання різних дій і маніпуляцій, дослідити співвідношення між діагностикою, лікуванням і результатами.

Схематично алгоритм договірних відносин виглядає так [4]:

1. Аналіз представниками органів управління охороною здоров'я і фінансуючою стороною роботи всієї системи і кожної служби, що передуює переговорному процесу. Визначаються зони неефективності (необгрунтовані госпіталізації, часте призначення досліджень, що дорого коштують, лікарських засобів), виявляються можливості блоку амбулаторної допомоги і насамперед його первинної ланки. Ведеться пошук відповідей на запитання: Які види медичної допомоги може взяти на себе первинна ланка і поліклініка без збитку для здоров'я пацієнтів? Як її зацікавити в наданні цих видів допомоги? Яке навчання потрібне медичному персоналу для розширення кола його функцій? Які напрямлення пацієнтів до спеціалістів і в стаціонари вимагають узгодження з фінансуючою стороною?

2. Встановлення цільових показників (контрольних цифр) обсягів допомоги по кожній ланці надання допомоги з розподілом за спеціальностями, на діагностичні групи, детальні послуги. Визначаються вимоги до якості медичної допомоги.

3. Визначення комплексу клінічних і організаційно-управлінських заходів, що забезпечують досягнення контрольних показників і, виходячи з цього, розгляд заявок ланок медичної допомоги на частку подушного нормативу. Оскільки найбільші можливості ресурсозберігання пов'язуються зі зміцненням і стимулюванням первинної ланки, заявки структур первинної допомоги на види, обсяги робіт і, відповідно, на частку подушного нормативу розглядаються в першу чергу.

4. Проведення фінансуючою стороною у разі наявності альтернативних джерел надання медичної допомоги конкурсного розгляду заявок лікувально-профілактичних закладів і прийняття рішення про висновок договорів.

5. Укладання угод між: 1) фінансуючою стороною і комплексом взаємопов'язаних установ і ланок надання медичної допомоги; 2) ланкою первинної допомоги – фондодержателем та іншими ланками системи; 3) фінансуючою стороною і зовнішніми стосовно інтегрованої системи джерелами надання медичної допомоги.

6. Моніторинг за реалізацією договору фінансуючою стороною з подальшою оцінкою остаточних результатів виконання договірних зобов'язань. Виявляються причини недосягнення контрольних показників, після чого проводяться переговори по перегляду умов контракту на наступний календарний період.

Отже, об'єднання фінансування і надання медичної допомоги в рамках інтегрованих систем

підвищує зацікавленість в ефективнішому і повнішому використанні ресурсів і можливостей, але не на адміністративній, а на договірній основі. Інтегровані системи дозволяють раціональніше використовувати ресурси системи охорони здоров'я, забезпечувати етапність і наступність медичної допомоги у зв'язку з розробкою раціональних маршрутів переміщення різних груп пацієнтів, дає змогу реформувати систему медичної допомоги еволюційним шляхом без кардинальної структурної реорганізації. Ця система створює економічні стимули для активного розвитку профілактики, сприяння зміцненню здоров'я, пропаганди і використання елементарних способів самопомоги і самообстеження.

Формування інтегрованих систем доцільно розпочинати з закладів, де різні ланки надання медичної допомоги вже об'єднані адміністративно – центральних районних лікарень, центральних міських лікарень, об'єднань багатопрофільних лікарень.

Список літератури

1. Комаров Ю.М. Здравоохранение США: уроки для России. – М., 1998. – 119 с.
2. Салтман Р.Б., Фігейрос Дж. Реформи системи охорони здоров'я в Європі. Аналіз сучасних стратегій: Пер. з англ. – М.: Геотар медицина, 2000. – 423с.
3. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. – Иерусалим: Amutah for education and Health, 1999. – 1049 с.
4. Шейман И.М. Бюджетно-страховая система здравоохранения. – Кемерово: ИНСЭПЭ, 1992. – 123 с.
5. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. – М.: Издатцентр, 1998. – 336 с.
6. De Swaan A. De mens is de Mens een Zorg [People are a Concern to People]. – Amsterdam: Muelenhoff, 1989.
7. Kane N. Costs Productivity and Financial Outcomes of Managed Care // Implementing Markets in Health Care / Ed.by R.Saltman and Casten von Otter. – 1995. – P. 112–132.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ИНТЕГРИРОВАННЫХ СИСТЕМ ОКАЗАНИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

В.Н.Лехан (Днепропетровск)

Изложены основные принципы интегрированной системы оказания и финансирования медицинской помощи в Украине, базирующейся на модели управляемой медицинской помощи. Главная цель интегрированной системы – формирование оптимального объема и структуры оказания медицинской помощи для достижения максимальных показателей здоровья приписанного населения на единицу затрат. Взаимоотношения в системе строятся на основе многосторонних соглашений между финансирующей стороной и объединенной сетью лечебно-профилактических учреждений, в рамках которых предусматриваются согласованные меры относительно совершенствования структуры, повышения эффективности и качества предоставления помощи населению.

ORGANIZATION PRINCIPLES OF INTEGRATED SYSTEMS FOR MEDICAL CARE RENDERING AND FINANCING IN UKRAINE

V.Lekhan (Dnipropetrovsk)

The basic principles of integrated system for medical care rendering and financing in Ukraine on the basis of managed care model are given in the article. The main purpose of the integrated system is the arrangement of optimum volume and structure for medical care rendering to achieve maximum health state indices of the supervised population per unit expenditures. System interrelations are built on the basis of many-sided agreements between the financing side and integrated system of medico-prophylactic institutions, in the context of which coordinated measures as to the improvement of structure, increase of efficacy and quality of care rendering to the population are provided.

УДК 614.2(477).001.73

В.М. КОРНАЦЬКИЙ (Київ)

ВИБІР І ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска

Модель системи охорони здоров'я народу повинна бути адекватною державному устрою. Перехід України до ринкових відносин створив проблеми, які негативно вплинули на організацію та управління галуззю, що призвело до погіршення стану здоров'я населення. Основні несприятливі чинники цього наступні:

- деструктивні процеси в економіці, не підготовленій до ринку;
- значний тривалий дефіцит бюджету в соціальній сфері;
- незадовільна екологічна ситуація – наслідок прорахунків у виробничих технологіях;
- зниження рівня і погіршення якості життя більшості верств населення.

Внаслідок аналізу показників стану здоров'я населення в умовах вкрай обмеженого фінансування галузі та тенденцій до суспільно-політичних реформ постало питання реформування й системи охорони здоров'я, неефективної на сучасному етапі розвитку [2, 5]. Першим кроком у цьому напрямку було скорочення витрат насамперед на стаціонарну медичну допомогу (скорочення кількості закладів на 650, ліжок – на 33 %, бюджетних витрат – у 5–6 разів). Не впроваджуючи істотних організаційних змін, існуюча система була лише прилаштована до реального фінансування [2].

За таких обставин виникла закономірна система протиріч між колишньою комплексно існуючою моделлю охорони здоров'я та поставленими необґрунтованими завданнями. Через абсолютну недосяжність ринкової системи охорони здоров'я для більшості населення та неможливість належного забезпечення існуючої системи вибрано шлях змішаної, багатоукладної системи, але без оптимізації форм і видів, тобто без належної адаптації напрацьованого і впровадження нового.

Отже, склалася кризова ситуація, що призвела до обмеженої доступності медичної допомоги, зниження її якості, негативних моментів у роботі медичного персоналу, погіршення матеріально-технічної бази закладів тощо. Створити

якісно нову, оптимальну систему охорони здоров'я в умовах жорстких ресурсних обмежень виявилось нереальним, оскільки принцип "все відразу і без нічого" в природі не життєздатний. Здоров'я – це також товар, який має свою ціну, а тим більше в умовах ринку [1,3,4].

Стратегія будь-якої реорганізації (реформування, адаптації) – це цілеспрямована, обґрунтована, поетапна, керована система комплексних заходів, направлена на обрання оптимального варіанту, який відповідав би державній політиці, з мінімальними соціально-економічними втратами.

Оскільки державна політика проголошена ринковою, то основою взаємовідносин є укладання двобічного контракту: з одного боку – замовлення на стан здоров'я і медичні послуги, а з другого – вартість. Враховуючи, що стан здоров'я населення є основою виробничих сил, які створюють національний продукт, генеральним замовником має виступати держава. За рахунок її бюджету повинен забезпечуватися гарантований рівень медичної допомоги, а також впроваджуватися комплекс національних програм з найактуальніших проблем [3].

Виконавець подає професійно обґрунтований кошторис необхідних витрат на виконання замовлення. Держава залишає за собою право контролю за якістю виконання, доцільністю використання коштів, а також створює дієві механізми збереження і покращення здоров'я самими її громадянами. Зазначені механізми повинні мати статус закону і враховувати також фінансовий вплив на виконання. Вважаємо, що основними мають бути такі закони: "Про медичне страхування та соціальний захист здоров'я громадян" (заохочення збереження та відповідальність за втрату); "Про соціальний статус жінки" (охорона умов побуту і праці – профілактика захворювань матері здорових дітей); "Про обов'язкове медико-генетичне обстеження громадян" (у випадку укладання шлюбу та їх відповідальності за здорових дітей); "Про державне сприяння збільшенню народжуваності" (соціальні гарантії

сім'ям у разі народження двох і більше дітей); "Про державну охорону дитячого населення України" (визначення віку дітей, їх соціальні гарантії).

Механізми цих законів повинні мати, з одного боку, державну гарантію, з другого – фінансову зацікавленість громадян. Знову ж таки – контракт на замовлення.

У будь-якої країни фінансові можливості обмежені. Тому в практиці більшості її систем і охорони здоров'я, зокрема, застосовується багатоканальне фінансування. Відповідно можуть впроваджуватися й такі форми медичної допомоги, як відомча, муніципальна, приватна, благодійна. Вони повинні підтримуватися на державному рівні, в тому числі й податковими пільгами. Держава має право регулювати пріоритетність їх діяльності, а також сумісну роботу в єдиному медичному просторі. Закон, крім наданого права, передбачає обов'язок і відповідальність за його виконання. Оскільки генеральним замовником стану здоров'я населення є держава, то за нею залишається право контролюючих функцій.

Адаптації в сучасних умовах потребує первинна медико-санітарна допомога – основа системи охорони здоров'я в цілому. Першочерговою є її кадрова проблема. Реформування до сімейної медицини – процес еволюційний. Сьогодні вважається за необхідне зміцнити інститут дільничних лікарів загальної практики, де працює трохи менше третини загальної кількості лікарів [6]. Для порівняння зазначимо, що, за даними ВООЗ, кількість лікарів первинної медико-санітарної допомоги в розвинутих країнах Європи в 2–3 рази більша, ніж в Україні [7].

Отже, не реформа, а вдосконалення з адаптацією до сьогодення є завданням первинної ланки медичної допомоги, особливо на селі:

- розукрупнення лікарських дільниць, насамперед сільських;
- удосконалення системи швидкої та невідкладної допомоги;
- розширення мережі сільських лікарських амбулаторій;

- підвищення підготовки лікарів загальної практики;

- створення дієвого механізму підвищення статусу лікарів.

Районна лікарня – основа системи охорони здоров'я. Скорочення кількості районних лікарень – це не реформа, а ослаблення системи. В сучасних умовах можуть бути переглянуті окремі функції районних лікарень, але забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в адаптованій системі охорони здоров'я держави було, є та повинне залишитися пріоритетним напрямом, а значить не потребує реформування, оскільки воно може призвести до руйнації.

Процес адаптації теперішньої системи охорони здоров'я мусить сформувати якісно нову форму управління – професійний медичний менеджмент на контрактній основі. В умовах ринку управління інфраструктурою та всіма організаційними структурами, а також спрямування їх на виконання замовлення і представництво інтересів медичної діяльності перед замовником потребує високого рівня професіоналізму й таланту [1,2,4].

Отже, сьогодні для нашого суспільства пріоритетними завданнями в галузі охорони здоров'я є:

- адаптація системи охорони здоров'я до ринкових умов із мінімальними соціально-економічними втратами;
- вдосконалення форм і видів медичної допомоги за рахунок усіх можливих джерел фінансування;
- інтегрування нормативної бази в інтересах державного соціального захисту громадян і їхньої зацікавленості на збереження здоров'я;
- реалізація ефективної міжгалузевої взаємодії у пріоритеті охорони здоров'я в єдиному медичному просторі регіону;
- пошук і впровадження нових технологій управління та медичної діяльності, адаптованих до єдиної державної системи охорони здоров'я України.

Список літератури

1. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. – К.: Деснянська правда, 1994. – 335 с.
2. Корнацький В.М. Деякі аспекти стану здоров'я народу України в сучасних економічних умовах // Організація системи якості медичної допомоги, медичних послуг населенню з використанням інформаційних технологій: Матеріали конф., Київ, 25–26 листоп. 1999 р. – К., 1999. – С. 86–88.
3. Корнацький В.М. Медичні, соціально-економічні та юридичні передумови обов'язкового медичного страхування в Україні // Лікар. справа. Врачеб. дело. – 2000. – №6. – С.15–17.
4. Кучма Л. О самом главном. – К., – 1999. – 27 с.
5. Статистично-аналітичний довідник стану здоров'я населення України в зв'язку з хворобами системи кровообігу / Відп. викон. В.М.Корнацький. – К., 2001. – 64 с.
6. Щорічне послання Президента України до Верховної Ради. – 2000.
7. Health for all. Data Base. – Copenhagen: WHO, Reg. Offic. Europ. Updated, 1997. – 310 p.

ВЫБОР И ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.М.Корнацкий (Киев)

Представлен анализ показателей состояния здоровья населения Украины за последние десять лет. Сделан вывод об их ухудшении в условиях ограниченного финансирования отрасли. Дана критическая оценка реформированию системы здравоохранения, кризисному состоянию, приведшему к ограничению доступности медицинской помощи, снижению ее качества.

Предложены пути адаптации существующей системы здравоохранения к рыночным условиям с наименьшими социально-экономическими потерями. Особенно акцентировано внимание на адаптации первичной медико-санитарной помощи в современных условиях, а также интеграции нормативной базы в интересах государственной социальной защиты граждан.

SELECTION AND SUBSTANTIATION OF AN OPTIMUM MODEL FOR PUBLIC HEALTH SYSTEM

V.M. Kornatsky (Kyiv)

The analysis of the Ukrainian population health status indices for the last decade has been presented. The conclusion about their worsening in conditions of restricted financing of the branch has been done. A critical estimation of reforming the public health system and its crisis state is made. All this resulted in limited access to medical care, its quality decrease.

The ways of the existing public health system adaptation to market conditions with the least social and economic losses are offered.

Special attention is paid to the adaptation of primary medical-sanitary care in modern conditions and also to the integration of normative basis for the population social protection.

УДК 614.2: 616-083.98

*Ю.А. ХУНОВ***ДЕЯКІ УПРАВЛІНСЬКІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ СЛУЖБИ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Управління охорони здоров'я
Луганської обласної державної адміністрації

Відомо, що стан та ефективність діяльності практичної охорони здоров'я здебільшого оцінюються за можливістю надання невідкладної медичної допомоги. Крім того, від взаємовідносин і співпраці різних спеціалізованих служб з невідкладною медичною допомогою багато в чому залежить прогноз і навіть життя хворих і постраждалих [1, 3]. Проте традиційно відпрацьована система організації служби невідкладної медичної допомоги, виходячи з адміністра-

тивно-територіального принципу, консервативна за такими причинами:

1) не дає можливості забезпечити головні завдання екстреної медичної допомоги – своєчасність та якість;

2) важко керується та контролюється через громіздкість і велику кількість невеликих закладів невідкладної медичної допомоги;

3) не має змоги раціонально використовувати ресурси невідкладної допомоги і досягти тим

самим максимальної медичної, економічної та соціальної ефективності у зв'язку з територіальним розташуванням і роззосередженим підпорядкуванням.

Діяльність служби швидкої та невідкладної медичної допомоги Луганської області за останні чотири роки характеризується такими показниками: кількість відділень (станцій) становить 48 проти 53 у 1994 р., у тому числі самостійних за останні сім років – 14. Кількість самостійних станцій в областях України обчислюється одиницями, наприклад, у Донецькій – 33. Забезпеченість лікарями служби на 10 000 населення становить 1,5 (область посідає 13-тє місце в Україні), фельдшерами – 4,6 (7-ме). Своєчасність надання швидкої та невідкладної допомоги сягає 70,9% (25-тє місце в Україні); з 1993 р. питома вага фельдшерських бригад становить 66,1%.

Вивчення шляхів вирішення цієї проблеми привело до розгляду можливості реорганізації діяльності служби невідкладної медичної допомоги Луганської області за екстериторіальним принципом на зразок зарубіжних рятівних служб.

Розпорядженням голів Луганської обласної держадміністрації та обласної ради народних депутатів від 03.04.2000 (№ 186) "Про стан справ у системі охорони здоров'я Луганської області та перспективи її подальшого розвитку" підтримана пропозиція управління охорони здоров'я про проведення експерименту з реформування охорони здоров'я області. Серед пріоритетних напрямів діяльності визначені служби швидкої та невідкладної допомоги і медицина катастроф.

Безумовно, для Луганської області, як і для інших областей України, гострим і важковирішуваним завданням в умовах обмеженого фінансування є недостатнє забезпечення служб обладнанням санітарним транспортом, внаслідок чого спостерігається недостатнє забезпечення населення лікарськими бригадами. Незважаючи на достатнє забезпечення лікарями, останні в деяких закладах невідкладної медичної допомоги змушені працювати неповний робочий день.

Медична апаратура та обладнання для надання екстреної медичної допомоги технічно і морально застаріли, а у деяких закладах їх обмаль. Досить актуальною проблемою залишається медикаментозне забезпечення служби невідкладної медичної допомоги, яке в деяких закладах області занадто низьке.

Слід зазначити, що, на відміну від інших напрямів медичної діяльності, служба невідкладної медичної допомоги не має додаткових джерел фінансування (платні послуги, господарські розрахунки, лікарняні каси тощо). Тому ці обставини зумовлюють недостатню якість і результативність надання невідкладної медичної допомоги.

Деякий позитивний досвід реформування служби невідкладної медичної допомоги за екстериторіальним принципом напрацьовано в Україні, зокрема у Львівській області. Він демонструє позитивні зрушення: зменшення радіуса обслуговування викликів, часу доїзду до хворого, можливість раціонального управління та контролю за діяльністю служб тощо.

Тим часом децентралізація служби невідкладної медичної допомоги на багатьох територіях призводить до зниження ефективності її діяльності, суттєвих економічних збитків. Наприклад, адміністративно-територіальна система побудови таких служб зумовила те, що в багатьох областях України не ліквідована мережа пунктів так званої невідкладної медичної допомоги (тільки у Луганській області їх нараховується 32).

У таких пунктах, як правило, працює одна виїзна бригада, під час виїзду якої на виклик невідкладну медичну допомогу (навіть умираючому) надати нікому. До того ж немає диспетчерів і зв'язку, відсутнє управління та контроль за роботою бригад, підпорядкованих керівництву місцевого лікувального закладу, яке досить часто використовує їх не за призначенням.

Виникає запитання, як згуртувати розрізнені пункти невідкладної медичної допомоги, розташовані за десятки кілометрів і поруч із потужним закладом невідкладної медичної допомоги, але іншої територіальної належності [2]?

Друга проблема, що потребує невідкладного вирішення під час реорганізації служби невідкладної медичної допомоги в областях, – створення потужніших самостійних районних станцій з мережею великих підстанцій. Міністерством охорони здоров'я України розроблено нормативну базу з питань організації діяльності станцій швидкої медичної допомоги та забезпечення якості надання медичних послуг [4, 5].

У Луганській області набуто досвід зі створення мережі потужних станцій невідкладної медичної допомоги. Однак адміністративним рішенням у шести регіонах області станції перетворені у відділення при центральних районних лікарнях, що, безумовно, не дало позитивних зрушень.

На наш погляд, дуже важливим для покращення організації та діяльності служби невідкладної медичної допомоги області є надання статусу повноцінної юридичної особи самостійним станціям із виведенням їх з-під юрисдикції територіальних медичних об'єднань і безпосереднім підпорядкуванням обласному центру. Під час втілення такої управлінської схеми є винятки непорозумінь із боку деяких керівників закладів охорони здоров'я та органів місцевої виконавчої влади, тому вкрай важливо підтримати це починання обласною державною адміністрацією.



Схема. Структура служби медицини катастроф Луганської області

Список літератури

1. Неотложная скорая медицинская помощь / Под ред. В.В. Никонова. – Харьков, 1997. – 592 с.
2. Николаева И.В. Оптимизация расположений станций скорой помощи с использованием прямоугольной метрики // Актуальные проблемы авиастроения: Тез. докл. – Казань, 1996. – С. 110.
3. Полянський О.А. Організація швидкої медичної допомоги // Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю.В.Вороненка, В.Ф.Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 350–367.
4. Про заходи щодо вдосконалення швидкої медичної допомоги. Наказ МОЗ України №175 від 19.06.96.
5. Швидка медична допомога при невідкладних станах // Зб. стандартів обсягів і якості МД хворим у лікувально-профілактичних установах м. Києва. – К., 1998. – Т. 1. – С. 173–220.

НЕКОТОРЫЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю.А.Хунов (Луганск)

Освещен опыт структурно-управленческой перестройки службы скорой и неотложной медицинской помощи по экстерриториальному принципу, который дает положительные результаты, в частности, уменьшение радиуса обслуживания вызовов, сокращение времени приезда к больному, возможность рационального управления и контроля за деятельностью служб, особенно промышленных районов с большим количеством шахт, а также способствует интеграции со службой медицины катастроф.

SOME MANAGERIAL ASPECTS FOR QUALITY IMPROVEMENT IN THE EMERGENCY MEDICAL AID PROVISION

Yu.A. Khunov (Lugansk)

The experience of structural- managerial reorganization in the emergency medical aid service according to exterritorial principle giving positive results, has been presented. Due to this principle it has become possible to decrease calls radius services, to shorten time necessary for coming to a patient. There also appeared possibility to provide rational services activities management and control, especially in industrial regions having a great number of mines. It also promotes the integration process with the catastrophe medicine.

УДК 614.212.001.8

Л.М. РОМАНЮК

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ СІЛЬСЬКОЮ ЛІКАРСЬКОЮ ДІЛЬНИЦЕЮ

Тернопільська державна медична академія

Основою управління, незалежно від його рівня, є інформаційне забезпечення.

Залежно від ступеня об'єктивності та своєчасності збору інформації, від глибини її аналізу залежить прийняття оптимального управлінського рішення [1,2].

Особливо гостро ця проблема стоїть сьогодні на етапі реформування системи медичної допомоги з орієнтацією саме на її базовий рівень, який повинен забезпечувати до 90% потреби в цій допомозі.

Головний лікар сільської лікарської дільниці у своїй управлінській діяльності використовує в основному 3 види інформації: зовнішню, науково-медичну та інформацію із власних джерел. Зовнішня інформація поступає із ЦРЛ, район-

ної санепідстанції, виконавчих комітетів місцевих Рад народних депутатів та інших організацій, закладів. Цей вид інформації носить, як правило обов'язковий, директивний характер. Сюди відносяться накази головного лікаря району і райСЕС, рішення медичних рад і виконавчих комітетів Рад народних депутатів з питань охорони здоров'я, тощо.

Науково-медичну інформацію збирають і розповсюджують обласна науково-медична бібліотека і група науково-медичної інформації району. Важливим моментом в роботі цих закладів є активне забезпечення медичних працівників науковою інформацією. Разом з тим, кожен медичний працівник, а насамперед, керівник повинен самостійно регулярно читати нову медичну літе-

ратуру, фахові, періодичні медичні видання, знайомитись з новинами медичної науки і техніки.

Самостійну категорію складає 3-й тип інформації – внутрішня інформація або інформація із власних джерел, яка не тільки служить для управління, але й показує, як це здійснюється. Цей тип інформації характеризує в цілому стан системи охорони здоров'я СЛД. Всю внутрішню інформацію можна поділити на 3 потоки.

Перший потік складає інформація про вихідний стан системи: стан матеріально-технічної бази СЛД, її фінансово-економічні можливості, медикаментозне забезпечення, ступінь укомплектованості кадрами, їх склад, рівень кваліфікації і т.д., рівень задоволення потреби населення в медичній допомозі, завдання, що стоять перед медичними закладами.

Ці відомості відображені в паспортах закладів, фінансово-господарській, первинній медичній документації, в перспективних та поточних планах діяльності, наказах, інструкціях, довідках про діяльність лікувально-профілактичних закладів району. Дана інформація використовується для прийняття управлінських рішень, планування роботи закладів.

Другий потік – це інформація про процеси, які проходять в системі охорони здоров'я СЛД: розширення та зміцнення матеріально-технічної бази, проведення комплексу профілактичних заходів, впровадження нових методів діагностики та лікування, проведення реабілітаційних заходів, підвищення кваліфікації медичних кадрів. Ця інформація часто використовується для оперативного керівництва. Її джерелами є результати проведених головним лікарем обходів, перевірок, періодичних виробничих зборів колективу, щомісячна звітність. Крім цього, оперативна інформація поступає до головного лікаря від спеціалістів центральної районної лікарні, які періодично проводять консультації хворих на СЛД, експертні оцінки роботи, статистичні ревізії. Інформація накопичується в номенклатурі справ лікарні, амбулаторії.

До третього потоку належить т.з. інформація про закінчені процеси. Вона відображає результати роботи стосовно об'єму та якості надання медичної допомоги, характеризує основні показники здоров'я населення дільниці, зміни матеріально-технічної бази, кількісні та якісні показники діяльності медичних кадрів, відомості про зміни їх складу і т.д. Ця інформація відображена, головним чином, у статистичних звітах про діяльність закладу і використовується головним лікарем для оцінки стану охорони здоров'я СЛД [2,4].

В якості носіїв інформації із власних джерел служать нині діючі звітні статистичні документи, затверджені Центром медичної статистики МОЗ України. Досвід показує, що при чіткій поста-

новці статистичного обліку на дільниці і вмілому використанні всіх реквізитів статистичних форм відповідає необхідність у веденні якихось додаткових облікових документів.

Збір статистичних даних був і залишається важливою функцією дільниці. В їх зборі повинні брати участь всі лікарі та середні медичні працівники СЛД під керівництвом головного лікаря.

Статистичну обробку і аналіз зібраної інформації бажано зосередити у відділі медичної статистики ЦРЛ. Централізація обробки статистичної інформації сприяє підвищенню культури та якості статистичної роботи і економії робочого часу медичних працівників, лєвова частка якого повинна витрачатись для надання медичної допомоги хворим, профілактичну роботу. Однак це не означає, що головний лікар СЛД не повинен чітко знати суть статистичних показників, методику їх обчислення та аналізу. Фундаментальна підготовка з медичної статистики, організації, управління та економіки охорони здоров'я йому потрібна в такій же мірі, як із клінічної дисципліни.

Враховуючи практичний досвід інформаційного забезпечення різних рівнів управління в системі охорони здоров'я Тернопільської та Вінницької областей [2,3], головний лікар сільської лікарської амбулаторії повинен мати наступну інформацію для управління із власних джерел. Щоденно – дані про померлих дітей, про захворювання гострими інфекційними і венеричними хворобами, кількість відвідувань, число оглянутих з профілактичною метою, кількість оглянутих диспансерних хворих, кількість лабораторних і рентгенологічних досліджень, фізіотерапевтичних процедур, а також дані експертних оцінок якості амбулаторного прийому, диспансеризації хворих і допоміжних лікувально-діагностичних досліджень. Зрозуміло, що на дільниці діти не вмирають щоденно, так як і не виникають захворювання гострими інфекційними і венеричними хворобами. Щоденним характером даної інформації підкреслюється, що подібні випадки повинні зразу ж аналізуватись разом із районним спеціалістом. Не проводиться також щоденно і експертна оцінка якості наданої допомоги, а тільки в дні приїзду лікаря-спеціаліста із номерної або центральної районної лікарні. Разом з тим, дані про діяльність амбулаторії (кількість відвідувань, оглянутих здорових і хворих диспансерних осіб, зроблених досліджень і процедур) повинні щоденно вноситись із відповідних статистичних облікових форм на інформаційний листок, що знаходиться на робочому столі головного лікаря. Враховуючи малу кількість спостережень, ці дані виписуються у вигляді абсолютних цифр і порівнюються з нормативами.

Щомісячно до перерахованих показників додають дані про загальну смертність, захворю-

ваність туберкульозом, злоякісними новоутворами, про функцію лікарської посади, про кількість знятих і взятих на диспансерний облік, про число відвідувань, зроблених середніми медпрацівниками і про кількість донорів.

Щоквартально вносять показники про захворюваність на алкоголізм, тимчасову непрацездатність, кількість відвідувань на 1 мешканця, охоплення профілактичними оглядами, щорічно – дані про народжуваність на дільниці, смертність від окремих причин, загальну захворюваність, контингенти диспансерних хворих, функцію середнього медпрацівника.

Показники роботи СЛД за місяць і більші проміжки часу повинен готувати відділ медичної статистики ЦРЛ і представляти у вигляді інформаційного листка керівнику дільниці.

Для цього попередньо статистичні форми збирають по дільницях, дотримуючись певного графіка, і у відділі медичної статистики ЦРЛ проводять їх статистичну обробку. Практикуються також виїзди лікарів-статистиків ЦРЛ безпосередньо на дільниці. В інформації, яка готується повинно бути мало абсолютних цифр, а більше середніх і відносних величин. Показники повинні порівнюватись в динаміці, з даними по інших дільницях, із пересічними по району, і що особливо важливо, з нормованими або нормативними величинами.

Під нормами розуміють величини, які характеризують потребу населення в тих або інших видах медичної допомоги на певний період, під нормативами – оптимальні, можливі величини задоволення цих потреб, обумовлені наявними

матеріально-кадровими ресурсами. Позитивне значення нормативів на відміну від середніх величин, полягає в тому, що вони націлюють органи і заклади охорони здоров'я на досягнення перспективних науково обгрунтованих результатів. Нормативи повинні бути конкретні для даної дільниці. Їх розробляють відділ (кабінет) медичної статистики ЦРЛ та районні спеціалісти разом з головним лікарем СЛД. Вони базуються на науково обгрунтованих нормах потреби сільського населення у медичній допомозі з врахуванням фактичного стану матеріально-технічного забезпечення дільниці, та на нормах і нормативах затрат робочого часу на виконання різних видів медичної допомоги, які регламентовані нині діючими наказами, інструкціями МОЗ України. У випадках відхилення фактичних показників від нормативних головний лікар СЛД вияснює причини і приймає відповідні управлінські заходи.

На основі вищенаведеного можна зробити такі висновки:

1. Основою управління, незалежно від його рівня, є інформаційне забезпечення.

2. Головному лікарю СЛД для управління необхідно 3 типи інформації: зовнішня, науково-медична та внутрішня (із власних джерел).

3. В своїй управлінській діяльності головний лікар СЛД повинен керуватись науково-обгрунтованими нормативами, розробленими відділом медичної статистики ЦРЛ разом із районними спеціалістами.

Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я.-Тернопіль-Київ-Вінниця, Джура, 1997.-328с.
2. Голяченко А.М. Сельская врачебная амбулатория.-К., "Здоров'я", 1985.-160с.
3. Голяченко А.М., Мельник В.К., Серкова В.К. Методические рекомендации по совершенствованию информационного обеспечения системы управления здравоохранением области.-Вінниця, 1983.-34с.
4. Ходаковский В.Г. Совершенствование управления здравоохранением сельского врачебного участка.-К., "Здоров'я", 1987.-64с.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УПРАВЛЕНИЯ СЕЛЬСКИМ ВРАЧЕБНЫМ УЧАСТКОМ

Романюк Л.Н. (Тернополь)

Проанализированы три вида информации, необходимой для управления главному врачу сельского врачебного участка: внешняя, научно-медицинская и внутренняя (из собственных источников). Приведен необходимый перечень основных показателей здоровья населения и деятельности СВУ.

INFORMATION PROVISION IN MANAJEMENT OF THE VILLAJE MEDICAL DEPARTMENT

L.M.Romaniuk (Ternopil)

Thore kinds of information external, scientific and medical and internal, which the head doctor of the villaje medical department needs for manajement have feen analyzed (from own sources). The necestayary list of main health index es of popu lation and VMD (villaje medical department) activity have feen shown.

УДК 616.-089:658.516:658.3.018:615.07

Р.Й. ВАСИЛИШИН

МЕДИЧНІ СТАНДАРТИ – ДОСВІД СТВОРЕННЯ, НЕДОЛІКИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

Питання стандартизації надання медичної допомоги в Україні залишаються невирішеними, що є передумовою для створення центральної методичної лабораторії стандартів або рекомендацій, центральної координуючої організації, які змогли б розробляти критерії якості для оцінки рекомендацій, розробляти методологічні основи створення рекомендацій, контролю за їх дотриманням.

Згідно з міжнародним визначенням, здоров'я людини – це не тільки відсутність фізичних недоліків, а й повне психічне і соціальне благополуччя, яке дозволяє їй брати участь у суспільному житті, реалізовувати свою особистість, самовдосконалюватись [16]. Поряд з цим, слід не забувати, що здоров'я населення є важливим елементом національного багатства. Від його стану багато в чому залежить рівень виробництва національних благ, а розвиток суспільства неможливий без раціонального використання біологічних і соціальних можливостей людини. З другого боку – переважними чинниками незадовільного перебігу процесів громадського здоров'я залишаються ризикові соціально-гігієнічні умови життєдіяльності людей, неадекватні їх положенню способи існування в ньому, а також відсутність запровадження "здорових" еталонів щодо збереження та покращання здоров'я.

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 [47]. Підлеглими частинами чого є: - ліцензування і акредитація медичних закладів, атестація медичних працівників [22,23], основою чого мають стати розроблені науково-обґрунтовані стандарти (протоколи) діагностики та лікування [15,27,38,45].

У глобальній стратегії ВООЗ "Здоров'я для всіх" має місце розділ – "Якість обслуговування та відповідна технологія", яким передбачено, що "всі країни-члени ВООЗ повинні мати відповідні

структури та механізми для забезпечення безперервного підвищення якості медико-санітарної допомоги та вдосконалення відповідного розвитку і використання технології охорони здоров'я" [16]. Згідно з визначенням 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 завдань на відповідному науково-технічному рівні. При цьому вважається, що кінцева інтегральна оцінка діяльності закладу складається із суми коефіцієнтів: коефіцієнта якості, витрат, відповідності технології і соціальної задоволеності (кожний коефіцієнт – це відношення нормативних і фактичних значень) [20].

Для кількісного вираження якості медичної допомоги може визначатися за пропозицією деяких авторів [11-14], як коефіцієнт відношення числа випадків досягнутих медичних результатів до загальної кількості оцінюваних випадків наданої медичної допомоги. Коефіцієнт соціальної ефективності є відношенням числавипадків задоволеності споживача і загального числа надання медичної допомоги; коефіцієнт співвідношення затрат є відношенням нормативних затрат і фактично проведених витрат на оцінювані випадки наданої медичної допомоги. Інтегральний коефіцієнт ефективності, за даними вказаних авторів, є вихідним значенням від наведених вище коефіцієнтів.

Загальновідомо, що під стандартом розуміють зразок, нормативний документ, який забороняє відхилення від нього. Стандарт – це вимога, яка повинна неухильно виконуватися [28,37] і актуальними є питання про те, якими вони повинні бути, хто може формулювати їх і для яких ситуацій, чи здійсненні вони на практиці. Донедавна термін "стандарт" до медичних втручань застосовувався рідко і механізм охорони здоров'я України працював за єдиною моделлю: надання первинної медичної допомоги –

вузькоспеціалізованої, звернення до медичних установ обласного рівня. На міському та обласному рівнях ця модель продовжує діяти дотепер. Довгий час робота лікувально-профілактичних установ регламентувалася нормативно-правовими документами, які визначали окремі сторони їх діяльності (наприклад, санітарні правила і норми), а набір лікувально-діагностичних заходів установлювався досить великим масивом відповідних нормативних та методичних матеріалів.

Служба охорони здоров'я сьогодення уже має ряд відмінних особливостей, які не вкладаються у відомі рамки і змушують шукати нові шляхи забезпечення якісної медичної допомоги населенню, оскільки уже існують державні і приватні лікувальні заклади, має місце ліцензування і сертифікація медико-фармацевтичної діяльності, спроби медичного страхування, подальший розвиток і вдосконалення законодавчої бази [3,6,17,21,22]. Слід зазначити, що у більшості випадків наведені форми ще невиразні, носять характер спроб або тенденцій. Тому сьогодні є всі підстави вважати, що стандарти, які з'являються в Україні та країнах пострадянського регіону не тільки за змістом, але й за формою – є не що інше як "...жертва реформування фундаментальних понять і трансформації відносин у сфері медицини й охорони здоров'я" [5].

Доказом цього може бути аналіз динаміки створення і впровадження медичних стандартів у Росії. Там спостерігається процес створення довільних рекомендацій, заснованих на поточній практиці і думках експертів. Якість цих "рекомендацій", на погляд спеціалістів, є абсолютно незрівнянною з якістю рекомендацій, запропонованих міжнародними журналами і оцінюється ними критично [52]. Російські "вітчизняні" рекомендації називають стандартами медичної допомоги і навіть вводять їх у федеральні закони. Так, у 1992 р. Міністерством охорони здоров'я РФ були розроблені "Інструктивний лист №19-15/04" і "Федеральні медичні стандарти". Останні являли собою упорядкований список найменувань 218 нозологічних форм і їхніх груп з кодovими позначеннями в термінах МКБ-9 та відповідним переліком діагностичних і лікувальних процедур, проведення яких повинно бути обов'язковим для хворих, а також вимоги щодо результатів лікування при відповідних захворюваннях. У 1993 році був прийнятий Закон Російської Федерації "Про стандартизацію", який установив правові основи стандартизації в Росії, обов'язкові для всіх суб'єктів права, і визначив міри державного захисту інтересів споживачів і держави за допомогою розробки і застосування нормативних документів по стандартизації [3,4].

Ці документи, хоча і обмежували створення на території регіонів своїх стандартів, відмінних від федеральних, все ж, носили характер рекомендацій і отримали далеко неоднозначну оцінку. Їх недосконалість викликала ініціативу розробки своїх власних стандартів кожним регіоном Російської Федерації [32-35], в яких критерієм якості, визначався, в основному, опис мінімального обсягу медичної допомоги. Поряд з цим, фахівці медичного страхування наполягали на тому, щоб контроль якості надання медичної допомоги здійснювався тільки страховими компаніями [17,29]. Одночасно представниками федерального і деяких регіональних міністерств охорони здоров'я створювалися свої програми «стандартизації» [31,39,40], в основі яких також превалюючими були механізми визначення так званої "реальної вартості медичних послуг, що фактично відповідало набору послуг "мінімального соціального стандарту" [7]. Тобто контроль якості заздалегідь зводився до контролю над витратами [7,9]. Більшість практикуючих лікарів Росії вважає, що нинішнє фінансове становище поліклінік і основної маси пацієнтів не дозволяє реалізувати вказану вище форму "медико-економічного стандарту" [1,8].

Практика надання медичної допомоги показує, що медико-економічні стандарти необхідні, вони є потребою повсякденної медичної роботи і їхня відсутність стає все більш відчутною [36,41]. Однак, вони не повинні бути плодами довільної творчості, як це мало місце в регіонах Росії, коли у формі стандартів були запропоновані зведені за спеціальностями вимоги щодо обсягу обстеження, методів лікування, а також критерії ефективності при окремих захворюваннях [42,48]. Нерідко ці документи являли собою конспекти підручників або модифіковані копії "стандартів", створених сусідніми управліннями охорони здоров'я.

Частина затверджених Мінздоровом і опублікованих "стандартів" була надзвичайно лаконічною [30,39,40]. До їх недоліків можна віднести: 1) анонімність, зумовлену відсутністю посилань до вихідних публікацій; 2) обмеження тільки переліком необхідних діагностичних досліджень та лікувальних заходів без вирішення проблем діагностики і диференціальної діагностики; 3) відсутність обґрунтування тривалості і обсягу лікувальних заходів; 4) відсутність варіантів дій, індивідуалізації лікування залежно від форми захворювання тощо. На кожне захворювання виділялося всього 1-2 сторінки машинописного тексту, зміст якого був цілком невігядливий, а набори обстежень традиційні: при усіх хворобах вимагалось проведення ЕКГ у 12 загальноприйнятих відведеннях і флюорографія грудної клітки у двох

проекціях. Узагальнити недоліки існуючих "стандартів" можна такими визначеннями: обмеженість, неоднозначність, неоднорідність [5,36].

Наочними прикладами можуть бути наступні "рекомендації". Так, при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, з одного боку, необхідним було проведення антибактеріальної терапії (у 1992 р. такий підхід не розглядався як загальноновизнаний [3]), з іншого боку - призначення олії з обліпихи, застосування лазерного та інфрачервоного опромінення виразки і всього тіла. Подібна практика, на погляд деяких авторів, не мала ніякої основи [25]. Настільки ж необґрунтоване було й проведення гіпербаричної оксигенації [2]. У збірнику стандартів з хірургічного лікування містилась вимога виконання резекції шлунка з приводу неускладненої виразкової хвороби, але були відсутні дані про те, у яких випадках втрачає силу потреба лікувати консервативно.

Вивчаючи розділ терапії хронічних гепатитів і цирозів [42], знаходимо виміги застосування полівітамінів, есенціале і ліпостабілу, гіпербаричної оксигенації - дорогих видів лікування, ефективність яких чітко не доведена. Важливо відзначити, що частина визнаних необхідними "стандартом" втручань (наприклад, гіпербарична оксигенація) недоступна для абсолютної більшості пацієнтів. При цьому укладачі даного "стандарту" не відповідають на запитання, яким є "нестандартне" лікування: прийнятним, чи ні. Якщо відступ від "стандарту" неприпустимий, то яка відповідальність лікаря, який порушив цю вимогу? Нереалістичні, довільні вимоги таких документів можуть сковувати дії лікаря. Враховуючи наведені недоліки, можна вважати ці "стандарты" довідниками для професійно не підготовлених функціонерів, здатних тільки перевіряти історії хвороб або амбулаторні карти [5].

Прийняття такого роду "стандартів", на погляд деяких авторів [5], ще й означає перехід до медицини "адміністративного" типу, коли лікар діє на підставі спущених зверху вказівок, тим самим знімаючи з себе відповідальність. Далеко невизначеними залишились питання економічного забезпечення медичної допомоги при використанні "стандартів". Тому закономірно вини-

кає питання - чи можна такими документами користуватись? Дати відповідь на нього сьогодні важко.

В економічно розвинутих країнах докладаються величезні зусилля і виділяються значні кошти для створення системи охорони здоров'я. При цьому досягається мета поступового переходу так, щоб усі рекомендації базувались на достовірних даних про медичні втручання [4,49]. Згідно з літературними даними, цей процес розвивається швидко і невпинно. Так, у Німеччині готується по 100 рекомендацій на місяць, у США схвалені і прийняті близько 5000 [52]. Зразки зарубіжних сучасних клінічних рекомендацій переведені й висвітлені в ряді публікацій [10]. В країнах пострадянського регіону, у тому числі в Росії та Україні, так і не було сформовано процедури створення і переробки подібних рекомендацій. Без прийняття відповідної системи створення тексту рекомендацій, його обговорення, редагування, рецензування і повторного редагування неодмінно будуть з'являтися "стандарты" низької якості, здатні лише нашкодити медичній практиці і збільшити фінансові збитки охорони здоров'я [5]. Звідси логічно випливає необхідність створення центрально-методичної лабораторії стандартів або рекомендацій, центральної координуючої організації, які змогли б розробляти критерії якості для оцінки рекомендацій, розробляти методологічні основи створення рекомендацій.

В Україні розроблені "Методичні підходи до розробки медичних стандартів" [24], 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, питання стандартизації надання медичної допомоги в Україні залишаються невирішеними, що створює передумови для створення центрально-методичної лабораторії стандартів або рекомендацій, центральної координуючої організації, які змогли б розробляти критерії якості для оцінки рекомендацій, розробляти методологічні основи створення рекомендацій, контролю за їх дотриманням.

Список літератури

1. Аксаментов М.Г. Медико-экономические стандарты: взгляд со стороны врача амбулаторного приема // Здравоохранение. - 1998. - №12. - С. 19-21.
2. Боборыкин В.М., Нугманова Д.С. Гипербарическая оксигенация. // National conference on quality of care. 15.5.1996. - Alma-Ata. - 1996. - P.77-80.
3. Власов В.В. Всегда ли надо лечить больного? //Врач. - 1997. - №6. - С. 42.
4. Власов В.В. Как читать медицинские статьи: Часть 6. Практические рекомендации.// Междунар журн. мед. практики. - 1998. - № 3. - С. 7-12.

5. Власов В.В. Современный процесс стандартизации в российской медицине // Междунар. журнал мед. практики. – 2000. – №2. – С. 12-19.
6. Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования : Метод. рек. Утв. исполн. директором ФФОМС 27.04.98. // Здравоохранение. – 1998. – №8. – С. 144-50.
7. Воробьев П.А., Аксюк З.Н. Стандартизация и оценка качества медицинской помощи. // Пробл. стандартизации здравоохран. – 1999. – №1. – С. 8-15.
8. Воробьев П.А. Протоколы ведения больных - подходы к созданию.// Пробл. стандартизации здравоохран. – 1999. – №1. – С.49-55.
9. Вялков А.И. Состояние стандартизации в здравоохранении России.// Пробл. стандартизации здравоохран. – 1999. – №1. – С. 3-7.
10. Выявление причин обморочных состояний. / Линцер М., Янг Э.Х., Эстес Ш.М., Уанг П. и др. Часть 1: Диагностическая ценность данных анамнеза, результатов физикального обследования и электрокардиографии.// Междунар. журнал мед. практики. – 1999. – №1. – С. 26-34.
11. 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.
12. Галкин Р.А., Гехт И.А., Павлов В.В. Медико-демографические тенденции в сельском районе // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1997. – №6. – С.43-45.
13. 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.
14. 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.
15. Галкин Р.А., Тьякин В.П. Экспертиза качества лечения хирургических больных //Здравоохран. Рос. Федерации. –1993. – №3. – С. 13-15.
16. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993. – 322 с.
17. Ербактанов А. Где конечный результат, или за что нам платит ФОМС. // Мед. газета. – 1999. – Вып. 13. – С. 6.
18. Индейкин Е.Н. Алгоритмы лечения больных отделений интенсивной терапии в больницах США. // Качество мед. помощи 1998. – №2. – С. 60-63.
19. Капков Л. Нужна новая концепция.// Мед. газета. – 1998. – Вып. 87. – С. 5.
20. Капралова Н.Ф. Единая система оценки качества медицинской помощи // Новости медицины и фармации. – М., 1994. – №2 (29). – С.35.
21. Козлов Т. Борьба за свои лекарства будет продолжена?: Интервью А. Чучалина. Мед. газета. – 1998. – Вып. 82. – С. 11.
22. Куликова Н. Лицензирование медицинских учреждений в системе медицинского страхования // СПб. врач. ведомости. – 1993. – №3. – С. 65-67.
23. Кучеренко В.З., Сырцова Л.Е. Проблемы профилактики в условиях реформ здравоохранения // Пробл. соц. гигиены и истор. медицины. – 1996. – №1. – С.42-46.
24. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів. – К., 2000. – Асоціація психіатрів. – 23 с.
25. Лисицын Ю.В., Нугманова Д.С. // Лазерная терапия. - Alma-Ata. National Conference on quality of care. – Alma-Ata, 1996. – С. 61-76.
26. Моисеев С.В. Медицина, основанная на доказательствах.// Новый мед. журнал. – 1998. – №3. – С. 18-21.
27. Мыльникова И.Г., Крычагин В.И., Индейкин Е. Стандарты медицинской помощи.- М.: Присцелье, 1993 – 1996. – 96 с.
28. Мыльникова И.С. Стандартизация в здравоохранении: в поисках здравого смысла.// Качество мед. помощи. – 1998. – №2. – С. 6-8.
29. Об организации работ по стандартизации в здравоохранении. Приказ Федер. фонда обяз. мед. страхования №12/2 от 19.01.1998. // Качество мед. помощи. – 1998. – №2. – С. 66-70.
30. Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных. Приказ МЗ РФ №140 от 28.04.98. // Здравоохранение. – 1998. – №8. – С. 97-107.
31. О мерах по дальнейшему выполнению Закона РФ "О внесении изменений и дополнений в закон РФ "О медицинском страховании граждан в РСФСР"" на 1995 год. – Постановление администрации Тамбовской обл. №594 от 20.12.1994.
32. О порядке рассмотрения и утверждения проектов нормативных документов по стандартизации в здравоохранении. Приказ МЗ РФ №354 от 8.12.1998. // Пробл. стандартизации здравоохран. – 1998. – № 1. – С. 56-59.
33. О порядке осуществления контроля за назначением и обеспечением отдельных категорий граждан РФ на льготных условиях лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: Приказ МЗ РФ и ФФОМС от 11.12.1998 №№361/99.// Российская газета. – 14.04. – 1999. – С. 5.
34. О разработке медико-технологических протоколов ведения и лечения больных. Приказ МЗ РФ №260 от 29.08.1997 // Качество мед. помощи. – 1998. – №2. – С. 64-65.
35. О совершенствовании лекарственного обеспечения населения РФ. Приказ МЗ РФ от 23.1.98 №17. // Качество мед. помощи. – 1998. – №4. – С. 38-50.

36. *О стандартах* медицинской помощи хирургическим больным в клиническом стационаре / Еропкина А.Г., Тимин Е.Н., Курочкина А.И., Рухлис В.Е. и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2000. – №11. – С. 56-59.
37. *Программа* государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью. Утв. пост. Правит. РФ №1096 11.09.1998. // Мед. газета. – 23.12.1998. – С. 102-113.
38. *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.
39. *Стандарты* (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения (Приказ МЗ РФ от 17.04.1998 г. №125). // Качество мед. помощи. – 1998. – №6. – С.1-48.
40. *Стандарты* (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (взрослое население) (Утв. приказом МЗ РФ № №300 от 9.10.1998).//Качество мед. помощи. – 1999 (Библиотека журнала). Vol. (Library). – С.14-23.
41. *Структура* лечебно-диагностических стандартов при острых хирургических заболеваниях брюшной полости на догоспитальном этапе/Джачвадзе Д.К., Сининченко Г.И., Ивануса С.Я., Белевич В.Л.//Стандарты оказания неотложной хирургической помощи населению в стационарах Санкт-Петербурга. – Научно-практ. ежег. конф. Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга. – Спб.- 2000. – С.12.
42. *Территориальные* медико-экономические стандарты стационарной помощи в Алтайском крае. Комитет по здравоохранению Алтайского края. – Барнаул: МНПО "Технология". – 1992. – С. 14.
43. *Флеминг Т.Р., Де Метц Д.Л.* Использование косвенных критериев оценки в клинических испытаниях: не ошибаемся ли мы? // Междунар. журн. мед. практики. – 1997. – №3. – С.11-20.
44. *Фулиди М.Г.* Интенсивная терапия больных с отравлением алкоголем (стандарт действий). // Актуальные проблемы медицины критических состояний.- Петрозаводск:ПГУ. – 1995. – С. 97-100.
45. *Шведова Н.А.* Здравоохранение: американская модель.- М.: «Наука», 1993. – 44 с.
46. *Шленкер А.К.* Здравоохранение США и рыночная экономика // В кн.: Современные проблемы стационарной медицинской помощи. – СПб. – 1994. – С.68-69.
47. *Donabedian A.* The Quality of Care // J. Amer. Med. Ass. – 1988. – Vol. – 260. – №14. – P. 1743-1748.
48. *Cochrane* upper gastrointestinal and pancreatic diseases group. Abstracts of Cochrane Reviews // The Cochrane Library Issue. – 2000. – №4. –P. 13-34.
49. *Jackson R., Feder G.* Guidelines for clinical guidelines: A simple, pragmatic strategy for guideline development.//Br. Med. J. – 1998. – №317. P. 427-428.
50. *Niederau C., Heinges T., Haussinger D.* Treatment of chronic hepatitis C with a-interferon: an analysis of the literature. // Hepatogastroenterology. – 1996. – №12. – P. 1544-1556.
51. *Petrie J., Barnwell E. and Grimshaw J.M.* Criteria for Appraisal for National Use. // Pilot Edition. – 1995. – №9. – P. 324-329.
52. *Shaneyfelt T.M., Mayo-Smith M.F., Rothwangl J.* Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature.//JAMA. – 1999. – №281. –

МЕДИЦИНСКИЕ СТАНДАРТЫ – ОПЫТ СОЗДАНИЯ, НЕДОСТАТКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Р.И. Василишин (Днепропетровск)

Вопросы стандартизации оказания медицинской помощи в Украине остаются нерешенными, что создает предпосылки для создания центрально-методической лаборатории стандартов или рекомендаций, центральной координирующей организации, которые могли бы разрабатывать критерии качества для оценки рекомендаций, разрабатывать методологические основы создания рекомендаций, контроля по их осуществлению.

MEDICAL STANDARDS – THE EXPERIENCE OF CREATION, SHORTCOMINGS AND PERSPECTIVE

R. Y. Vasylyshyn (Dnipropetrovsk)

Abstract. In the system of the health protection of Ukraine the problems of standardization of medical aid rendering and control by its realization are remaining still insufficiently solved. Working out of these problems is an important and perspective way to rise the quality of the medical aid which is orient to transition from intuitive or stereotype practice to scientifically well-founded and provided with achievements of contemporary medical science.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА ПРОФЕСІЙНИЙ ПОРТРЕТ КЕРІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ БАЗОВОГО РІВНЯ

О.Н. ЛИТВИНОВА, В.В. БОНДАРЕНКО

Тернопільська державна медична академія, управління охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації

З метою визначення професійно-психологічного портрета управлінських кадрів в системі охорони здоров'я України, ми провели соціологічне опитування останніх. У вибірці брали участь головні лікарі лікувальних закладів та їх заступники по мережі та лікувальній роботі Кіровоградської області.

Для характеристики управлінських кадрів в напрямку соціальної, психологічної та професійної характеристики ми використали опитувальний тест, який містив 40 запитань.

Аналіз анкетування керівників охорони здоров'я Кіровоградської області показав, що в обстеженні взяло участь 30 респондентів віком від 34 до 64 років.

За віковим складом керівники лікувальних закладів Кіровоградської області розподілились таким чином: 13,3±6,2% віком понад 60 років, 20±7,3% мають вік 50-60 років, 40-50 років – 43,4±9,04% і до 40 років – 23,3±7,71%.

Серед всіх керівників охорони здоров'я – 50±9,1% жінки. 66,7±9,04% респондентів народились і проживають на Кіровоградщині.

Лікувальний факультет закінчили 60±8,94%, педіатричний – 23,3±7,72% керівників охорони здоров'я, із них 30±8,37% закінчили інтернатуру з терапії, по 16,7±6,81% - з хірургії та педіатрії - 20±7,3% з інших спеціальностей.

Керівники закладів охорони здоров'я походять із селян 30±8,37%, із робітників – 16,7±6,81%, із службовців – 53,3±9,1%. 80±7,30% управлінців одружені, 40±8,9% мають по двоє дітей і 46,7±9,1% - одну дитину.

Аналіз умов проживання керівників системи охорони здоров'я показав, що 40±8,9% забезпечені житлом із розрахунку 8 – 12 м² на одного проживаючого, по 30±8,3% - 13 – 19 м², – більше 20 м² – на одного члена сім'ї.

Щомісячний дохід в гривнях на одного члена сім'ї в межах 100 грн мають 43,3±9,05% респондентів, в межах 101-200 грн – 56,7±9,05%.

Аналіз матеріального добробуту проводився за наявністю особистих речей вищого рівня забезпеченості, як наявність автомобіля, комп'ю-

тера, морозильної камери, приватного будинку, відеокамери, автоматичної пральної машини.

Всіма предметами вищого добробуту (згідно вказаного переліку) не забезпечений жоден респондент, 46,7±9,1% мають власний автомобіль, 26,7±8,07% забезпечені автоматичною пральною машиною, лише 4 мають комп'ютери, 36,6±8% 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.

Епізодично вживають алкоголь 53,3±9,1% керівників охорони здоров'я.

Постійно нераціонально харчуються та ведуть сидячий спосіб життя 43,4±9,04% респондентів. Як показав аналіз, негативному психогенному впливу в тій чи іншій мірі піддаються всі керівники системи охорони здоров'я. Постійні психоемоційні навантаження відмічають 46,7±9,1%, періодичні – 33,3±8,94%. Епізодичні стресові ситуації відчувають 63,3±8,8% управлінців.

Дослідження типів темпераменту за Гіппократом показало, що 63,3±8,79% керівників переважно сангвініки. Визнаними лідерами почуваються лише 40±8,94% керівників, 53,3±9,1% - поводяться залежно від обставин – то як лідери, то як керовані.

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, 10,7±5,84% керівників системи охорони здоров'я мають стаж керівної роботи 16 – 20 років, 21,4±7,75% - більше 20 років, найбільша кількість респондентів 32,1±8,82% мають стаж роботи 10-15 років і 21,4±7,75% керівників працюють на керівній посаді до 5 років.

Аналіз стажу роботи на даній керівній посаді показав певну сталість кадрового керівного складу. Працюють на останній посаді до 5 років 50±9,45%, 6-10 років – 21,4±7,75%, 14,4±6,65%

респондентів працюють 11-15 років.

В резерві на керівну посаду знаходилось 60±8,94% керівників, з них до 3 років 52±9,9% респондентів, 40±9,8% керівників призначені на керівну посаду не перебуваючи в резерві на неї.

Курси спеціалізації ООЗ закінчили лише 26,7±8,07%, 73,3±8,07% з інших спеціальностей. Ординатуру по ООЗ проходили лише 2 респонденти.

43,3±9,04% - респондентів атестовано із ООЗ, із них 26,6±8,07% керівників системи охорони здоров'я мають вищу атестаційну категорію. З них вищу категорію мають 33,33±8,94% керівників. Всього атестаційну категорію з іншої спеціальності мають 86,7±6,2% респондентів.

26,7±8,07% керівників мають власні публікації - з них три на санітарно-просвітні теми і лише одна робота присвячена організації охорони здоров'я.

Участь в міжнародних заходах керівників охорони здоров'я області досить скромна: 20±7,3% керівників брали участь у міжнародних конференціях та семінарах.

З органами державної влади співпрацює 33,3±8,94% керівників, 13,33±6,2% співпрацюють з МОЗ України.

Аналіз стимулювання управлінської діяльності показав, що 53,33±9,1% керівників отримували подяки, 25±7,9% - грошові винагороди, 13,33±6,2% отримали почесні звання. Негативні стимули, зокрема догани застосовувались до 13,33±6,2% керівників і ніяк не відзначалася робота на керівній посаді лише двох респондентів.

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

1. Компетентність (професіоналізм) – 37,9±9%
2. Порядність – 10,4±5,67%
3. Людяність – 13,9±6,4%
4. Комунікабельність – 17,2±7%
5. Самоорганізованість – 17,2±7%

Судячи з останніх відповідей анкети: "Що Ви вважаєте найголовнішим для керівника системи охорони здоров'я?", ідеальний керівник повинен бути професіоналом, знавцем своєї справи, чесною, порядною і чуйною людиною, дисциплінованим працівником, ще викладено думку, що він повинен бути впевненим у завтрашньому дні, вміти володіти собою.

Висновки

1. Основу управлінського складу в Кіровоградській області складають керівники, віком 45-50р.
2. Переважна більшість керівників відносяться за темпераментом до сангвініків, 40 ± 8,9 % почуються лідерами.
3. Для даного регіону характерна висока сталість кадрового керівного складу - 64,2 ± 8,75% респондентів мають загальний керівний стаж більше 10 років, 28,6±8,25% працюють більше 10 років на даній керівній посаді.
4. Матеріальний добробут більшості керівників задовільний або добрий.
5. Негативні впливи у вигляді стресів та нервових перевантажень відчувають 90±5,4 % керівників.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ БАЗОВОГО УРОВНЯ

О.Н.Литвинова, В.В.Бондаренко (Тернополь, Кировоград)

Для определения психологического и профессионального портрета руководителей системы здравоохранения Украины на базовом уровне нами проведено социологическое исследование последних.

Результаты опроса показали, что в Кировоградской области большинство руководителей системы здравоохранения в возрасте 45-50 лет, преимущественно сангвиники, 90±5,4 % из них испытывают влияние стрессовых ситуаций. Материальное состояние большинства из них удовлетворительное или хорошее. Отмечена высокая стабильность кадрового состава.

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

O.Lytvynova, V. Bondarenko (Ternopil, Kirovograd)

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 Kirovograd area the majority of leaders of public health system are 45 – 50 year old males, mainly sanguine persons, 90±5,4 % of them feel an influence of stress situations. Material condition of majority from them is good. It was noted high stability of the personnel.

А.М. НАГОРНА, Д.В. ВАРИВОНЧИК (Київ)

МЕДИЧНА ДОПОМОГА - СКЛАДОВА ЧАСТИНА КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ ПІДЛІТКІВ

Український інститут громадського здоров'я, Київський палац дітей та юнацтва

Боротьба з поширенням ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні є найважливішим аспектом сучасної профілактичної медицини [1]. Встановлено, що деякі патологічні стани людини, захворювання, що передаються статевим шляхом, наркотична залежність значно підвищують ризик інфікування ВІЛ [2, 4].

На противагу державам Західної Європи, в Україні серед ВІЛ-інфікованих спостерігається значна кількість підлітків (Україна - 2,2-4,4%, Західна Європа - 0,5-0,7%) [3]. Серед підлітків України також дуже поширені захворювання, які передаються статевим шляхом, наркотична залежність, незапланована вагітність тощо [2]. Тому медична допомога є обов'язковим складником, що забезпечує первинну профілактику ВІЛ-інфікування шляхом запобігання виникненню, діагностики, лікування хворих на хвороби, що сприяють ВІЛ-інфікуванню.

Метою дослідження було вдосконалення умов надання медичної допомоги для зниження ризику ВІЛ-інфікування підлітків.

Дослідження проводилося в два етапи. На першому етапі виявлено, що серед 5195 підлітків (15-17 років), які проживають у Києві, не мали ризику 1010 чоловіків і 1006 жінок, мали статевий ризик ВІЛ-інфікування 1724 чоловіки та 1235 жінок, парентеральний ризик - 161 чоловік та 59 жінок. За допомогою соціологічного методу (опитуванням) вивчались умови ретроспективного надання медичної допомоги (6 місяців від моменту обстеження).

На другому етапі 3179 підліткам, які мають ризик ВІЛ-інфікування (статевий і парентеральний), надавалась медична допомога в рамках експериментально впровадженої комплексної системи медико-соціальної профілактики ВІЛ-інфікування (1998-2001 рр.). На першому не диференційованому за соціальним ризиком ВІЛ-інфікування етапі та другому (диференційованому) в умовах тимчасової "клініки для молоді", розгорнутої в Київському палаці дітей та юнацт-

ва з залученням спеціалістів Київського міського центру з профілактики та боротьби зі СНІД, надавалась акушерсько-гінекологічна і наркологічна допомога, в Київському міському об'єднанні "Соціотерапія" - наркологічна, в Київському міському центрі здоров'я - санологічна, Українській асоціації планування сім'ї - акушерсько-гінекологічна допомога. На третьому, диференційованому за особистим ризиком ВІЛ-інфікування етапі медична допомога надавалась у спеціалізованих медичних закладах - міських шкірно-венерологічному та наркологічному диспансерах, Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом.

Динаміка захворюваності підлітків та частота розвитку венерологічної, акушерсько-гінекологічної та наркологічної патології вивчались під час реалізації профілактичної системи та через 3 і 12 місяців після закінчення її реалізації. Для цього аналізували медичну документацію: ф. №025/01 (Медична карта амбулаторного хворого); ф. №030/0 (Контрольна карта диспансерного спостереження).

Одержані дані оброблялися за допомогою параметричного аналізу, вірогідність отриманих даних визначалася за критерієм Стюдента і Пірсона (χ^2), де за нульову гіпотезу приймалися показники до початку надання медичної допомоги.

1. Ретроспективне вивчення потреби, доступності та ефективності надання медичної допомоги підліткам.

Обстеження та лікування з приводу захворювань, що передаються статевим шляхом, у дерматовенеролога раніше потребували (5±0,5)% чоловіків і (7±0,7)% жінок із статевим ризиком ($P<0,01$); (12±2,6)% та (18±5)% відповідно - із парентеральним ($P<0,05$). Зверталися до дерматовенеролога (з тих, у кого була потреба) (96±2,1)% чоловіків і (97±1,8)% жінок із групи статевого ризику ($P<0,01$); (45±1,4)% та (48±15,1)% відповідно - парентерального ($P<0,05$).

Обстеження та лікування у лікаря-акушера-гінеколога потребували ($12 \pm 0,9$)% жінок зі статевим ризиком ($P < 0,01$), $43 \pm 6,4$ - з парентеральним ($P < 0,05$). Зверталися до лікаря-акушера-гінеколога (з тих, у кого була потреба) ($82 \pm 3,2$)% жінок зі статевим ризиком ($P < 0,01$), $73 \pm 8,9$ - парентеральним ($P < 0,01$).

Обстеження та лікування у лікаря-нарколога з приводу залежності від психотропних засобів потребували ($0,9 \pm 0,2$)% чоловіків і ($0,6 \pm 0,2$)% жінок без чинників ризику (тютюнова залежність), $P < 0,05$, ($1,5 \pm 0,3$)% чоловіків і ($1 \pm 0,3$)% жінок - зі статевим ризиком (тютюнова, алкогольна залежність, залежність від ентеральних форм наркотичних засобів) ($P < 0,05$), усі підлітки з парентеральним ризиком ($P < 0,01$). За наркологічною допомогою зверталися (з тих, у кого була потреба) лише ($11,2 \pm 4,1$)% підлітків з парентеральним ризиком ($P < 0,05$).

Для отримання медичної допомоги усі підлітки зверталися в кабінети анонімної допомоги [від ($82 \pm 0,8$)% до 97 ± 7 , $P < 0,01$]. Підлітки без чинників ризику зверталися також у поліклінічні відділення за місцем проживання [від ($5 \pm 0,7$)% до $11 \pm 0,6$] та у спеціалізовані диспансери, інститути [від ($5 \pm 0,4$)% до $6 \pm 0,7$, $P < 0,01$]. Підлітки зі статевим і парентеральним чинниками ризику [від ($1,5 \pm 0,9$)% до $7 \pm 0,6$, $P < 0,05$] також зверталися в спеціалізовані диспансери - шкірно-венерологічний, наркологічний тощо.

2. Визначення ефективності реалізованої медичної допомоги під час експериментального впровадження комплексної системи медико-соціальної профілактики ВІЛ-інфікування підлітків.

Після проведення акушерсько-гінекологічної допомоги серед підлітків-жінок на другому етапі реалізації профілактичної системи частота патології становила ($32,7 \pm 1$)%, порушення менструального циклу - 62 на 1000 статевих активних підлітків-жінок, рівень захворюваності на неспецифічні запальні хвороби статевих органів - 265; вагітність до 12 тижнів - 6,75, більш як 12 тижнів - 2,25 на 1000 підлітків-жінок. Після закінчення третього етапу спостерігалось значне зменшення частоти патології - до ($5,8 \pm 0,5$)%, захворюваності на порушення менструального циклу - 14,2 на 1000 підлітків-жінок, неспецифічні запальні захворювання статевих органів - 43,8.

Вагітності не було виявлено. Ці показники залишилися на стабільно низькому рівні, і через 12 місяців після закінчення реалізації медичної допомоги частота патології становила ($4,1 \pm 0,4$)%, захворюваність на порушення менструального циклу - 16,7 на 1000 підлітків-жінок, запальні захворювання статевих органів - 24; вагітності - не було ($P < 0,01$).

Після надання допомоги лікарями-дерматовенерологами статеві активні підлітки на другому етапі реалізації профілактичної системи частота патології становила ($4,45 \pm 0,3$)%, рівень захворюваності на сифіліс - 1,32 на 1000 статевих активних підлітків, гонорею - 4,75; кандидоз - 14,72; хламідіоз - 7,33; трихомоноз - 3,28; уреоплазмоз - 1,43; генітальний герпес - 7,2; мікоплазмоз - 4,5. Після закінчення реалізації третього етапу профілактичної системи спостерігалось значне зменшення частоти патології - до ($0,43 \pm 0,1$)% захворюваності на: кандидоз - 1,24 на 1000 статевих активних підлітків; хламідіоз - 1,38; уреоплазмоз - 0,2; мікоплазмоз - 0,5; сифіліс, гонорею, трихомоноз, генітальний герпес не було виявлено. Ці показники залишилися на стабільно низькому рівні і через 12 місяців після закінчення реалізації профілактичної системи: частота розвитку патології [($0,2 \pm 0,07$)%], рівень захворюваності на кандидоз - 0,43 на 1000 статевих активних підлітків, хламідіоз - 0,28, уреоплазмоз - 0,15; генітальний герпес - 0,15; мікоплазмоз - 0,1 ($P < 0,01$). Сифіліс, гонорею, трихомоноз не виявлено.

Після надання наркологічної допомоги на другому етапі частота розвитку активної стадії наркологічної патології у підлітків становила ($11 \pm 1,1$)%, рівень захворюваності на хронічний алкоголізм - 58 на 1000 підлітків, токсикоманію - 12, наркоманію - 39. Після закінчення третього етапу реалізації профілактичної системи спостерігалось значне зменшення частоти активної стадії наркологічної патології - до ($3 \pm 0,9$)%. Рівень захворюваності (на 1000 підлітків - активна стадія) на хронічний алкоголізм становив 12, наркоманію - 22. Через 12 місяців після реалізації медичної допомоги частота розвитку активної стадії наркологічної патології мала подальше зменшення - до ($2,5 \pm 0,8$)%, рівень захворюваності на хронічний алкоголізм в активній стадії становив 8 на 1000 підлітків; наркоманію - 15 ($P < 0,01$).

Висновки

Отже, спостерігається збільшення потреб в отриманні медичної допомоги в разі зростання ризику ВІЛ-інфікування серед підлітків на тлі низької звертальності підлітків за кваліфікованою медичною допомогою.

За рахунок надання медичної допомоги підліткам під час експериментального впровадження комплексної системи медико-соціальної допомоги вдалося виявити і провести лікування підлітків із

наявними захворюваннями, патологічними та фізіологічними станами, що сприяють інфікуванню ВІЛ (захворювання, що передаються статевим шляхом, вагітність, запальні захворювання статевої системи жінок, зловживання алкогольними напоями, вживання токсичних і наркотичних засобів). Це дало змогу попередити ВІЛ-інфікування та поширення захворювань, що передаються статевим шляхом, перевести хворих із наркологічною патологією в стадію тривалої ремісії.

Отримані дані свідчать про ефективність медичної допомоги, яка надається в рамках розробленої комплексної системи медико-соціальної профілактики ВІЛ-інфікування підлітків.

Список літератури

1. Варивончик Д.В. Сучасні аспекти медико-соціальної профілактики ВІЛ-інфікування серед підлітків (аналітичний огляд літератури) // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2000, №2. - С. 94-96.
2. Грузєва Т.С. Захворюваність підлітків України на соціально значущі хвороби // Там же. - 2000. - №2. - С. 14-16.
3. HIV prevention and safe sex promotion: "Targeting adolescent males" // Working documents 4th EIC Seminar: "AIDS & Youth". Christ Church College, Canterbury, 8-12 July 1997, UK. - Canterbury, 1997. - 75 p. 4. Report on the global HIV/AIDS epidemic. - Geneva: UNAIDS, 2000. - 78 p.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ

А.М. Нагорная, Д.В. Варивончт (Киев)

Исследованы ретроспективно (6 месяцев) потребность, доступность и эффективность оказания медицинской помощи подросткам 15-17 лет в зависимости от наличия и степени риска ВИЧ-инфицирования (без риска, половой, парентеральной). Определена эффективность экспериментально реализованной медицинской помощи (акушерско-гинекологической, венерологической, наркологической) в рамках «дружественной клиники для молодежи» (I и II этапы - первичное консультирование, диагностика) и в специализированных учреждениях (III этап - лечение, диспансеризация).

Под воздействием реализованной медицинской помощи отмечается значительное и длительное (до 12 месяцев) снижение уровня заболеваемости, а также уменьшение частоты возникновения патологии у подростков, что значительно снижает их риск ВИЧ-инфицирования.

MEDICAL AID AS A COMPONENT OF COMPLEX MEDICAL-SOCIAL PREVENTION SYSTEM FOR TEENAGERS' HIV INFECTION

A.M. Nahorna, D. V. Varyvonchuk (Kyiv)

The retrospective investigations (6 months) concerning the need, accessibility and efficacy of medical aid rendering to teenagers (15-17 yrs) depending on presence and risk level of HIV infection (no risk, sexual risk, parenteral risk) have been run. The efficacy of experimentally realized medical aid (gynecological, venerological, narcological) has been determined within "friendly clinic for youth" (I and II stages - primary consultation, diagnosis) and at specialized establishments (III stage - treatment, dispensarization).

Under the influence of realized medical aid the long and significant (up to 12 months) morbidity rate decrease has been noted. There was also noticed the decrease of pathological infection of teenagers that considerably reduced their HIV infection risk.

УДК: 312.6:616-053.7

О.О. СТОЙКА (Київ)

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СЕРЕД МОЛОДІ

Київський міський центр здоров'я

Витрати на тривале лікування і профілактику хронічних захворювань, передчасні смерті, малорухомий спосіб життя населення стають «податком» для майбутніх поколінь. Шкідливі звички і пов'язаний з цим поганий стан здоров'я зумовлені такими чинниками, як недостатня освіченість й обмежений доступ до профілактичних заходів у дитячому і підлітковому віці. Тому створене нами суспільство – це замкнуте коло: кошти, вилучені зі сфери профілактичної медицини і виховання молоді на надання допомоги людям похилого віку, збільшують проблеми охорони здоров'я майбутніх поколінь у міру їхнього старіння [11].

Спосіб життя людей залежить від тих цінностей, пріоритетів, практичних можливостей і труднощів, які є невід'ємними елементами повсякденного їхнього життя. Особливості способу життя суспільств, соціальних груп та окремих осіб переплітаються, внаслідок чого формуються стереотипи дій, що повторюються і трансформуються з покоління в покоління. Ті чи інші погляди, позиції, навички, вміння та поведінка, що впливають на здоров'я, визначаються цим досвідом і тим соціальним сенсом і значенням, які з нього випливають. Йдеться не тільки про усвідомлене рішення піддавати чи не піддавати своє здоров'я ризику. Це означає також, що здоровий спосіб життя повинен пропагуватись як реалістична і приваблива альтернатива, якою люди можуть користуватися впродовж свого

повсякденного життя. Одним із провідних принципів філософії досягнення здоров'я для всіх є необхідність "зробити вибір на користь здорового способу життя більш простим вибором" [5].

Ще на початку розвитку знань, пов'язаних зі здоров'ям і поведінкою, вчені ставили завдання вивчити вплив гігієнічного виховання населення на його здоров'я, такі показники, як гігієнічні знання людини (кількісний показник), її поведінку (якісний показник) [16].

Поведінка – одна з основних детермінант здоров'я, ступінь впливу якої значно перевищує вплив багатьох інших детермінант. Вона разом із біологією людини, медичною допомогою та навколишнім середовищем належить до чотирьох основних чинників, що визначають рівень здоров'я [19]. Результати спеціальних досліджень, проведених у 70-х роках у США з метою кількісної оцінки впливу різних чинників на здоров'я, виявили, що група чинників, названих біхевіоральними (поведінковими), постійно випереджала інші [20].

Тому і виникла потреба змінити пріоритети в профілактиці – від профілактики хвороб до профілактики поведінки, яка може призвести до захворювання. "Освіченість полягає не в тому, щоб більше знати, а в тому, щоб інакше себе поводити" [21]. За таким підходом на перший план виходить проблема впливу на поведінку людини. Наочно це продемонстровано на схемі 1 [17].



Схема 1. Алгоритм зміни поведінки

Отже, за цією схемою ми можемо простежити складний п'ятиетапний процес перетворення санітарно-освітньої інформації на кінцевий результат - зміцнення здоров'я. На першому етапі, якщо інформація корисна, її ще треба зробити цікавою, тобто підсилити. Як настанова, звучать слова Клойда Стейнмеца – президента Асоціації з тренінгів і розвитку: "Недостатньо сказати: "Тут багато інформації, беріть її!" Ми повинні зацікавити та мотивувати людей, щоб вони схотіли брати цю інформацію"[21, Р. 307].

Цікава та корисна інформація має стати такою, що викличе бажання сформувати здоровий спосіб життя – це другий етап. На третьому етапі бажання має перетворитися в знання, на четвертому – знання втілюються в навички, які на п'ятому етапі сприяють зміцненню здоров'я. Тут ми бачимо точки прикладання зусиль санітарної освіти на кожному етапі для стимуляції мотивації до здорового способу життя.

Особливо актуальним, на наш погляд, є вивчення найефективніших технологій формування здорового способу життя дітей і підлітків. Це зумовлено, з одного боку, тим, що ефективність навчання і виховання молоді завжди вища, ніж переучування і перевиховання дорослої людини, у якої давно склалися ціннісні орієнтації й установки стосовно індивідуального і суспільного здоров'я [18]. З іншого боку, молодь найбільше лабільна щодо формування способу життя, і тому схильна до ризику поширення у своєму середовищі соціальних хвороб, спричинених поведінкою (алкоголізм, куріння, наркоманія, СНІД тощо), хвороб, які передаються статевим шляхом, розвитку психічних розладів. Так, близько 50% ВІЛ-інфікованих – це молоді люди у віці від 15 до 25 років, 85% – хворі на ін'єкційну наркоманію. Слід зазначити, що у підлітковому віці відбувається реактивний опір обмеженням: неповнолітні студенти утримуються від вживання алкоголю в 19% випадків, повнолітні – 25. Тільки 15% старших студентів проти 24% молодших споживали алкогольні напої у непомірних дозах [19].

Щодо поширення куріння у підлітковому середовищі, то заслуговують на увагу наступні факти: у цілому курять 30–40% учнів, причому відносно регулярно курять 48% молоді (15–22 роки). Серед цієї вікової групи 80% молоді хоча б один раз у своєму житті курили [19, с. 83], тоді як у дорослому віці курять у середньому 35% людей. Це свідчить про те, що в підлітковому віці ще тільки формуються ціннісні установки щодо поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, і ще не створений стійкий спосіб життя. Саме в цьому віці виробляються передумови для визначення сенсу життя, оскільки це «вік відкриття свого «Я», оформлення особистості, з одного боку, і вік оформлення світогляду – з іншого» [4].

Опитування, проведене серед школярів Києва (1999) показало, що близько 72% підлітків не планують курити роком пізніше, а через 5 років некурящими себе уявляють 79% опитаних [12, с.13]. За нашими даними, 85% курців віком 17–20 років бажають кинути курити. Це явно свідчить про те, що підлітковий вік є найбільш уразливим для початку куріння і саме у цей період треба спрямувати зусилля дітей на те, щоб вони покинули цю небезпечну поведінкову хворобу.

Оттавська хартія (1986) [22], що була віхою в міжнародному прийнятті рішення про зміцнення здоров'я, визначила п'ять специфічних цілей щодо цього відповідно до нового погляду на громадське здоров'я: 1) розвиток громадської політики здоров'я; 2) розвиток персональних навичок; 3) зміцнення суспільних дій; 4) створення підтримувального середовища; 5) переорієнтація системи охорони здоров'я.

Зміцнення здоров'я є активним процесом із запобігання захворюванням, який охоплює освітні компоненти, в тому числі індивідуальні й групові зміни і методи соціального впливу, які разом зі зміною навколишнього середовища, законодавчим та організаційним втручаннями, сприятимуть розробленню стратегій покращення здоров'я [24]. Цей процес показаний на схемі 2.

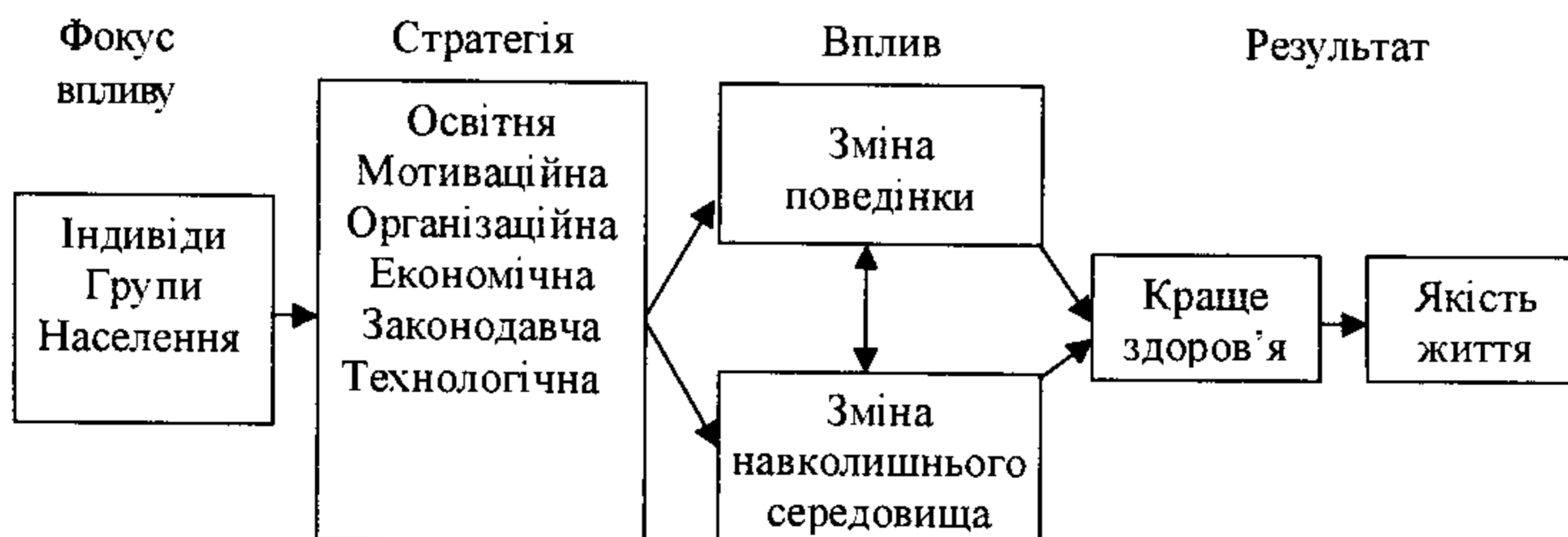


Схема 2. Процес зміцнення здоров'я

Між знанням і поведінкою існують перехідні стадії, подані на схемі 3.

За цією схемою можна зробити кілька висновків:

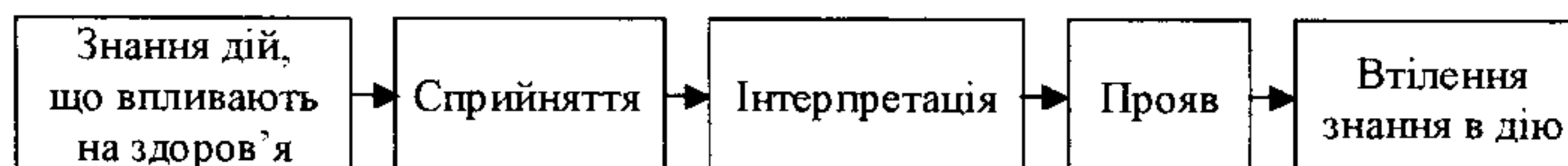


Схема 3. Перехідні стадії між знанням і поведінкою (за Фишбейном та Айзенем, 1975)

1. У деяких випадках знання можуть бути достатніми, щоб спричинити зміни у поведінці, але в інших випадках вони можуть бути ні необхідними, ні достатніми.

2. Не слід вважати, що особи завжди добре поінформовані про відповідну здорову поведінку, а також, що знання гарантуватиме зміни в поведінці.

3. Якби знання вважалося важливим, це повинно було б виражатися в значеннях, визначальних для кінцевої аудиторії.

4. Втілення знання в дію базується на широкому діапазоні внутрішніх і зовнішніх чинників, у тому числі цінностях, стосунках і переконаннях.

5. Для більшості осіб переведення знань у поведінку потребує розвитку специфічних навичок, які охоплюють і міжособистісні.

Донедавна під час роботи з молоддю у сфері гігієнічного виховання використовувався в основному фактичний підхід, який зосереджувався на описанні та попередженні небезпеки, пов'язаної зі споживанням наркотичних засобів. Деякі програми з виховання виявилися неефективними, а деякі навіть призвели до збільшення експериментування з наркотичними засобами. Такий підхід не здійснює ефективного впливу, крім короткотермінового збільшення обсягу знань [10, 24], припускає, що учні не знають про можливі наслідки споживання наркотичної речовини і змінять своє ставлення і поведінку після одержання достовірної інформації. Немає ніяких практичних підтверджень цьому спрощеному причинному зв'язку. Змінити обсяг знань відносно легко, і хоча ця зміна, можливо, й необхідна, вона не має особливого значення для запобігання небажаному типу поведінки. Змінити ставлення ще важче, а поведінка – це компонент, змінити який найбільш складно [25].

Багато новітніх програм не зосереджуються безпосередньо на наркотичних засобах. Замість цього вони мають навчальний характер і акцентуються на особистому і соціальному розвитку школярів, використовуючи підхід соціальних і життєвих навичок [2, 13]. Цей підхід розроблений з метою підвищення самооцінки і відповідальності за прийняття рішень, а також і для збагачення особистісного і соціального розвитку навчальної групи підлітків. Загалом цей підхід

ґрунтується на свідомому, емоційному і поведінковому компонентах, а інформація тут не є головною. Такі навички, як прийняття рішень і самоствердження, вивчаються як розумна відповідна реакція на певні ситуації в житті. Процесу прийняття рішень приділяється багато уваги. Лекції, дискусії про можливі варіанти поведінки, рольові ігри демонструють процес і наслідки прийнятих рішень. Активні емпіричні методи і групова робота є, таким чином, ключовими компонентами цього підходу. Проте, в разі неправильного проведення заняття з прийняття рішень, важливого для розвитку молодих людей і прищеплення позитивних навичок здорової поведінки, воно може перетворитися в урок з виконання рішень, що приймаються викладачем.

Підлітки можуть застосовувати навички, одержані завдяки цьому підходу, у різних ситуаціях: під час прийняття рішень, творчого і критичного мислення, ефективного спілкування, особистих взаємин, самоусвідомлення, співпереживання й керування емоціями, стресом. Стосовно споживання наркотичних засобів підходи соціального впливу ґрунтуються на тому, що однолітки, родина і оточення відіграють важливу роль в ініціюванні та продовженні їх споживання. Найефективніша форма – це підхід протистояння тиску однолітків. Загалом, ці підходи охоплюють: 1) допомогу школярам в усвідомленні соціального тиску, що пропагує споживання наркотичних засобів, якому вони можуть піддаватися; 2) навчання конкретним навичкам (навичка відмовлення), що допомагає протистояти тиску; 3) виправлення неправильних уявлень про соціальні норми споживання. Головне – це зробити молодим людям «щеплення» проти ініціюючого куріння й інших ризиків тиску. В разі застосування цього підходу акцент робиться на навчанні молоді протистояти тиску однолітків і засобів масової інформації, що ініціюють споживання шкідливих речовин. Характерними рисами цього підходу є: використання підліткових лідерів, рольові ігри і соціальна підтримка під час оволодіння навичкою відмовлення. І те й інше використовуються для створення клімату, у якому легше сказати «Ні» [1].

Саме такий підхід використовується у програмі Міністерства освіти і науки України (ПРО-

ОН/ЮНЕЙДС) “Сприяння просвітницькій роботі “рівний – рівному” серед молоді України щодо здорового способу життя”. Використання у програмах такого типу підліткових лідерів (такого самого віку або старших) відіграє важливу роль. Школярі під час опитування зазначали, що насамперед вони самі повинні проводити роботу зі зміцнення здоров'я [7]. Ця технологія використовується у багатьох профілактичних програмах, хоча участь підліткових лідерів, в основному, – це допоміжний засіб. Важливіше те, щоб були підготовлені вчителі, психологи, соціальні працівники і лікарі, які безпосередньо працюють з дітьми та підлітками.

Шкільна профілактична програма має базуватися на попередженні куріння – основного чинника ризику виникнення наркоманії та алкоголізації підлітків. Тютюнокуріння дуже швидко перетворюється на звичку та сприяє розвитку психологічної толерантності до споживання нелегальних наркотичних засобів і алкогольних напоїв. За деякими даними, вірогідність прилучення до наркотиків у разі невживання алкогольних напоїв і тютюну становить 0,5% [15]. Тому слід вважати ризикованим вживання підлітками наркотичних засобів будь-якого походження, в тому числі й алкоголю і тютюну. Дуже важливо розглядати питання запобігання наркоманії як комплекс соціальних дій, спрямованих на формування здорового способу життя молоді. Частково цю проблему можна розглядати як теорію компенсації [10], що пояснює потребу вживання алкогольних напоїв, тютюну і наркотичних засобів як результат недостатнього розвитку якоїсь важливої особистісної риси або соціальної навички.

Ще однією сучасною формою роботи з молоддю є залучення добровольців з груп ризику (колишніх хворих на наркоманію, алкоголізм, ВІЛ-інфікованих) до проведення занять із формування навичок здорового способу життя. Цей досвід нами був використаний під час роботи у середній школі-гімназії № 106 м. Києва (2000). У 8-му класі лікар проводив урок за темою: “Профілактика наркоманії”. З собою він запросив добровольця – ВІЛ-інфіковану жінку 25 років, колишню хвору на наркоманію. Під час лекції лікар надав слово жінці, яка розповіла про власну історію життя, негативні наслідки вживання наркотичних засобів для себе та своєї дитини. Діти дуже серйозно і уважно сприйняли розповідь добровольця, яка була наочним прикладом того теоретичного матеріалу, який виклав перед цим лікар і сприймався більш переконливо, оскільки мав зв'язок із життям конкретної людини. Під час заняття з учнями підсилює сприйняття теми показ сучасних короткотривалих відеофільмів (до 15 хв), у яких вибудований правдивий сюжет,

що збуджує емоції, але не перевантажує сприйняття, та даються різнопланові інтерв'ю: колишніх хворих на наркоманію, професійних спортсменів і лікарів-наркологів. Перегляд фільмів дає гарне підґрунтя для групової дискусії учнів, оформлення їх позиції і ставлення до подібних життєвих ситуацій.

Важливою формою роботи із затвердження навичок здорового способу життя серед молоді є об'єднання її у громадські організації. Одна з таких організацій – “Молода ініціатива”, заснована у м. Києві у 2000 р., – об'єднує школярів і студентів міста, а також фахівців: соціальних працівників, лікаря та психолога, які разом у неформальній обстановці обговорюють питання затвердження засад здорового способу життя та розробляють відповідну інформацію і рекомендації. Це сприяє розвитку партнерських стосунків учнів і фахівців. Молодіжні організації, за нашими спостереженнями, поза школою і домом надають добру можливість проводити індивідуальну профілактичну роботу з молоддю, сприяти її соціальному розвитку. Позашкільна робота об'єднує соціально активну молодь, її лідерів, які мають навички здорового способу життя і на дозвіллі підтримують свої переконання відповідною поведінкою. Наприклад, доведено, що один із засобів не пристраститися до спиртного – це спілкування з непитущими однолітками.

Київським міським центром здоров'я разом із Соціальною службою для молоді м. Києва проводилося заняття молодіжної групи під назвою “Спікерське бюро” – об'єднання підлітків і молоді (близько 30 чоловік) з різних громадських організацій, які оволодівають навичками проведення занять з формування здорового способу життя серед однолітків або молодших школярів за методикою “рівний – рівному”. Кожен з учасників цієї групи протягом 2000–2001-го навчального року займався з тренерами, які навчали їх проведенню занять. У квітні 2001 р. пройшли практичні заняття у школах м. Києва. Два-три спікери протягом уроку проводили з учнями-однолітками заняття, а двоє спікерів і тренер “Спікерського бюро” (психолог або лікар) були спостерігачами (супервізорами). Після закінчення уроку відбулося обговорення проведеного заняття супервізорами зі спікерами. Ця методика була вперше використана в Канаді (м. Торонто) у 1984 р. і спрямована на соціальну реабілітацію ВІЛ-інфікованих, які і ставали спікерами [10]. В умовах Києва методику трансформували для ефективнішої первинної профілактики наркоманії серед молоді.

Отже, важливим кроком на шляху формування здорового способу життя молоді є трансформація тих форм і методів роботи, які пози-

тивно зарекомендували себе у роботі. Це, насамперед, методи, спрямовані на активну участь самих підлітків у навчанні своїх однолітків або молодших за віком, а також методи соціального впливу на ставлення до свого здоров'я та поведінку.

Головний мотив переконання проти вживання наркотичних анагетиків має бути позитивним. Програма профілактики повинна закликати до честюлюбства підлітків, їхнього самолюбства й упевненості у собі, почуття гордості за свої досягнення [3]. Треба заохочувати їх до контролю за особистою поведінкою і не перекладати провину за свої звички на інших. Дуже ефективною є тактика вселення молоді думки про престижність підтримки доброї фізичної форми. Робота з підлітками повинна починатися з самого раннього віку і продовжуватися протягом кількох років, поновлюючися час від часу. Це ефективніше, ніж проведення одноразових акцій [14].

Є й деякі перешкоди на шляху до ефективної пропаганди здоров'я серед молоді: 1) задоволення від деяких нездорових звичок; 2) необґрунтований оптимізм щодо свого здоров'я; 3) скептичне ставлення до повідомлень про здоров'я та здоровий спосіб життя; 4) конкуренція з боку повідомлень протилежного змісту [6]; 5) реактивний опір обмеженням, про який згадувалося раніше [8]; 6) протиставлення себе, своєї групи дорослому суспільству та дорослим моральним принципам; 7) неприйняття віддалених шкідливих наслідків ризикованої поведінки; 8) авторитетність неформальних джерел інформації (найчастіше будь-яка інформація від лідерів своєї компанії підлітками сприймається серйозніше, ніж від інших джерел). Під час впровадження сучасних технологій формування здорового способу життя серед молоді ці та інші перешкоди, які можуть виникати в роботі з певною молодіжною групою, повинні враховуватись.

Список літератури

1. *Александров А.А., Александрова В.Ю.* Курение и его профилактика в школе. – М.: Медиа Сфера, 1996. – 96 с.
2. *Александров А.А., Александрова В.Ю.* Профилактика курения: роль и место психолога // *Вопр. психологии.* – 1999. – №4. – С. 35–42.
3. *Володин В.Д., Иванец Н.Н., Пемтас В.Е.* Профилактика наркомании // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.* – 1999. – №1. – С. 3–7.
4. *Вайзер Г.А.* Смысл жизни и "двойной кризис" в жизни человека // *Пед. журн.* – 1998. – Т.19, №5. – С. 3–14.
5. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ.* – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1999. – №6: Европ. сер. по достижению здоровья для всех. – 310 с.
6. *Зимбардо Ф., Ляйппе М.* Социальное влияние. Сер. Мастера психологии. – СПб.: Питер, 2000. – 448 с.
7. *Кучма В.Р., Демина И.А., Демин А.К. и др.* Проблемы формирования здорового образа жизни у учащихся в образовательных учреждениях // *Гигиена и санитария.* – 2000. – № 3. – С. 52–56.
8. *Майерс Д.* Социальная психология. – СПб.: Питер, 1998. – 688 с.
9. *Мельников О.В., Баханов О.Ю.* Залучення дітей та молоді до профілактичної роботи за методикою "рівний – рівному" на прикладі діяльності "Спікерського бюро" // *Стратегія формування здорового способу життя: Матеріали конф., Київ, 19–20 жовт. 2000 р.* – К., 2000. – С.102 – 106.
10. *Молодые люди и алкоголь, наркотики и табак.* Региональные публикации ВОЗ. Европейская сер. № 66. – Копенгаген: ВОЗ, 1998. – 95 с.
11. *Паффенбаргер Р.С., Ольсен Э.* Здоровый образ жизни. – К.: Олимпийская литература, 1999. – 320 с.
12. *Подход жизненных ситуаций в профилактике табачных проблем / Т.И.Андреева, К.С. Красовский, А.А. Гаврильченко и др.; Под ред. Т.И. Андреевой, К.С. Красовского.* – К., 2000. – Ч. 1: Руководство ведущего. – 140 с.
13. *Подход жизненных ситуаций в профилактике табачных проблем / Т.И.Андреева, К.С. Красовский, А.А. Гаврильченко и др.; Под ред. Т.И. Андреевой, К.С. Красовского.* – К., 2000. – Ч. 2.: Сб. жизненных историй. – 104 с.
14. *Райс Ф.* Психология подросткового и юношеского возраста. Сер. Мастера психологии. – СПб.: Питер, 2000. – 624 с.
15. *Скворцова Е.С.* О некоторых факторах риска здоровья подростков и организации их мониторинга в Российской Федерации // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.* – 1998. – № 4. – С. 20–24.
16. *Соколов И.С.* Показатели санитарной культурности населения и методика их изучения. – М., 1966. – 115 с.
17. *Стойка О.О.* Перехід від санітарної освіти до стратегії зміцнення здоров'я. // *Стратегія формування здорового способу життя: Матеріали конф., Київ, 19–20 жовт., 2000 р.* – К., 2000. – С. 240: с.55 – 57.
18. *Стуколова Т.И., Полесский В.А.* Проблемы укрепления здоровья в детском и подростковом возрасте // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.* – 1999. – № 3. – С. 3–6.
19. *Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи / О.Яременко, О.Балакірева, О.Вакуленко та ін.* – К.: Б.в., 2000. – 207 с.
20. *Pinet G.* Health challenges of the 21 century: a legislative approach to health determinants // *Health legislation at the dawn of the XXIst century: International Digest of Health Legislation – spec. iss.* – 1998 – Vol. 49, №1. – P.137–138.
21. *Training and Development Handbook: A Guide to Human Resource Development / Ed. Robert L. Craig.* N.Y.: McGraw-Hill Book Company, Canada. – 1987. – 878 p.

22. *Ottawa Charter for Health promotion.* – Ottawa. – 1986. – 7 p.
23. *Egger G., Spark R., Lawson J.* Health Promotion Strategies & Methods. – N.Y., 1994. – 131 p.
24. *Lynam DR., Milich R., Zimmerman R., et al.* Project DARE: no effects at 10-year follow-up // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1999. – Vol. 67. – P. 590–593.
25. *Goodstadt M.* School-based drug education in North America. What is wrong? What can be done? // *J. of school health.* – 1986. – Vol. 56(7) – P. 278–281.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

О.А.Стойка (Киев)

Обобщены и проанализированы основные современные технологии формирования здорового образа жизни среди молодежи. Приведены примеры применения этих технологий на практике, основные факторы образа жизни, которые влияют на здоровье человека, некоторые профилактические программы, эффективно применяющиеся среди молодежи в Украине и за рубежом, а также препятствия, которые могут возникать при работе с молодежью.

MODERN TECHNOLOGIES FOR FORMING HEALTHY LIFE-STYLE OF YOUTH

О.А. Stoika (Kyiv)

The principal nowadays technologies for forming healthy life-style among young people have been generalized and analyzed. The examples for using these technologies on practice, main life-style factors influencing the human health, some preventive programmes which are effectively used among young people in Ukraine and abroad, also hindrances that could appear in the process of work with young people have been given.

УДК. 618.2-06:616.45-001.1/3

О.О. ВОРОНЦОВ, Н.В. МИХАЙЛЕЧКО, М.М. ВАСИЛЬЕВ, Л.Ф. КИРИЛОВА, Є.К. СЕРГАТЮК

АНКЕТНО-ТЕСТОВИЙ МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОВОГО ФАКТОРА У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Серед численних факторів, які негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінок, стрес вважають чи не найголовнішим [1]. Його присутність простежується в етіопатогенезі найбільш поширених та небезпечних ускладнень вагітності. Доведено існування залежності між зростанням частоти залізодефіцитної анемії вагітних, медико-соціальними факторами та станом хронічного стресу [2-5]. Емоційний стрес (стан тривоги) є одною з причин підвищення кров'яного тиску, порушення матково-плацентарного кровотоку –

початковим кроком до розвитку гестозу [6]. Чітко визначено динаміку ускладнень: анемія - пізній гестоз - фетоплацентарна недостатність (ФПН) [2]. В свою чергу, ФПН розглядають, як до клінічний прояв загрози переривання вагітності [7]. Зайве навіть говорити, що загроза втрати бажану вагітність є стресовим фактором, до яких жіночий організм стає особливо чутливим. Психособістична характеристика вагітних свідчить про їх 100 % належність до інтровертованих осіб з вищим рівнем нейротизму, особис-

тої тривожності, що зростає починаючи з другого триместру вагітності [8]. Під час стресу відбувається надмірна витрата магнію клітинами центральної нервової системи, що спричиняє так званий стан гіперрефлексії [9-11]. Фізіологічний перебіг вагітності в 2-3 рази збільшує потребу в магнії, а його дефіцит провокується відсутністю повноцінного харчування, ранніми гестозами, дією стресового фактора то що. Пізні гестози супроводжуються двох-трьох кратним зростанням екскреції магнію з сечею, що можна вважати завершальною ланкою цього "хибного кола". Безперечно, саме корекція дефіциту магнію та антистресовий ефект, що виникає, пояснюють позитивний вплив магнійвмісних препаратів при лікуванні всіх вищезгаданих ускладнень вагітності. На практиці, стресовий фактор не отримує уваги, адекватної ступеню ризику, який він складає. Суспільні, сімейно-побутові та медикобіологічні аспекти стресу досліджуються методом традиційного, часто формального опитування при взятті вагітної на облік. Водночас, в динаміці спостереження за вагітними жінками кількість балів ризику як правило збільшується, а випадки неадекватних реакцій вагітних виглядають передбачуваними.

Метою роботи є створення анкетно-тестового методу дослідження стресового фактора, визначення можливостей прогнозування поведінки вагітних жінок при наявності певних передумов та індивідуальної корекції психопрофілактичної роботи. Було розроблено спеціальні облікові карти-анкети, за допомогою яких від 115 вагітних отримано і ретельно вивчено інформацію, що стосується медико-соціальних аспектів психоемоційного V напруження. Кожна карта починається з короткого звернення до вагітних, пояснення мети дослідження - досягти більшого взаєморозуміння та забезпечити ефективну амбулаторну допомогу або своєчасне стаціонарне лікування. Рандомізоване дослідження проводилось серед пацієнток жіночої консультації Тернопільського перинатального центру та Рівненських міських жіночих консультацій. Звичні та додаткові анамнестичні запитання анкетної частини психологічно готували жінок до відвертих відповідей на тестові запитання щодо ймовірної поведінки на випадок умовно-ситуаційного або реального ускладнення. Послідовність позиції вагітної або щирість відповідей можна простежити, порівнюючи варіанти відповідей на схожі запитання: "Ваша ймовірна реакція на виявлене лікарем ускладнення?", "Ваше ставлення до призначеного медикаментозного лікування?", "Ваша реакція на пропозицію лягти до відділення патології вагітних?". Серед запропонованих варіантів відповідей, під літерою "а" зна-

ходиться еталонний варіант - "бажання виконувати всі призначення лікаря + впевненість, що все буде добре", який відіграє роль підказки чи настанови до правильних дій. На другій позиції відповідь "б", в якій бажання виконувати всі призначення лікаря поєднано не з впевненістю, а з переляком. До варіантів, що можна сприймати як готовність вагітної до неправильних вчинків належать: "в" - "впевненість, що все минеться без лікування" та "г" - "переляк + відмова від лікування". Крім цього, вагітні мали можливість визначитися за допомогою варіанту "д" - "додаткової консультації у іншого лікаря". В тих випадках, де реакцією є "переляк" (відповіді "б" та "г"), вагітним додатково пропонується з'ясувати:

- а) страхи є наслідком особливостей стану вашої нервової системи - О;
- б) страхи є наслідком негативного власного досвіду - О;
- в) страхи зумовлено чутками про можливі найгірші наслідки відносно дитини - О;
- г) страхи пов'язано з особливістю соціальних та сімейно-побутових обставин - О;
- д) страхи як наслідок нерозуміння того, що відбувається та недовіри лікареві - О.

Для визначення ймовірних проявів психоемоційної реакції вагітним запропоновано відмітити ті варіанти, які вони вважають типовими для себе:

- а) у вигляді сліз (перша реакція) в кабінеті лікаря - О;
- б) нервовий зрив вдома (невміння пояснити чоловіку причину того, що сталося) - О;
- в) порушення апетиту - О;
- г) порушення сну - О;
- д) бажання не з'являтися до жіночої консультації - О.

Завершальним є тест, в якому вагітна повинна визначити, в чому, за її переконанням, полягає правильність рішення:

- а) у беззаперечному виконанні лікарських рекомендацій - О;
- б) у додатковій консультації щодо стану свого здоров'я - О;
- в) у порадах своїх рідних - О;
- г) у порадах сусідів, що мають власний досвід - О.

Анкетування та тестування не потребувало додаткового часу дільничних лікарів і не спричиняло труднощів: відповіді відмічалися вагітними однією крапкою в колі напроти кожного запитання- "О".

За віком 115 вагітних було розподілено, згідно соціально-біологічної групи факторів ризику:

- до 20 років - молоді жінки з підвищеним ризиком на 2 бали - 21 (18,3 %);

– 20-24 роки - жінки оптимальної вікової групи - 54 (46,9 %);

– 25-29 років - ступінь ризику підвищений на 1 бал - 27 (23,5 %);

– 30 років та старші - ступінь ризику збільшується на 2 та більше балів - 13 (11,3 %).

З вищою освітою було 40 (34,8 %) вагітних жінок, з яких тільки 16 (40%) працюючі. Середню освіту мали 75 (65,2 %) жінок, з них працюють 31 (41,3 %). Отже, показник кількості непрацюючих сягає 60 %, що співпадає з повідомленням [4], автори якого вважають цей фактор здатним збільшувати психоемоційне напруження в сім'ях. Для жінок, що працюють, визнаними факторами ризику є виробничі шкідливості. Підвищений шум на робочому місці відмічено в 21 (42,9 %) анкеті, а шкідливі речовини у повітрі – в 16 (32,7 %). Небезпечними є умови праці на холоді в зимовий період – 12 (24,5 %). Лише на перший погляд може здаватися дивним наступний фактор – “сварливий керівник, що не бажає розуміти проблем вагітної”, на який вказали 6 (12,2 %) жінок. Третина вагітних, що працюють вказують на наявність одночасно декількох шкідливих факторів. До соціальних факторів належать умови проживання вагітної. Особливо від батьків проживають 48 (41,7 %) вагітних жінок. Однією сім'єю зі своїми батьками живуть 43 (37,4 %) вагітних; з батьками чоловіка – 24 (20,9 %). Особливе місце в групі соціально-біологічних факторів займає чоловічий фактор. В більшості подружніх пар (81,7 %) чоловіки за віком старші від дружини. Одного віку з вагітною – 14,8 % чоловіків, а молодших лише 3,5 %. Вживають алкоголь не рідше ніж 1 раз на тиждень 32 (27,8 %) чоловіки. Кількість чоловіків, що курять, не виходячи з дому, – 22 (19,1 %). Дозволяють собі ображати вагітну дружину лайкою – 7 (6,1 %), бити - 2 (1,7 %). В 6 (10,2 %) анкетах жінки вказують на поєднання цих “вад”. Розподіл відповідальності за виконання певних побутових робіт виглядає наступним чином. Без допомоги чоловіків прибирають в домі 46 (44,2 %) вагітних; прання білизни забезпечують 38 (36,5 %), а готують їжу 50 (48,1 %). Здійснення покупок чоловіки довіряють самостійно робити дружинам лише в 25 (24 %) випадках. В 12 (11,5 %) анкетах відмічено, що все вище згадане є обов'язком лише вагітної. Звільненими від усіх побутових робіт вважають себе близько 20 % жінок.

З метою дослідження медико-біологічних аспектів, здатних впливати на психоемоційний стан вагітної, було зібрано інформацію про особливості менструальної, статевої та репродуктивної функції. Початок менструальної функції з 12-13 років відмітили 58 (50,5 %) жінок; з 14-15 років – 52 (45,2 %) жінки. Менструації почалися в 16

років або пізніше у 5 (4,3 %) опитаних. Відомо, яке напруження для центральної нервової системи являє альгодисменорея [4]. Дане явище відмічено в 33 (28,7 %) випадках, при чому 18 (15,7 %) жінок змушені вживати но-шпу або інші середники. Розладів з боку статевої функції майже не спостерігалось. В двох випадках вказано на явища диспареунії та ще дві жінки не отримували статевого задоволення (3,5 %). Вважають свою нервову систему врівноваженою 76 (66,1 %) вагітних; невірноваженими рахують себе 34 (29,6 %) жінки. П'ять вагітних (4,3 %) не відповіли на це запитання. Для 80 (69,6 %) жінок дана вагітність була першою. Досвід попередніх пологів мали 35 (30,4 %) вагітних. Більшість жінок отримували різні призначення від дільничних лікарів з приводу ускладненого перебігу вагітності. Понад 70 % склали випадки залізодефіцитної анемії; 39,1 % – загроза переривання вагітності, 9,5 % -хронічна фетоплацентарна недостатність.

Аналіз тестової частини облікових карт показав свідоме ставлення переважної більшості жінок до виконання всіх призначень лікаря. Щодо медикаментозного лікування: 99 із 111 (89,2 %) обрали еталонну відповідь. Психоемоційний фон, визначений в тестах словом «переляк» відмітили 22 (19,8 %) жінки. Проте, реакція на госпіталізацію у відділення патології вагітних була дещо іншою. На цей тест відповіли 104 вагітні. З них 27 (26 %) впевнені, що все минеться без лікування або відмовляються від нього. Кожна четверта (26,9 %) визначає свою реакцію у вигляді «переляку». Значно більшу поширеність даної реакції серед вагітних висвітлює тестування з питання про “причини страху”. Своє роз'яснення дають 56 з 115 (48,7 %) вагітних. Певним станом нервової системи пояснюють переляк – 18 (32,1 %) жінок. Негативний власний досвід мають 16 (26,6 %). Чутками про можливі наслідки відносно дитини зумовлюють свої страхи 26 (46,4 %) вагітних. На особливості суспільних та сімейно-побутових обставин посилаються 5 (8,9 %). Отже, майже половина жінок зі страхом сприймають будь яку інформацію про відхилення від нормального перебігу вагітності. За даних обставин, по меншій мірі дивним виглядає показник використання абсолютно необхідного вагітним жінкам антистресового препарату Магне-В6 [12-14]. Його отримували тільки 49 % опитаних. Часткове пояснення цього факту можна знайти, аналізуючи 87 (75,7 %) відповідей на тестове запитання щодо вірогідних проявів нервової реакції. Першу реакцію у вигляді сліз (в кабінеті лікаря) визнають типовою для себе 33 (37,9 %) вагітні. Решта проявів потенційно лишаються для лікаря непоміченими. Нервовий

зрив вдома (невміння пояснити чоловіку причину того що сталося) та порушення сну зустрічаються в кожній четвертій відповіді - 23 (26,4 %). Порушення апетиту - 10 (11,5 %). Бажання більше не з'являтися в жіночу консультацію, як прояв своєї нервової реакції, висловили 7 (8 %) жінок. Даний тест доводить, що дільничні ліукарі не повинні збільшувати стрес, вдаючись до пояснення вагітним ймовірності жаклих наслідків зволікання чи відмови від призначеного лікування. Тактика має бути іншою. На думку 84 (74,3 %) вагітних, правильність рішення проблем, що виникають, полягає у беззаперечному виконанні лікарських рекомендацій. На необхідність до-

даткової консультації, щодо стану свого здоров'я вказують 32 (28,3 %) і тільки 7 (6,2 %) жінок сподіваються на поради своїх рідних та "досвідчених" сусідів. Таким чином, залучення, в існуючому порядку, іншого лікаря для консультації вагітної жінки - це захід, який співпадає чи випереджає бажання пацієнтки і створює важливий психопрофілактичний ефект. Слід пам'ятати також про доцільність бесіди з чоловіком вагітної. Зауважимо, що всі жінки з ускладненим перебігом вагітності отримують консультації з боку керівників, відповідальних за лікувальну роботу перинатального центру, доцентів та асистентів Тернопільської медичної академії ім. І.Я.Горбачевського.

Висновки

1. Стрес є важливим фактором ризику, наявність або ймовірність виникнення якого необхідно вивчати в кожному окремому випадку.
2. Розроблений анкетно-тестовий метод дослідження стресового фактора дозволяє дільничному лікарю, не витрачаючи додаткового часу, отримувати розширену цілеспрямовану інформацію та індивідуально корегувати психопрофілактичну роботу.
3. Анкетно-тестовий метод дає можливість прогнозувати психоемоційну реакцію вагітних, особливо на випадок ускладнень, які потребують стаціонарних лікувально-профілактичних заходів.
4. Ефективність лікувально-профілактичних заходів у вагітних з підвищеним психоемоційним напруженням вимагає обов'язкового застосування антистресового препарату Магне-В₆.
5. Додаткові консультації вагітних, що здійснюються в існуючому порядку, створюють важливий психопрофілактичний ефект.

Список літератури

1. *Жабченко І. А.* Стан здоров'я вагітних як показник здоров'я суспільства і держави // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. - 2000. - №1. - С. 9-16.
2. *Пругло А.К.* Профілактика анемії вагітних та пізніх геростозів у юних первородящих // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2000. - №6. - С. 95-97.
3. *Савіних Ю.Г.* Метаболічна забезпеченість піридоксином і її корекція у вагітних із залізодефіцитною анемією // Одеський медичний журнал. - 2000. - №6. - С. 80-82.
4. *Бортейчук Р.Ю., Маляр В.А., Маляр В.В.* Вплив медико-соціальних факторів на зростання частоти залізодефіцитної анемії серед вагітних // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2000. - №6. - С. 98-99.
5. *Чекман ІС.* Вітаміни, біометали і вагітність // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. - 2000. - №5-6. - С. 7-11.
6. *Spatling L., Disch G., Classen H.-G.* Magnesium in pregnant women and the newborn // Magnesium Research, review article. - 1989. - V.2, № 4. - P. 271-280.
7. *Лунгол В.М., Веропотвелян П.М., Дерев'яно Л.І. та співавт.* До питання про комплексну діагностику до клінічних форм невиношування // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1999. - №2. - С. 81-83.
8. *Вороній К.В., Акімова К.Б., Рогачевський О.П.* Психосоцистична характеристика жінок у окремі критичні періоди життя // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. - 2000. - №1. - С. 47-55.
9. *Титов В.Н.* Диагностическое значение определения магния сыворотки крови // Клиническая лабораторная диагностика. 1995. - №2. - С. 3-7.
10. *И.С.Святков, А-М.Шилов.* Магний - природний антагонист кальция // Клиническая медицина. - 1996. - №3. - С. 54-56.
11. *Seelig M.S.* Consequences of Magnesium Deficiency on the Enhancement of Stress Reactions; Preventive and Therapeutic Implications // Journal of the American College of Nutrition. - 1994. - Vol. 13. - №5. - P. 429-446.
12. *О.О.Воронцов.* Магне-В₆ - перспективы применения в акушерской практике // Лікування та діагностика. - 1998. - №4. - С. 61-62.
13. *Дашкевич В.Е., Герзанич С.О.* Нові підходи до хронофармакотерапії преєклампсії вагітних // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2000. - №5. - С. 75-79.
14. *Владимиров О.А., Тофан Н.І., Мелліна І.М., Хомінська З.Б.* Магнієвий дефіцит та його корекція препаратом магне В₆ у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2000. - №6. - С. 123-127.

АНКЕТНО-ТЕСТОВИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ СТРЕССОВОГО ФАКТОРА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

А.А.Воронцов, Н.В.Михайлечко, Н.Н.Васильев, Л.Ф.Кирилова, Е.К.Сергатюк

В статье изложены принципы разработанного анкетно-тестового метода и анализ результатов его применения врачами городских женских консультаций. Сделаны выводы о возможности прогнозировать реакцию женщин в случаях осложненного течения беременности. Определены направления индивидуальной психопрофилактической работы.

QUESTIONNAIRE-TEST METHOD OF RESEARCH THE STRESS FACTOR AT THE PREGNANT WOMEN

A.Worontsov, N.Mychailechko, N.Vasyjev, L.Kirilova, E. Sergatjuk

In clause the principles of the developed questionnaire-test method and analysis of results of its application by the doctors of urban female advices are stated. The conclusions about an opportunity to predict reaction of the women in case of the complicated current of pregnancy are made. The directions to individual psychoprophylactic work are determined.

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК

А.О.ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль), В.П.БОЙКО (Борщів), В.М.РОМАНЮК (Товсте)

ЦІНОУТВОРЕННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЇЇ ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ НА БАЗОВОМУ РІВНІ

Тернопільська державна медична академія

В управлінні хірургічною допомогою врахування її вартості є визначальною передумовою для переходу до ринку. Визначення вартості лікування кожного хворого та оцінка затрат, які допускає кожен лікар в своїй роботі, дозволяє вживати конкретних оперативних заходів щодо поліпшення хірургічної допомоги.

Вивчено вичерпну захворюваність 3515 жителів Борщівського району Тернопільської області, в тому числі й хірургічною патологією. Допомога хірургічним хворим експертним шляхом розподілена за трьома рівнями: лікар загальної практики, хірург поліклініки ЦРЛ, стаціо-

нарна хірургічна допомога в ЦРЛ. Методичні підходи до визначення вартості хірургічної допомоги були такими: підраховано вартість кожної із медичних послуг і в кінцевому підсумку визначено вартість лікування кожного хворого. Такий підхід виявив багато переваг, а саме: можливість визначення пересічної вартості хірургічної допомоги пацієнту на усіх рівнях і застосування механізму фінансування із розрахунку на 1-го жителя, передусім на первинному рівні, можливість введення розрахунків між рівнями, а також цільове фінансування деяких груп хворих на вторинному і третинному рівнях. Крім того,

визначення вартості лікування пацієнта спрощує оцінку роботи кожного лікаря, що має велике значення для поліпшення діяльності системи в цілому; вихід на пацієнта (випадок) значно спрощує статистичні і бухгалтерські обрахунки, що є далеко не останньою справою в діяльності медичних установ.

Визначення вартості хірургічної допомоги здійснювалось згідно спеціально розроблених економіко-математичних моделей.

Економіко-математична модель для визначення вартості хірургічної допомоги амбулаторному пацієнту або випадку амбулаторної допомоги:

$$C_{\text{ап}} = V_{\text{рхл}} \times T_{\text{л}} + V_{\text{ркс}} \times T_{\text{с}} + V_{\text{мтз}} + S((V_{\text{об}} / T_{\text{г}}) \times T_{\text{о}} + V_{\text{дз}} + V_{\text{рхп}} \times T_{\text{о}}) + S((V_{\text{л}} / T_{\text{г}}) \times T_{\text{л}} + V_{\text{дз}} + V_{\text{рхп}} \times T_{\text{л}}) + S V_{\text{мх}} + S V_{\text{па}} + S V_{\text{рхк}} \times T_{\text{к}} + (\Pi_{\text{н}} + \Pi)^1$$
, де $C_{\text{ап}}$ – вартість допомоги, наданої амбулаторному пацієнту;

$V_{\text{рхл}}$ – пересічна вартість робочої хвилини лікаря;

$T_{\text{л}}$ – кількість хвилин, витрачених лікарем на надання допомоги пацієнту;

$V_{\text{ркс}}$ – пересічна вартість робочої хвилини медсестри;

$T_{\text{с}}$ – кількість хвилин, витрачених медсестрою на надання допомоги пацієнту;

$V_{\text{мтз}}$ – пересічне число матеріально-технічних затрат на 1-го амбулаторного пацієнта (відвідування);

$V_{\text{об}} / T_{\text{г}}$ – вартість (амортизація) однієї хвилини обладнання, що використане для обстеження пацієнта, $T_{\text{г}}$ – гарантійний термін дії обладнання;

$T_{\text{о}}$ – термін обстеження (у хвилинах);

$V_{\text{дз}}$ – вартість допоміжних засобів, що використані під час обстеження (інструментального лікування);

$V_{\text{рхп}}$ – вартість робочої хвилини працівника, що провадив обстеження (інструментальне лікування);

1 – застосовується при госпрозрахунковій діяльності;

$V_{\text{л}} / T_{\text{г}}$ – вартість (амортизація) однієї хвилини апарату, що використаний для інструментального лікування, $T_{\text{г}}$ – гарантійний термін дії апарату;

$T_{\text{л}}$ – термін інструментального лікування (у хвилинах);

$V_{\text{мх}}$ – вартість медикаментозних засобів, використаних для хірургічного лікування;

$V_{\text{па}}$ – вартість перев'язочних засобів, використаних для хірургічного лікування;

$V_{\text{рхк}}$ – вартість робочої хвилини лікаря-консультанта;

$T_{\text{к}}$ – термін консультації (у хвилинах);

$\Pi_{\text{н}}$ – прибуток;

Π – податок;

S – сума.

Модель не враховує лишень постійних витрат

на будівництво приміщень амбулаторно-поліклінічних закладів.

Згідно експертної оцінки увесь обсяг хірургічної допомоги був розподілений згідно трьох рівнів: первинний (лікар загальної практики) – 49,1%, вторинний (центральна районна лікарня) – 48,0%, третинний (обласна лікарня) – 2,9%. Наведемо приклад визначення вартості допомоги хірургічним хворим на рівні лікаря загальної практики.

№1. Чоловік, 36 років, звернувся до лікаря загальної практики з інфікованою раною правого передпліччя. Нормативні витрати часу на надання допомоги цьому хворому були такі: перше відвідування – збір анамнезу (2 хв.), пальпація, перкусія (2хв.), запис в амбулаторну картку (2хв.), виписка листка непрацездатності (2 хв.), разом 8 хв. Була зроблена перев'язка – 5 хв. Було здійснено 3 повторні відвідування загальною тривалістю 15 хв. Окрім того, хворому були зроблені такі обстеження з діагностичною та профілактичною метою: вимірювання артеріального тиску, визначення гостроти зору і слуху, пальцеве обстеження прямої кишки, загальний аналіз сечі, ЕКГ-дослідження, флюорографія. На перев'язки було витрачено 1 м марлі, 90 мл гіпертонічного розчину і 30 мл перекису водню. Визначимо вартість допомоги цьому хворому. Спочатку визначимо вартість кожного із обстежень. Надалі отримані дані будуть використані для обчислення вартості медичної допомоги іншим пацієнтам.

Вартість визначення артеріального тиску. Із вищенаведеної моделі для цього потрібні такі складові:

$$C_{\text{ат}} = V_{\text{рхк}} \times T_{\text{л}} + (V_{\text{об}} / T_{\text{г}}) \times T_{\text{о}}$$

Вартість робочої хвилини лікаря, якщо виходити із сьогоднішньої (на січень 2001 року) пересічної місячної платні лікаря (190 грн.) і числа робочих хвилин (59220 за рік) складає: $190 \times 12 / 59220 = 0,039$ грн.

Вартість робочої хвилини середнього медичного працівника, розрахована аналогічним чином, склала 0,024 грн.

• Ціна апарату для визначення артеріального тиску становить 28 грн., гарантійний термін дії – 3 роки. Звідси –

$$V_{\text{об}} / T_{\text{г}} = 28 / 1555200 = 0,000018 \text{ грн.}$$

Термін обстеження – 2 хвилини

$$0,039 \times 2 + 0,000018 \times 2 = 0,078 + 0,000036 = 0,078036 \text{ грн.} \approx 0,08 \text{ грн.}$$

Вартість флюорографічного обстеження. Модель:

$$C_{\text{фо}} = V_{\text{об}} / T_{\text{г}} \times T_{\text{о}} + V_{\text{дз}} + V_{\text{рхп}} \times T_{\text{о}} + V_{\text{мтз}} + V_{\text{рхк}} \times T_{\text{к}}$$

де

$V_{\text{об}}$ – ціна флюорографа (грн.), $T_{\text{г}}$ – термін дії (у хв.)

$$V_{\text{об}} / T_{\text{г}} = 18745 / 7776000 = 0,002 \text{ грн., } T_{\text{о}} = 3 \text{ хв.}$$

$V_{да}$ (флюороплівка) = 0,30 грн.

Вартість матеріально-технічних затрат (комунальні послуги, електроенергія тощо, включно з оплатою праці обслуговуючого персоналу) склали в медичних закладах Борщівського району пересічно 0,35грн. на 1 відвідування амбулаторії (поліклініки).

$0,002 \times 3 + 0,30 + 0,024$ (вартість робочої хвилини рентгенлаборанта) $\times 3 + 0,35 + 0,04 \times 3 = 0,006 + 0,30 + 0,072 + 0,35 + 0,12 = 0,85$ грн.

Так була визначена вартість інших допоміжних (скринінгових) обстежень (у грн.):

пальцеве обстеження прямої кишки – 0,08 грн.

пальцеве обстеження молочної залози – 0,12 грн.

визначення очного тиску – 0,24 грн.

електрокардіографія – 0,96 грн.

аналіз сечі загальний – 1,09 грн.

вимірювання гостроти зору – 0,36 грн.

вимірювання гостроти слуху – 0,25 грн.

аналіз крові загальний – 1,31 грн.

Отже, вартість допомоги даному хворому склала:

1.Заробітна платня лікаря – $0,039 \times 28$ хв. = 1,09 грн.

2.Матеріально-технічні затрати – $0,35 \times 4$ відвідування = 1,4 грн.

3.Обстеження:

1.визначення артеріального тиску – 0,08 грн.

2.визначення гостроти зору і слуху – 0,61 грн.

3.пальцеве обстеження прямої кишки – 0,08 грн.

4.загальний аналіз сечі – 1,09 грн.

5.ЕКГ-дослідження – 0,96 грн.

6.флюорографічне обстеження – 0,85 грн.

Разом - 3,67 грн.

4.перев'язувальні засоби – 0,67 грн.

5. медикаментозні засоби – 1,545 грн.

Разом: $1,09 + 1,4 + 3,67 + 0,67 + 1,545 = 8,38$ грн.

Визначення вартості лікування хірургічних захворювань на рівні лікаря загальної практики або родинного лікаря дало такі результати.

Таблиця 1. Вартість лікування хірургічних захворювань у лікаря загальної практики (родинного лікаря)

Хвороби	Число захворювань на 1000 мешканців	Пересічна вартість лікування 1-го хворого (грн.)	Загальна вартість на 1000 мешканців (грн.)
Кили	3,6	5,99	21,58
Варикозна хвороба	17,1	9,39	160,63
Почечуй	2,0	4,64	9,27
Облітеруючий ендартеріїт	0,8	5,93	4,74
Холецистит, гепатит	0,3	8,96	2,69
Виразкова хвороба шлунка	0,3	3,96	1,19
Поранення, забої, опіки	6,7	7,94	53,21
Панариції, фурункули, флегмони	2,3	9,49	21,82
Артрози, артрити, синуїти	1,4	5,89	8,25
Інші	7,0	6,42	44,99
Разом	41,5	7,69	319,31

Другим етапом надання хірургічної допомоги в сільському районі є хірург поліклініки центральної районної лікарні. Зупинимось на прикладі:

№1. Жінка, 75 років, діагноз: тромбофлебіт поверхневих вен правої гомілки, трофічна виразка нижньої третини правої гомілки. Було здійснено два відвідування до хірурга центральної районної лікарні. Під час першого відвідування було зібрано анамнез (3 хв.), проведено пальпацію і перкусію (3 хв.), зроблено запис в амбулаторну картку (3 хв.), виписані рецепти та дані рекомендації стосовно поведінки та лікування (5 хв.). Разом на цю роботу затрачено 14 хв. Під час повторного відвідування затрачено 5 хвилин. Заробітна платня хірурга за цей час склала $0,04 \times 19 = 0,76$ грн.

Були здійснені такі дослідження: виміряно артеріальний тиск (0,08), гостроту зору (0,36), гостроту слуху (0,25), очний тиск (0,27), проведено пальцеве обстеження молочної залози (0,12),

прямої кишки (0,08), зроблено загальний аналіз крові (1,31), загальний аналіз сечі (1,09), коагулограму (2,07), аналіз крові на цукор (1,06), електрокардіографію (0,96), флюорографію (0,85).

Окрім медикаментозних засобів, що були призначені хворій, було накладено 4 асептичних пов'язки в хірургічному кабінеті, на що затрачено марлі і медикаментозних засобів на 5,23 грн. Перев'язки робила медична сестра, що затратила на це 24 хв.:

$0,024 \times 24 = 0,58$ грн.

Матеріально-технічні затрати склали $0,35 \times 2 = 0,70$ грн. Разом ціна хірургічної допомоги склала $0,76 + 8,57 + 5,23 + 0,58 + 0,70 = 15,84$ грн.

Економіко-математична модель для визначення вартості хірургічної допомоги стаціонарному пацієнту виглядає так:

$$C_{сп} = V_{зплдл} \times T_{лд} + V_{зплдс} \times T_{лд} + V_{зплдм} \times T_{лд} + V_{мгзлд} \times T_{лд} + V_{хлд} \times T_{лд} + S (V_{об} / T_r \times T_o + V_{да} + V_{рхл} \times$$

Таблиця 2. Вартість амбулаторного лікування хірургічних захворювань у хірурга районної лікарні

Хвороби	Число захворювань на 1000 мешканців	Пересічна вартість лікування 1-го хворого (грн.)	Загальна вартість на 1000 мешканців (грн.)
Киби	4,8	6,88	33,06
Варикозна хвороба	0,4	16,76	6,7
Почечуй	0,1	5,85	0,59
Облітеруючий ендартеріт	0,7	6,94	4,86
Холестистит, гепатит	0,1	13,78	1,38
Виразкова хвороба шлунка	0,6	18,65	11,19
Поранення, забої	1,2	12,92	15,50
Панарицій, параніхій, флегмона	1,2	14,35	17,22
Артрози, артрити, синуїти	1,2	12,97	15,57
Інші	1,7	12,34	20,98
Разом	11,0	10,13	111,44

$T_o) + S V_m + S (V_l / T_r \times T_l + V_{дз} + V_{рхл} \times T_l) + S V_{рхк} \times T_k + S V_{мх} + S V_{пз} + (P_n + P)$, де

$C_{сп}$ – вартість медичної допомоги стаціонарному пацієнту;

$V_{эплдл}$ – пересічна заробітна платня лікаря із розрахунку на один ліжко-день;

$T_{лд}$ – число ліжко-днів;

$V_{эплдс}$ – пересічна сумарна заробітна платня медичних сестер із розрахунку на один ліжко-день;

$V_{эплдм}$ – пересічна сумарна заробітна платня молодших медпрацівників із розрахунку на один ліжко-день;

$V_{мталц}$ – вартість матеріально-технічних затрат на один ліжко-день;

$V_{хлд}$ – вартість харчування хворого за день;

V_m – витрати на медикаменти;

$V_{об} / T_r \times T_o + V_{дз} + V_{рхл} \times T_o$ – вартість допоміжних обстежень;

$V_l / T_l \times T_l + V_{дз} + V_{рхл} \times T_l$ – вартість інструментальних методів лікування, включно з хірургічними;

$V_{мх}$ – вартість медикаментів, що використані під час хірургічного втручання;

$V_{пз}$ – вартість перев'язувальних засобів, що використані під час хірургічних втручань і лікування;

$V_{рхк}$ – вартість робочої хвилини консультанта (допоміжного працівника);

T_k – час консультації (допоміжної роботи, у хвилинах);

P_n – прибуток;

P – податок;

S – сума.

У цій моделі використані деякі нові складові, пов'язані із діяльністю стаціонарів. Заробітна платня працівників стаціонару визначається із розрахунку на один ліжко-день. Послідовність розрахунку така. Спочатку встановлюється нормативне число ліжко-днів. Посада лікаря-хірурга стаціонару реєструється на 20 ліжок, ліжко має

працювати 340 дні у році. Нормативне число ліжко-днів за місяць дорівнює $340 / 365 \times 20 \times 30 = 559$. Отже, пересічна заробітна платня лікаря із розрахунку на 1 ліжко-день становитиме $200 / 559 = 0,36$ грн. Аналогічно визначається заробітна платня із розрахунку на 1 ліжко-день середніх (0,21 грн.) і молодших медичних працівників (0,19 грн.). Ця зарплатня, перемножена на коефіцієнт (4) співвідношення лікарів і середніх (молодших) медичних працівників, складала т.з. сумарну заробітну платню цих працівників із розрахунку на 1 ліжко-день.

Робота консультантів оцінювалася згідно витраченого робочого часу. При цьому окремо визначався нормативний час для цих працівників. Пересічна заробітна платня операційних сестер і сестер-анестезисток із розрахунку на 1 ліжко-день складала відповідно 0,27 і 0,30 грн.

Обрахунки вартості допоміжних обстежень і інструментальних методів лікування, включно із обладнанням, що його застосовують в операційній практиці, проводились так, як і для амбулаторних пацієнтів.

Зупинимось на прикладі.

№1. Чоловік, 26 років, правобічна пахова кила, термін госпіталізації 5 днів, операція герніопластика, тривалість 40 хвилин.

Вартість лікування

1. Заробітна платня працівників:

1.1. лікар-хірург – $0,36 \times 5 = 1,80$

1.2. медичні сестри – $0,21 \times 4 \times 5 = 4,20$

1.3. санітарки – $0,19 \times 4 \times 5 = 3,80$

1.4. операційна сестра – $0,27 \times 5 = 1,35$

Разом – 11,15

2. Обстеження:

2.1. загальний аналіз крові – 1,31

2.2. загальний аналіз сечі – 1,09

2.3. аналіз калу – 0,78

2.4. аналіз крові на цукор – 1,06

2.5. визначення групи крові і резус-приналежності – 0,70

Разом – 4,94 грн.
 3. Матеріально-технічні витрати: $4,65 \times 5 = 23,25$ грн.
 4. Витрати на харчування: $0,78 \times 5 = 3,90$ грн.
 5. Медикаментозні і перев'язувальні засоби:
 5.1. новокаїн 0,5% - 250,0 – 2,50
 5.2. марля – 2 м. – 1,34
 5.3. спирт – 150 г – 0,57
 5.4. кетгут – 4,5 м – 13,50
 5.5. шовк – 2м – 5,20
 Разом – 23,11 грн.
 6. Амортизація хірургічного набору – 0,0031
 Разом: $11,15 + 4,94 + 23,25 + 3,90 + 23,11 + 0,0031 = 66,35$ грн.

№2. Чоловік, 40 років, гострий апендицит, термін госпіталізації - 2 дні, операція апендектомія, тривалість – 25 хвилин, після виписки – 3 перев'язки у лікаря загальної практики.

Вартість лікування:

1. Заробітна платня працівників:
 - 1.1. лікар-хірург – 0,72
 - 1.2. медичні сестри – 1,68
 - 1.3. санітарки – 1,48
 - 1.4. лікар-асистент – 0,72
 - 1.5. операційна сестра – 0,54

Разом – 5,14 грн.
 2. Обстеження:
 2.1. аналіз крові загальний – 1,31
 2.2. аналіз сечі загальний – 1,09
 2.3. визначення групи крові і резус-належності – 0,70
 2.4. аналіз крові на цукор – 1,06
 2.5. визначення діастази сечі – 0,58
 2.6. аналіз калу – 0,78
 Разом – 5,52
 3. Матеріально-технічні затрати – 9,3 грн.
 4. Витрати на харчування – 1,56
 5. Медикаментозні і перев'язувальні засоби:
 5.1. закис азоту – 1 кг - 0,37
 5.2. кисень – 50 л – 1,05
 5.3. марля – 3 м – 2,01
 5.4. кетгут – 1 м – 3,0
 5.5. шовк – 1,5 м – 3,9
 5.6. спирт – 200 г – 0,76
 Разом – 11,09 грн.
 6. Амортизація: наркозний апарат Ро-9 і хірургічний набір – 0,0032 грн.
 7. Три перев'язки у родинного лікаря – 4,38 грн.
 Разом: $5,14 + 5,52 + 9,3 + 1,56 + 11,09 + 0,0032 + 4,38 = 36,99$ грн.

Таблиця 3. Вартість стаціонарного лікування хірургічних захворювань в центральній районній лікарні

Хвороби	Число захворювань на 1000 мешканців	Пересічна вартість лікування 1 хворого (грн.)	Загальна вартість на 1000 мешканців (грн.)
Кишк	3,0	61,24	183,71
Варикозна хвороба	15,9	89,1	1416,69
Почечуй	0,5	45,6	22,84
Облітеруючий ендартеріт	0,5	69,66	34,83
Апендицит	3,5	42,12	147,42
Холецистит, гепатит	0,9	197,96	178,17
Виразкова хвороба шлунка	0,7	195,55	136,88
Поранення, забої, опіки	0,3	53,13	15,94
Артрози, артрити, синуїти	0,3	64,75	19,4
Інші	4,0	89,1	356,4
Разом	29,6	84,01	2486,7

Висновки

1. Визначена нами нормативна вартість лікування хірургічних захворювань на різних рівнях загальною сумою (на 1000 мешканців) у грн.:

- Лікар загальної практики – 319,31
- Хірург поліклініки центральної районної лікарні – 111,44
- Стаціонарна хірургічна допомога – 2486,79
- Разом – 2917,54.

2. Характерною є деформація складових вартостей, зокрема, відносно низька вартість заробітної платні працівників і відносно висока – матеріально-технічних витрат і медикаментозного лікування.

3. Надалі вартість хірургічної допомоги має зростати передусім за рахунок збільшення заробітної платні, а також матеріальних та інших витрат та забезпечення раціонального співвідношення між ними.

4. Визначення фактичної вартості лікування на різних рівнях та з виходом на кожного лікаря дозволяє оптимізувати управління хірургічною допомогою, визначивши її вузькі місця.

ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЕЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НА БАЗОВОМ УРОВНЕ

Голяченко А.А. (Тернополь), Бойко В.П. (Борщев, Тернопольской обл.) В.М.Романюк (Товсте, Тернопольской области).

Изучена стоимость хирургической помощи на трех уровнях: врач общей практики, хирург поликлиники центральной районной больницы, хирургическое отделение ЦРБ. Эта стоимость на 1000 жителей составила: врач общей практики – 319,31 грн., хирург поликлиники ЦРЛ – 111,44 грн, хирургическое отделение ЦРЛ – 2486, 79 грн. В будущем стоимость хирургической помощи должна возрасти, прежде всего за счет заработной платы.

PRICEMAKING OF SURGICAL AID AND PROVIDING OF ITS ECONOMICAL OF EFFECTIVENESS ON THE BASIC LEVEL

Golyachenko A. (Ternopil), Boyko V (Borschiv, Ternopil region) Romanuk V. (Tovste, Ternopil).

The cost of the surgical aid on the three levels: the doctor of the general practice, the surgeon of the central regional hospital and the in-patient of the central regional hospital has been studied. This cost for 1000 citizen includes: the doctor of the general practice – 319,31 grn, the surgeon of the central regional hospital – 111,44 grn, the in-patient of the central regional hospital – 2486,79 grn. In the future the cost of surgical aid must be increased first owing to salaries.

ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

Редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" запрошує Вас до активної співпраці!

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ "Медичні науки") ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти;

організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я;

міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: Київ-54, вул. О.Гончара, 65) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:

оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

• Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 40 ум.од. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків), оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.**

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім'я та по батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій - не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах - не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- рефератів українською, російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3-1/2 с.

• Статті набираються на комп'ютері (в програмі Word 7.0, шрифтом 14 пунктів і не більше ніж 32 рядки на сторінці, зберігаються у форматі *.rtf), подаються роздруковані з дискетою. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word 6.0/7.0 або Excel 6.0/7.0 та у вигляді окремих файлів разом із текстовим файлом подаються на дискеті. Як виняток, авторський оригінал може бути надрукований на друкарській машинці (обсяг не більше ніж 12 с.) через 2 інтервали на одній стороні аркуша формату А4 (210x297 мм), відступаючи від лівого краю 35 мм, правого - 10 мм, згори і знизу - по 25 мм (28-30 рядків на сторінці, 60-65 знаків, враховуючи пропуски, на рядку).

• На першій сторінці зазначаються: шифр УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

• Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою - спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних

авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність. Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів - назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова "та ін."), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті - прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання);

автореферату дисертації - прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 "Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила".

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті відразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0. Як виняток, формули вписують темними чорнилами і розмічають усі елементи (латинські літери - синім олівцем, грецькі - червоним, великі і малі букви, подібні за написанням букви і цифри).

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура 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